



Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud

ORGANIZADAS POR LA
ASOCIACION DE MEDICOS RESIDENTES
DEL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ
Y COMISION ARGENTINA DE RESIDENTES
DEL EQUIPO DE SALUD

FECHA DE REALIZACION
DEL 30 DE ABRIL AL 7 DE MAYO DE 1988

- DESGRABACION
- SELECCION DE TEXTOS
- GUIAS BIBLIOGRAFICAS



ORGANIZADAS POR LA
ASOCIACION DE MEDICOS RESIDENTES
DEL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ
Y COMISION ARGENTINA DE RESIDENTES
DEL EQUIPO DE SALUD

FECHA DE REALIZACION
DEL 30 DE ABRIL AL 7 DE MAYO DE 1988

- DESGRABACION
- SELECCION DE TEXTOS
- GUIAS BIBLIOGRAFICAS

GRUPO EDITOR:

Dr. Spinelli Hugo; Dra. Ferrer Carmen; Dra. Diez Roux Ana;
Dr. Wilner Alejandro; Dra. López Casariego Virginia;
Dr. Migueles Luis; Vinocur Mario; Dr. Alazraqui Marcio y
Vaccaro Paola

(Responsables de la corrección, selección de textos y
confección de guías bibliográficas.

COMISION ORGANIZADORA DE LAS JORNADAS:

Dr. Spinelli Hugo; Dr. Maldonado Perez Alfredo; Dra. Abudara Graciela;
Dra. Spatz Graciela; Dra. Ferrer Carmen; Dra. Tumas Patricia;
Dra. Diez Roux Ana; Dr. Noguez Marcelo; Dra. Sor Laura;
Dra. Fernández Diana; Dra. López Casariego Virginia;
Dra. Pulpeiro María; Dr. Althe Jaime; Dra. Ferrer Amparo;
Dr. Murias Fernando; Dra. Kriegel Graciela; Dr. Wilner Alejandro;
Dra. Sabbag Débora; Dra. Rabinovich Laura.

Se autoriza la reproducción parcial de los contenidos de esta publicación, citando la fuente y enviando la copia respectiva a las entidades organizadoras y a casilla de Correos 466 - Sucursal 12 Pueyrredón 1382 - C.P. 1118. Buenos Aires. República Argentina.

DISCURSO DE APERTURA

DR. VILLARINO, SERGIO - SECRETARIO GRAL. DE CONAMER

Este es un lugar que intenta ser una suma de ideas, dejando de lado sectarismos e intentando atraer distintas posturas filosóficas y metodológicas, desde diferentes lugares de nuestra República para delinear caminos que permitan arribar a la premisa de Alma-Ata: "Salud para todos en el año 2000". Como integrantes de CONAMER, creemos en la Atención Primaria como una estrategia en salud que es indispensable adoptar.

Y decimos Atención Primaria y no primitiva, como muchos intentan desvirtuarla. Atención Primaria que deberá, en su programación, dar plena participación a la comunidad toda y dentro de ésta, a los agentes de salud como integrantes de ella, respetando las pautas culturales propias de la población en la que se aplique como premisa importante el respeto al derecho de los demás. Atención Primaria que tendrá muy cerca al Plan Nacional de Salud que integre a los diferentes sub-sectores que actúen en salud, pero que priorice al sector público como el sector básico, entendiendo a la salud como un derecho insoslayable del cual el estado debe hacerse cargo, asegurándolo a toda la población.

Otro elemento a considerar como sostén de estos principios que hacen a la Atención Primaria es el de la formación del recurso humano. Con ésto apunto a la enorme población de profesionales jóvenes que inician sus tareas sin haber profundizado al respecto. La Atención Primaria implica para nosotros algo distinto de lo aprendido en nuestras universidades y que, hoy por hoy, nos demandan un cambio de posición frente al paciente, la salud y la población.

El tradicional campo de batalla, el hospital, baja también sus tradicionales murallas para darnos paso a un campo mucho más amplio y abordajes alternativos mucho más numerosos. Esto, como concepto nuevo, es aplaudido y resistido al mismo tiempo por la comunidad médica. Nuestro compromiso, como dirigentes de esta comunidad, pasa por promoverla entre nuestros pares como alternativa de trabajo necesaria para lograr la salud que descamos para nuestro pueblo. Así también bregamos por la urgente sanción de una "ley nacional de residen-

cias” donde se cree un organismo con representación de todos los sectores, que dicte los lineamientos básicos para la formación de un recurso humano apto para las necesidades actuales, intentaremos comprometer a todos aquellos vinculados con el poder político para que sumen esta responsabilidad con nosotros.

En este sentido, la realización de estas jornadas constituyen uno de los elementos fundamentales para cumplir con estos objetivos; además de que abre y amplía el espectro de acción de la institución Conamer, que inició su historia con una estructura gremial y que ha ido analizando y profundizando sus ideas en pro de una salud al alcance de todos y de un profesional que pueda valorarla en su justa medida y defenderla en consecuencia. Por ésto, quiero agradecer a los verdaderos gestores de ella: Los residentes y ex-residentes del Hospital de Niños de la ciudad de Buenos Aires que son los verdaderos organizadores de ésto. Estas jornadas son sólo uno de los eslabones de la cadena de salud, y para que haya salud para todos en el año 2000 es necesario hoy aunar todos nuestros esfuerzos y trabajar todos para la salud en el año 2000.

PROLOGO

Fue muy difícil poner este material al alcance de ustedes, sólo el estímulo de saber que el primer libro era utilizado en muchos lugares, hizo que lucháramos hasta lograr éste.

Encontraremos en las páginas siguientes, el debate generado durante esa semana, si bien el mismo ocurrió hace dos años lo que quizás parezca mucho, por la dinámica de la crisis de estos tiempos, pensamos que el material es valioso y actual.

Hemos agregado como la vez anterior, textos seleccionados y guías bibliográficas que intentan colaborar con quienes tienen menos posibilidades de acceder a bibliotecas de salud con la información necesaria como para confrontar y conceptualizar sus propias prácticas.

No buscamos en esta publicación una "joya literaria", tiene errores y seguramente es perfectible, pero está hecha pensando en poder acercarnos a los trabajadores de la salud para que las hojas se arruguen y manchen si es necesario en algún centro de salud y/o sindicato y no que vegeten en los anaqueles de ciertos "círculos del saber".

Esta es nuestra pequeña devolución a la colaboración de quienes desinteresadamente año tras año concurren y hacen que estas jornadas sean posibles (asistentes, panelistas y relatores), hacia ellos, nuestro agradecimiento y reconocimiento.

Comisión Organizadora

DR. ETCHEVERRY JAIM, GUILLEMO
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Recién se hacía referencia a la infinita paciencia que yo había tenido para la organización de esta reunión. Pero, al contrario, soy yo y por mi intermedio esta Facultad quienes tenemos que agradecer la distinción que significa para nosotros que el día de hoy se congreguen, y durante toda esta semana se reúnan aquí, personas que tienen un interés fundamental en la Salud, que es la razón de ser de esta Facultad. Durante muchos años, todo el esfuerzo educativo ha estado completamente al margen de las necesidades concretas de nuestra sociedad y una de las líneas de trabajo fundamentales que nos hemos propuesto en estos últimos años es la de vincular el proceso de formación en los estudiantes con la realidad concreta que van a tener que enfrentar luego como graduados. No ha sido tarea fácil; hemos encontrado y seguimos encontrando enormes resistencias, y por eso el apoyo de todos Uds. que comparten los ideales y que persiguen el mismo objetivo es de indudable trascendencia; y ésta es la razón por la cual, independientemente de la simpatía que despierte el esfuerzo de este grupo para trabajar sobre estos temas, es la razón, digo, que nos ha movido a brindar el más decidido apoyo desde la Facultad para realizar esta reunión aquí, en este ámbito.

Repito que nosotros nos prestigiamos con la presencia de todos Uds. hoy en esta casa. Hace poco he escuchado la definición de la relación médico-paciente como la de "confianza frente a la conciencia" y me parece que el trabajo que Uds. están haciendo va a despertar también la confianza social cuando Uds., también, en sí mismos adquieran la conciencia de la trascendencia social que tiene la labor que los médicos realizan. Por eso creo que este esfuerzo es digno de apoyo y al mismo tiempo, también hemos iniciado en la Facultad, tarea en la que muchos de Uds. han ayudado y por lo cual también quiero agradecer en este acto, desde el comienzo mismo de los estudios médicos el contacto con la realidad sanitaria a través de los módulos de APS que hemos desarrollado fundamentalmente en el conurbano bonaerense, y en el cual los jóvenes, a poco de incorporarse a la Facultad, tienen una vivencia directa de qué es lo que está sucediendo en la APS en este ámbito.

Este esfuerzo estamos decididos a continuarlo y a profundizarlo; pero como

les dije al principio todo ésto no será fácil, pero de alguna manera quiero que ésto sea también la oportunidad para convocarlos a todos Uds. a seguir trabajando en esta línea. Aquí tendrán el ámbito desde el cual eso se puede desarrollar y este ámbito es responsabilidad, no sólo nuestra, sino de todos Uds. expandirlo, afirmarlo para poder consolidarlo.

También tenemos ideas y, aunque hemos podido desarrollarlas con poco éxito creo que podemos seguir en ese camino, de consolidar un departamento de Ciencias Sociales y Salud, por que nos parece que es fundamental para el médico: profundizar los conocimientos sociales para ejercer su profesión. Eso es algo con lo que estamos en deuda, porque, evidentemente los estudiantes que salían de esta Facultad, esperamos que no así los que salgan en el futuro, tenían serias deficiencias en este campo. Por eso entendemos que la formación médica es una formación integral, de alta competencia científica, pero también de alta competencia social, ya que *la Medicina es una técnica aplicada a la gente*, y ésos dos elementos de la ecuación deben ser tenidos en cuenta por los que se dedican a la formación del recurso humano en salud.

Nuevamente, gracias por estar acá y esperamos que el año próximo podamos todos reunirnos nuevamente en esta casa para las Terceras Jornadas y que se instaure así una tradición de la cual todos los formadores del recurso humano en salud y los que lo utilizan, que son nuestra razón de ser, ya que la razón de ser de esta Facultad está afuera, está en el recurso humano que formamos, que se benefician de reuniones e inquietudes como ésta. Es para nosotros una enorme satisfacción tenerlos hoy en nuestra casa. Reuniones como ésta son de las pocas ocasiones en las cuales uno piensa que su paso por esta Facultad tiene algún sentido. Muchas gracias.

OBJETIVOS Y PROPOSITOS DE LAS JORNADAS

La participación franca, el conocimiento compartido sin egoísmos y la discusión que buscó en todos los momentos, la construcción y acción en salud diferente, fue estímulo para recomenzar la tarea y arribar a estas Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Como en la anterior, buscamos escapar a todo sectarismo y así en las mesas se podrán encontrar diferentes posiciones filosóficas y metodológicas, provenientes de distintos sectores y ubicaciones geográficas, queremos así, desde nuestro lugar de jóvenes trabajadores de la salud, hacer un aporte a la salud de nuestro pueblo, por la que tanto hicieron y lucharon mujeres y hombres como Alicia Moreau de Justo, José Ingenieros, Ramón Carrillo, Arturo Oñativia, Alberto Alvarado, Enrique Pichón Riviere, Juan César García y Marie Langer, entre otros. Esta es nuestra lucha por un hoy en el que la mayoría de la Nación busca una forma de vida distinta, por lo cual es fundamental reconceptualizar el proceso salud-enfermedad y encaminarnos hacia un futuro donde libertad, democracia y salud se constituyan en pilares básicos de nuestra cultura; hasta entonces nuestra propuesta es:

¡TODOS PARA LA SALUD EN EL AÑO 2000!

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ARGENTINA, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL

COORDINADOR:

Dr. Carlos Bloch,

Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario.

PANELISTAS:

Dr. Eduardo Vassiliades, Director Adjunto del Hospital Central de la Pcia. de Misiones y ex-Jefe de Atención Primaria de la Salud.

Dr. Teodoro Puga, Ex-Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Bs. As. y profesor titular de los módulos de Atención Primaria, de la Facultad de Medicina.

Dr. Mario Testa, Investigador del Centro de Estudios Médicos y Sociales.

Dr. Enrique Tanoni, diputado provincial y ex-secretario de Salud Pública de la Pcia. de Salta.

Dr. Aldo Neri, Diputado Nacional y ex-ministro de Salud y Acción Social de la Nación.

Dr. Carlos Bloch: —Dentro de muy poco tiempo se van a cumplir 10 años de la declaración de Alma-Ata donde casi todos los países del mundo se comprometieron con una consigna de “Salud para todos en el año 2000”. Esta consigna esperamos supere aquello del brindis de fin de año, tenía un componente fundamental que establecía que la estrategia más adecuada para alcanzar esta meta tan ambiciosa era la de la Atención Primaria de la Salud. Y ésto dentro de un concepto de desarrollo integral de las sociedades y de un espíritu de justicia social. Faltan algo más de 10 años para alcanzar el año 2000 y ya son pocos los optimistas que creen que ese año 2000, con esta meta de salud tan ansiada por todos entendida como la posibilidad de alcanzar un grado de salud que permita a todo ciudadano del mundo un desempeño, tanto social como productivo, se pueda realizar. Frente a los déficit que el mundo muestra en alcanzar ese objetivo, surgen propuestas alternativas. Durante los años 1984, 85 y parte de 1986 la revista de la OMS, Foro Mundial, da lugar a un conjunto de trabajos donde se cuestiona la

posibilidad de esta estrategia integral de APS y, aquí nos referimos al conjunto de acciones que pasan fundamentalmente por la preocupación por el control de la mujer en toda su etapa productiva, del niño en su etapa de crecimiento, de la nutrición para estos sectores, de la vacunación, de los principales problemas de la salud y de la atención oportuna, eficaz, adecuada de los principales problemas de enfermedad que puede tener una población. Este concepto amplio, que tiene también connotaciones sociales, de cambio en el sistema de salud, de reestructuración, de todo un nuevo lenguaje que se va aggiornando, pero que sustancialmente no supera los primeros conceptos de regionalización, de integración funcional, de regionalización funcional. Este conjunto de acciones que supone un cambio en el sistema de salud, propone un sistema que se llama Estrategias de Atención Primaria selectiva. Esto, en la práctica, significa reducir en programas que son muy costosos por otros mucho menos costosos y que podrían tener un impacto parecido. Hay muchas propuestas, pero la que tuvo más auge por la importancia de la institución que la puso en boga, fue la Unicef en el año 1982, fue el método selectivo que se llamó GOBI-FFF y que sintetizo muy brevemente: implica gráficos de crecimiento para vigilar el desarrollo de los niños, disponibilidad amplia de sales de hidratación oral, fomento de la lactancia natural e inmunización de todos los niños contra el sarampión, tos ferina, etc., suplemento alimentario para la mujer embarazada y niños de corta edad, planificación familiar con énfasis en el espaciamiento de las gestaciones.

Esto todavía es una polémica abierta y todavía no hay suficiente argumentación como para decidir si lo selectivo es posible, si como opción posibilita frente al concepto integral como ambición generosa de lo que, para muchos países, es inalcanzable.

Pero esta APS, que en términos generales desde Alma-Ata ha sido difundida ampliamente en numerosos textos, pareciera que es un término perfectamente acotado en lo conceptual y que hay suficientes elementos de juicio como para decir que no hay dudas cuando hablamos de APS ya sabemos de qué estamos hablando. Sin embargo bastante recientemente, hace un par de años, una publicación de la OPS entendía que al concepto de APS todavía le caben por lo menos tres interpretaciones: considerando, decía, a este documento como un programa, como un nivel de atención o como una estrategia. Voy a leer las consideraciones de cada uno de estos conceptos: cuando se la considera como un nivel de atención, es una concepción de tipo técnico-administrativo y se basa en cómo ha de ser el contacto de los individuos con el sistema y sus tránsitos por él; cuando se la considera como un programa específico, cuando tiene objetivos restringidos específicamente a satisfacer las necesidades elementales de grupos humanos considerados de extrema pobreza, esta concepción de la APS es opuesta al principio de equidad. El resultado concreto de esta interpretación es la definición y

desarrollo de programas marginales para poblaciones marginales. Por último, la concepción a la cual adhiere la OPS, la estrategia comprende a todo el sistema de salud y a toda la población a la que supuestamente sirve este sistema. Acá hablamos de equidad, de eficiencia social y de articulación intersectorial y cooperación entre países.

Dejemos aquí esta cuestión de tipo general que a nivel de América Latina no empieza en el '78, ya que Uds. saben que la primera reunión de ministros de Salud Pública en 1972 define una serie de experiencias y en función de ellas, que la estrategia fundamental para extender la cobertura y llegar a vastos sectores carenciados de los sistemas formales de atención de la salud es la APS. No sólo para América Latina sino para América en general, ya que publicaciones recientes muestran que en USA la APS está sirviendo como forma de financiar los hospitales, que por razones de la crisis están teniendo serios problemas de disminución de pacientes internados. Pero en América Latina la experiencia era lo suficientemente importante, por lo cual en este sentido, en el año '72 se incorpora en todos los documentos oficiales de la OPS y también de los gobiernos que forman parte de este organismo internacional.

¿Cuál es la situación de la Argentina?. ¿Cuándo empezamos a hablar de este problema o de esta cuestión de la APS como una estrategia? Los antecedentes no tan remotos son la experiencia de Alvarado en Jujuy, a fin de la década del '60, de un programa rural que fue un modelo de cómo organizar una atención adecuada a sectores marginales de la sociedad. De allí en más esto va progresando lentamente, y la posición del gobierno argentino en la Conferencia de Alma-Ata, su presentación de cuál es el concepto de la definición oficial de ese momento, la APS era un conjunto de acciones sanitarias programadas de baja complejidad dirigidas a las personas y al medio, que constituyen el punto de contacto con la comunidad y la fuerza derivada del sistema de servicios de salud, regionalizada y estrategizada en varios niveles de complejidad. Es importante retener estas palabras de "regionalizado", "estrategizado" porque éstos son los conceptos que sostienen una de las formas de visualizar esta problemática de resolución de los problemas de salud, vía la estrategia de la APS. ¿Qué significaba, para el gobierno de aquel entonces, la estrategia de APS? Bueno, una filosofía para la acción, un conjunto de acciones programadas de acciones para la salud, también supervisadas; una puerta de entrada al sistema de servicios de salud con mecanismos de derivación escalonados, referenciados, de modo de regular el acceso según sea necesario, a todo el rango de servicios que ofrece el sistema de salud. Pasada ya una década, en un informe reciente del gobierno argentino, se dice que la población a la cual llega el programa de APS es de aproximadamente 2 millones de habitantes en zonas rurales, y no alcanza a los 200.000 ciudadanos en las zonas urbanas y periurbanas. Considerando que somos 30 millones aproximadamente,

la conceptualización teórica es que la APS no es para un sector particular, sino que está dirigida al total de los ciudadanos que se ven comprometidos en su primer nivel de ingreso al sistema de salud, por vía de este programa o estrategia. Coincidente con esta filosofía, el Dr. Neri decía, cuando se producen en el primer documento los lineamientos del plan Nacional de Salud: "Hay que destruir la imagen consciente o inconsciente de que la APS es un servicio de salud para los marginados que no pueden alcanzar el modelo de atención opulenta de los grupos más favorecidos. Hay que reemplazar esta imagen por la de que todo buen servicio en salud, toda buena medicina, se desarrolle desde una base de máximo nivel, de máxima participación de los miembros interesados, y que esto va igualmente para los pobres y los ricos del mundo". Otro de los panelistas al cual voy a citar, no difiere mucho de esta definición de APS; el Dr. Testa, en un documento aparicado en los Cuadernos Médico Sociales, decía: "En los países donde la APS no constituye la puerta de entrada a un sistema regionalizado y dirigido a toda la población y con adecuados mecanismos de referencia, se transforma en atención 'primitiva' de salud, es decir en un servicio de segunda categoría para una población ídem, donde ya no es la puerta de entrada al sistema de salud sino el único servicio disponible para la población a la que está destinado". Voy ahora a abrir un poco esta discusión. La mecánica que vamos a utilizar es de una exposición de los panelistas de 15 minutos y luego Uds. podrán enviar preguntas por escrito, y entraremos en un intercambio de opiniones entre los miembros del panel y luego con el público.

El primer intento es ver si logramos una comunidad de ideas en torno al concepto de APS, al margen de lo mucho escrito y elaborado a nivel nacional e internacional. Veamos qué entiende cada uno de los panelistas por atención primaria. Cuando la mencionamos, ¿de qué estamos hablando?. Eso sería lo conceptual vinculado a la realidad argentina, ya que de lo retórico a la práctica suele haber un largo camino. La otra pregunta, ya más acotada, está referida a la experiencia argentina; ¿qué evaluación hace cada uno de los panelistas de la experiencia argentina en materia de APS? ¿Cuál ha sido el impacto real sobre las condiciones de salud de las poblaciones a las cuales ha sido dirigido este programa?; y particularmente, ¿en qué medida ésto ha provocado un cambio en la conciencia sanitaria, en la ideología de los trabajadores de la salud? y particularmente, ¿qué ha significado la experiencia argentina en materia de modificación de un sistema de salud, que, en mi opinión está muy lejos de un sistema regionalizado, con escalonamientos de niveles de complejidad crecientes y que marca una gran fragmentación donde predominan los intereses del mercado de la salud más que el interés del hombre por acceder a un nivel satisfactorio y a un grado de salud aceptable? Estas serían las dos preguntas que dejo abiertas.

Dr. Mario Testa: —Es bastante difícil para mí responder a estas preguntas que ha planteado C. Bloch. Es difícil porque pienso que el problema no está en torno a una cuestión de distinción entre una cuestión de ponerse de acuerdo entre lo que define o cuál es el concepto que define la APS. En mi sentir, esta cuestión tiene que definirse dentro de un sistema. La definición que parte de entender que es un servicio que se presta a grupos de población marginal, es realmente una mala definición.

Por otro lado la APS sería la puerta de entrada a toda una organización que está destinada a resolver los problemas de salud que se presentan inicialmente en este primer nivel. La definición estratégica que planteó Bloch va más allá de esto, y yo comparto esta idea. Comparto la idea de que se trata de una movilización global de recursos, de algo que tiene que ver con el conjunto de la sociedad. Es decir, que excede lo que podríamos denominar el “sector Salud”. Pero la pregunta que yo me hago es: ¿a quién le importa lo que yo pienso sobre lo que es la definición? Es decir, esta es una manera de expresar que yo no confío en las definiciones, sino que en lo que confío es en la práctica que desencadena esta idea y otras ideas. Esta práctica es la puesta en funcionamiento de conceptos, ideas, de cosas que ocurren en la sociedad. Aquí es donde yo necesito hacer una cierta profundización teórica sobre estas cuestiones, que intente, a su vez, eliminar el teoricismo sobre estos temas. Yo creo que en situaciones muy conflictivas es necesaria una profundización teórica para no hacer algo que puede ser una concreción fuera de lugar. Cuando digo esto quiero expresar que, a veces, el impulso de hacer cosas lleva a hacer cosas que son negativas. Lleva a hacer cosas que, por ejemplo, pueden profundizar la desigualdad, y en ese sentido entiendo que es necesaria una profundización teórica. Yo planteaba que el problema de la definición es un problema que va más allá del sector salud; es un problema que afecta al conjunto de la sociedad. Esto quiere decir que tenemos que tomar en consideración cuáles son las circunstancias sociales en que vamos a desarrollar un cierto poder. Hablar de circunstancias sociales en nuestro país es una especie de broma de mal gusto. El país está enfrentando una situación social con un enorme potencial de conflictividad. Entonces, frente a estas circunstancias, es donde tenemos que pensar cuál es la práctica a la cual conduce la idea de APS. Yo sé que se están realizando enormes esfuerzos, de los cuales van a hablar los otros panelistas, ya que yo no estoy comprometido directamente en ellos. Además sé que esos esfuerzos son positivos, porque son enormemente movilizados y que estos esfuerzos han desencadenado procesos importantes; y la pregunta que me hago es: ¿en qué medida han desencadenado esfuerzos importantes? Creo que lo han hecho en el sentido en que han movilizado fuerzas sociales.

Cuando digo que el país está de mal humor, digo que lo que hay es una sensación de fragmentación en nuestra sociedad, que es consecuencia de los proce-

so a los cuales el país ha estado sometido; una sensación por la cual esa fragmentación ha llegado a extremos increíbles de los cuales hemos empezado a recuperarlos; y parte de esa recuperación depende de lo que se está haciendo en salud. Pienso que la fragmentación de la sociedad argentina ha sido consecuencia, fundamentalmente, de lo que yo llamo la "dictadura asesina", período que a partir de 1976 se oficializó con el gobierno que se llamó del "proceso".

Y esa fragmentación dependió de dos circunstancias fundamentales: una fragmentación que se produjo como consecuencia de las circunstancias económicas que se produjeron e impusieron. Había que salvarse individualmente, y si para eso había que jorobar a la mamá, bueno, pobre mamá, total, está vieja...

La otra circunstancia era que había que aislarse socialmente, porque dialogar podía significar correr peligro de muerte. Entonces eso ocasionó una fragmentación brutal, y de esa fragmentación es de lo que hay que recuperarse.

Entonces, éstas son las circunstancias en las cuales aparece la idea de APS. El valor de este programa, estrategia o proyecto, como quiera llamárselo, es que comienza a restablecer los lazos de solidaridad entre la gente; no sólo entre los trabajadores de la salud sino entre los trabajadores y los que van a ser sus receptores. Yo no creo que la APS resuelva todos, ni siquiera muchos de los problemas de salud. Puede resolver algunas cosas. No creo que ningún proyecto individual, que ningún programa, que ninguna consigna, resuelva los problemas de salud. Creo que los problemas de salud se resuelven en la medida en que se resuelven los lazos de relacionamiento social: creo que en esa dirección, la APS o cualquier otro programa va a ser un aporte significativo en la medida en que ayude a restablecer los lazos de relacionamiento social. Esta es la significación que yo le atribuyo a esta idea-fuerza: que, sea como sea que la definamos, tendrá justificación en cuanto restablezca, en cuanto tienda a reformular y restablecer la intersubjetividad necesaria para desencadenar procesos sociales, y eso que se define por esa "mala palabra" que es concientización. Esto significa traer a la conciencia de cada uno la idea que dice que no podemos resolver los problemas individualmente, porque los problemas de salud son problemas sociales, y si bien se expresa en cada individuo a través de los problemas que padece, no es como individuos que vamos a resolverlo para el conjunto de la sociedad.

Creo que hasta allí he dado como puedo la respuesta a la segunda pregunta.

Dr. Teodoro Puga: —Cuando uno piensa que las cuatro quintas partes de la población mundial no tiene ningún acceso a la atención de salud y la otra quinta parte no está satisfecha, nos damos cuenta que hay que empezar a buscar caminos para mejorar la atención de la salud y eso es la APS como una estrategia, desde mi punto de vista y que tendría que recibir el nombre de Atención Primordial y no primaria, para no confundirlo con atención primitiva. Este sería uno de

los caminos para modificar el derecho a la salud que tiene toda la población del mundo, para mejorarlo. Quiero, con estas palabras, rendir homenaje al viejo médico de barrio, al viejo médico de familia, porque, en otros términos ya que le estamos dando contenido científico a las cosas, este médico hacía Atención Primaria de la Salud denostada por todos y esto ha sido así porque uno lo ha vivido por su propia historia médica, a ellos van estas palabras, porque creo que lo merecen por la historia que escribieron. Mientras tanto, ¿cuál es la historia y cómo está la situación en nuestro país? Bueno, pienso que la formación de los médicos en este siglo XX ha pasado por enseñar a curar la enfermedad y no a controlar la salud. Los resultados están a la vista: el enciclopedismo y todo eso que hablamos en forma permanente. El perfil del médico que salió de esta facultad fue individualista, omnipotente, y todavía sigue saliendo de esta manera. Y, si el perfil del médico era ese, las instituciones de salud fueron el perfil del médico. Los hospitales y las instituciones de salud son así, las sociedades científicas son así. Y los planes de salud también son así. Todo esto implicaría entrar en un estudio de situación, tal como yo lo veo, de todos estos ámbitos. Hay un divorcio entre los formadores de salud y los efectores de salud o sea entre la Facultad y los ministerios o la secretaría de salud. Todo esto ha sido evidente pero lentamente se comienza a revertir. Y si tomamos algunos temas vinculados a la Atención Primordial de la Salud como por ejemplo el equipo de salud, yo diría que, salvo en muy contados lugares, el equipo de salud no existe, que se habla mucho de él, pero en realidad se hace poco. Creo que ha llegado el momento de hacer cosas. Ya sea que se trate de hacer el equipo de salud ampliado, como el equipo de salud restringido a la atención del paciente en forma directa, creo que en ese sentido estamos todavía por resolver muchas cosas. Y creo que si el equipo de salud existe muy poco o no existe, la Educación para la Salud, otro de los temas vinculados con la atención primordial de la salud, yo les preguntaría a todos Uds. en el área metropolitana de salud a que niveles ha llegado. Y también si estamos contentos con esto. Porque, desde mi vivencia, la Educación para la Salud en los hospitales del área metropolitana se hace mal y además en el último rincón del hospital. ¿Y por qué ha sucedido esto? Yo pienso que no hay que llenar de culpas pero la responsabilidad del médico es fundamental. ¿Estamos dispuestos los médicos, de acuerdo a nuestra formación, a hacer avanzar esto? ¿Realmente, delegamos en los componentes del equipo de salud del hospital las responsabilidades o usamos a esos componentes del equipo de salud? Creo que debemos sincerarnos. Fundamentalmente los médicos debemos accionar y reaccionar para lograr los objetivos que nos hemos trazado en relación a esta estrategia.

Pienso que otro de los temas básicos de la atención primordial, del que tanto se habla y que en el interior se ha logrado mucho más que en el área metropolitana: la participación comunitaria. Cuánto se escucha hablar de esto.

¿Se ha desarrollado realmente o estamos trabados por alguna causa? Creo que tenemos mucho camino por recorrer también en este sentido.

Y refiriéndonos a "Salud para todos" yo solamente he leído un editorial en un libro sobre prevención en salud; este editorial hablaba de peligros implicados en el slogan "Salud para todos en el año 2000". Allí se dice que, en relación a los peligros, se han gastado millones de dólares en el mundo en relación a programas vinculados con atención primaria con muy poco o ningún resultado. Se pregunta en ese editorial qué ha pasado y dice que desde su punto de vista los programas de APS que han dado resultado en el mundo comienzan por ser modestos, por ser locales. Tal vez un poco como lo expresaba Testa: se trata de establecer la interrelación entre los distintos grupos sociales, lo cual da rédito. Entonces programas modestos, muchos de los cuales se van a explicitar en estas jornadas, logran ir formando una conciencia totalizadora. Se dice que los programas deben ser planificados en el lugar y con la gente del lugar y la clarificación debe ser un aprendizaje para la gente.

Debe estar dirigido a toda la población, pero, prioritariamente, por las necesidades actuales, a los más necesitados. Deben ser detectados los líderes de la comunidad. Aquí seguramente había agentes sanitarios, agentes de salud y en buena hora que la Facultad albergue a los agentes de salud si es que estamos realmente por la Atención Primordial de la Salud. Este editorial finalmente dice por qué razón no han tenido éxito esos programas que se hacen desde arriba y en los que se gastan millones de pesos. Porque los expertos, dice; los profesionales y los funcionarios no quieren soltar la rienda. Yo les dejo a Uds. esta reflexión en relación a esta temática.

¿Qué caminos tomar para modificar la situación? Creo que la estrategia de APS y el desarrollo de toda su temática es uno de los grandes temas. Que los ideales del médico no pasen solamente por el monitor ni por la tomografía computada, ni tampoco por una canalización o por una cateterización, sino que estos ideales pasen por la relación médico-paciente, la comunicación familiar, la dinámica social. Es decir, la complementación necesaria a todo esto que ha sido la enseñanza de nuestros profesionales en la Facultad de Medicina.

En la Argentina hay algunas experiencias importantes y que seguramente van a estar explicitadas aquí. Otras que uno conoce. Yo les podría mencionar el caso de INCUPO, en el norte de la Provincia de Santa Fe (Instituto de Cultura Popular) que es muy importante, que empezó modestamente, y se ha ido desarrollando en estos años. La experiencia de los Residentes de Medicina General en Bariloche, que me toca muy de cerca y la experiencia vinculada con la Atención Primordial en comunidades mapuches, la experiencia, o deberíamos llamarlo Plan de Salud, que ha desarrollado uno de los integrantes de esta mesa, el Dr. Tannoni en Salta. La experiencia de Monsalvo, en Castelli, Provincia del Chaco ha-

ciendo un trabajo científico que abarca el crecimiento y desarrollo de los niños **tobas** hace aproximadamente 10 años como para demostrar que lo científico no está solamente en la enzima o en un electrolito, sino que cuando se lo toma con el sentido de difundir sus propios conocimientos y llevar sus propias experiencias a otro, se pueden hacer trabajos importantes, trascendentes, con criterio académico, el que tienen muchos profesionales vinculados al tema Atención Primordial de la Salud. También están las experiencias de Jujuy y de Neuquén.

Quiero decirles, finalmente, que nuestra propia historia médica está vinculada a estas experiencias que hace casi 25 años iniciamos con un grupo en los fondos de Avellaneda, en el servicio de Pediatría del Hospital de Wilde, trabajando en esta dirección y sin que se llamara de esta manera. Trabajando con el servicio de pediatría abierto, con el servicio de pediatría en la comunidad, en la Villa Full, de Wilde, que todavía hoy existe. Y trabajando en Lanús con nuestros residentes, uno de los cuales estará aquí como figura importante: Norberto Liwski. Y los residentes se formaban en la comunidad. Otra de las experiencias es la de la Sociedad Argentina de Pediatría, tratando de transformarla y modificarla, incorporando esta temática. Nuestra labor en la Secretaría de Salud de la Municipalidad también dentro de esta gama de experiencias, donde muchas cosas se hicieron con esta filosofía y con esta conceptualización. En los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en servicios de Adolescencia en los Hospitales Municipales, sectores de internación conjunta en las maternidades. Se crearon áreas programáticas con estas ideas y ahora se está por concretar la modificación de la Ordenanza de los Residentes; Jardines Maternales en los hospitales; becas para todo el equipo de salud por primera vez; carrera de enfermería y, finalmente, pensando en que cuando el profesional está formado ya es muy difícil modificar las cosas, establecer una co-coordinación de los módulos de Atención Primaria en la Facultad. Aquel proverbio chino que dice: "si quieres planificar para un año siembra trigo, si quieres planificar para diez años plantar árboles y si quieres planificar para cien años aprende a educar hombres", está dado en estos módulos de APS para alumnos de primero y segundo año de la Facultad de Medicina, con una conceptualización rápida, una pequeña información, ya que lo que queremos es que vean actitudes más que lectura e informes. Se encuentran aquí durante 12 horas docentes trabajando en temas vinculados con la APS, luego van a los centros de salud durante 8 ó 10 días y observan como trabaja el médico, cómo trabaja la comunidad, la enfermera, viendo qué es la sala de espera, como se intercambian ideas, cual es el nivel de satisfacción, como se hace una encuesta y luego regresan a la facultad para evaluar todo eso. Esto lleva ya más de dos años de experiencia en la Facultad y más de 4.000 alumnos han recibido la impronta de toda esta temática en los módulos de APS. Hemos reconquistado para la Facultad casi 150 centros de salud del Gran Buenos Aires, adonde van nuestros

alumnos de Primero y Segundo Año.

Debo decirles, como pediatra, que si el recién nacido con su madre le da a ese niño la posibilidad de una personalidad futura consolidada, el estudiante que "mama" de entrada esta temática está marcado prácticamente para toda la vida. En algún lugar va a tener toda esta conceptualización como para poder utilizarla. Yo creo que allí es donde tenemos que estar: en la formación.

Todo este desarrollo histórico personal y esta vivencia se integran con el Hospital Nacional de Pediatría. Si pensamos que la estrategia de APS está vinculada a aquel triángulo famoso de la atención de la salud en el cual la punta sería el Hospital de Pediatría. Pero si éste se queda aislado, solo en la punta seguramente que no va a ser lo que nosotros pensamos que debiera ser, pero si miramos para abajo en ese triángulo y vemos Atención Básica en la base y Atención Intermedia y Compleja y todo se coordina y finalmente se intercambia, enfermos en referencia y contrarreferencia, es decir, si miramos de afuera e incorporamos al hospital de alta complejidad en la estrategia de APS yo pienso que ese hospital va a cumplir con las ideas que tenemos y con lo que todos pensamos. Finalmente, Dr. Bloch, yo me inclinaría por esta estrategia de APS porque en cualquiera de los niveles se puede volcar esta conceptualización, ya que los pediatras estamos acostumbrados a la Prevención Primaria, a la Prevención Secundaria y en la alta complejidad a la Prevención Terciaria. Esta es una estrategia de salud totalizadora que va para toda la población y que está introducida en todos los niveles de atención de la salud de nuestra población.

Dr. Vassiliades: —En esta encuesta que nos hicieron a los panelistas un poco antes de empezar, de pronto recordé que hace 19 años en esta misma Facultad de Medicina, recibía en esta misma aula mi diploma de médico, y había pasado durante 6 años sin haber oído hablar nunca de APS ni nada que se le pareciera. Sí sabía bastante de Salazar, del Dr. Noriego.

Lo que voy a decir tiene que ver con mi propia lectura. Hace un año atrás leí algo de Marco Denevi en una revista, donde decía o se hablaba de inteligencia, y estupidez. Decía entonces, en un juego, que inteligencia tenía que ver con el éxito, pero no éxito en tanto y cuanto triunfo de una sociedad de consumo, sino éxito de "exitus" o sea, salida; luego, inteligente era quien encontraba la salida. Del otro lado estaba el estúpido, sin llegar a que sea peyorativo el término, que tenía que ver con "estupefar" o estupefacto, quedarse quieto, sin capacidad de respuesta. En el medio del inteligente y del estúpido estaba el vivo, que es el que parece ser inteligente pero no da respuesta a la cosa estupefacta. Bueno, lo que de alguna manera intento al arrancar con esto, es que usemos la inteligencia en términos de éxito, y éxito en términos de salida.

En la filosofía china hay una vieja frase que dice que: "quien cruza un puente

sobre un río puede caer por la baranda de un lado o por la baranda del otro; pero seguro que va a caer al mismo río". Y creo que con la APS pasó eso.

Definida y consolidada como estrategia, apareció quien dijo: esto es la panacea, la papa, la cosa mágica. Del otro lado, alguien decía que era un modelo de segunda, es para el médico de zona rural que no es capaz de mirar a la gran ciudad. Yo pensé que esto iba a surgir en algún momento acá.

Entonces, propongamos a quienes nos escuchan que no seamos estúpidos y no nos quedemos en una discusión paralizante, ni seamos vivos tratando de mostrar lo que no hacemos, y tratemos de ser inteligentes y ver como se encuentra la salida. Salida ésta que, en base a esta historia de marchas y contramarchas que todos conocemos en nuestro país, obliga a agudizar el ingenio. La APS no arranca con los documentos de la OPS sino que empieza mucho antes. Calculo cuantos hombres preclaros de nuestro país ya tenían claro lo que era esto de APS, y cuando uno revisa su propia historia se ve que, a pesar de haber pasado por una facultad que en aquel momento histórico no nos dejó marca, sin embargo lo hacíamos. Yo empecé a trabajar como médico en zonas rurales en Misiones y miran como era APS lo que estaba haciendo. Un día me tocó trabajar en un Hospital de la comunidad durante la época de Manrique, donde los médicos cobraban honorarios; y sin embargo pudimos hacer APS en la periferia de las grandes ciudades.

Porque es bueno recordar que los instrumentos no son generalmente neutros, ya que tienen ideología en cuanto al uso que uno haga de ellos. Y esto lo digo a propósito de rescatar algo que es muy caro a los afectos de Tanoni, mío, Monsalvo, que son los programas de Salud Rural. Siguiendo con esta metáfora de los chinos podemos decir que hubo gente que se equivocó; que pudo haber pensado que lo que era un simple paso práctico en el desarrollo de la APS se transformó en un fin y en realidad no era así. Era un instrumento para realizar y empezar a cambiar en instancias muy difíciles de nuestro país. A quien le tocó ver la maravillosa experiencia de Alvarado y en la época en que él la inicia, piensen Uds. lo que fue hacer esto en plena dictadura militar. Había que aprovechar los resquicios y se podía hacer esto y era hasta donde podíamos llegar. Sin embargo, si esto se hubiera acabado ahí nos hubiéramos equivocado. Un colaborador del Dr. Ramón Carrillo, Aristóbulo Barrionuevo, en un libro que se llama "Latinoamérica y Argentina entre dos eras" maneja dos palabras fundamentales que son espacio y tiempo. El dice ahí que quien emprenda tareas nuevas en la esfera del saber y pretenda que esto tenga un carácter fundamental, deberá tener en claro dos conceptos: espacio y tiempo. Espacio para saber qué lugar ocupa y tiempo para saber qué distancia lo separa de su propio tiempo. Sabiendo estas dos cosas puede esto transformarse en algo importante. Y esto de espacio y tiempo lo quiero levantar en momentos de una Argentina desgarrada por su realidad, amenazada

por sus fantasmas. El momento en el que aquellos que perdieron su espacio quieren recuperar su tiempo hasta el día que se dan el lujo de anunciarlo con fanfarrias. Entonces uno podría decir ocupemos de nuevo el espacio y no perdamos tiempo. Pero, ¿qué es ocupar el espacio? No es tener la propiedad de conocimiento o la propiedad de determinado estamento dentro del área de la salud. Paradójicamente todo lo contrario: sea la no propiedad. Porque para que esto sea posible habrá que acumular poder en este pequeño espacio donde no podemos perder el tiempo. Para acumular poder esto no tiene que estar en pocas manos sino que esto tiene que ser difundido a la comunidad. Hoy yo hablaba de instrumentos y recordaba la dinámica grupal, investigación operativa, investigación en servicios, todos instrumentos que son válidos, pero no son transformadores per se. Son transformadores en tanto y cuanto sea el uso que hagamos de ellos. Esto pasa con la APS y con la salud rural. Empiezan a ser transformadoras de acuerdo al uso que se les da. Y para ello, vuelvo a repetir, la ocupación de poder vuelve a ser una cosa importante, si ello tiene que relacionarse con el instrumento. Cuando se hablaba de participación comunitaria se ha puesto tan manoseado este concepto que se empieza a confundir participación comunitaria con manipulación. Yo sigo diciendo que en la participación comunitaria se tiene poder de decisión. Si no existe esto no hay participación comunitaria. Todo es cuento. No sirve. Y eso solamente lo podemos hacer desde la posición de escucha. Y en todo caso, sí tenemos que ser una gran oreja para escuchar lo que la gente pretende de los servicios de salud y ver como junto con la gente lo podemos lograr.

Esto de la salud me hace referir a dos personas que también hoy se citaron por aportes que hicieron: ya hace unos años leí unos trabajos de Aldo Neri donde decía que se habían logrado muchas cosas en servicios de salud, pero recién ahora nos estábamos empezando a preocupar por qué es lo que estábamos ofreciendo. Esto creo que es fundamental para que lo tengamos presente.

También recuerdo cosas que he leído de Mario Testa sobre planificación estratégica y sobre los estados de compromiso, donde ya las relaciones de poder no se manifiestan en las formas tradicionales sino que tenemos que volver a rescatar todo lo que de comunitario esto nos guía a salud.

Tal vez sí con esto esté dando uso a lo que planteaba el moderador de la mesa. Creo que en APS sigue siendo fundamental la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Creo que esto es lo que me preocuparía a mí haciendo APS. Que yo pueda permitir que la gente tenga más y mejores servicios de salud pero que también esta propia gente defina que es lo que quiere como servicio de salud. Cuando venía para acá confieso que tenía la preocupación de no irme en lo teórico y veo que me estoy yendo. Vuelvo al cable a tierra. En la experiencia que hemos tenido uno puede preguntarse que pasó en la Argentina en todos estos años haciendo APS. En salud Rural, para tomar un área hubo provincias en don-

de desapareció pero hubo muchas otras que tomaron el sentido táctico que esto tenía y fueron transformadoras.

En nuestra provincia, en Misiones, empezamos con zonas muy chiquitas, con un grupo muy reducido de agentes sanitarios. Hoy hay muchísimos. Pero en esa época no teníamos áreas programáticas, no teníamos directores de establecimientos que creyeran que la esfera del trabajo salía de las cuatro paredes.

Hoy son responsables de un área programática y hay muchas más acciones en salud. No teníamos médicos con dedicación exclusiva y hoy los tenemos.

En el orden nacional no teníamos estos fervorosos encuentros y ya hace varios años que venimos participando de una forma o de otra en todo esto que ha impregnado, esto que tiene que ver con el trayecto. Sin duda que la APS es una estrategia, pero tiene que ver con la impregnación de todos los sectores y los estamentos. Aún los que tienen con el sector o son extrasectoriales.

Cuando hablábamos de agente sanitario había quien decía que era algo así como un gendarme de zonas rurales, un enfermero agrícola. Aparecían los representantes de la dictadura militar y decían "qué bueno esto para registrar a los clandestinos que se cruzaron de Brasil a Argentina". Todo esto hubo que defender y se aprovecharon los pequeños espacios. Cuando se abren mejores campos esto crece y sigue siendo una estrategia fundamentalmente válida.

Estas jornadas tienen la invocación de grandes personas que figuran en el programa: Ramón Carrillo, José Ingenieros, Alicia M. de Justo, Oñativía, García Alvarado, Pichón Riviere. Aunque la lista es incompleta, repasen esos nombres y la concepción que ellos tuvieron del área de salud.

Me parece prudente ya volver a Marco Denevi. No sé que les pareció lo que uno pudo haber dicho, si tuvo mucho de estupefacto o de vivo: de todas maneras estoy buscando una salida de mi inteligencia así que aquí termino para que hablen los que saben.

Dr. Tanoni: —Quiero agradecer a los residentes del Hospital de Niños, los organizadores, el esfuerzo de traernos desde tan lejos para exponer algunas ideas. El tema que vamos a desarrollar es descripción de la situación actual y un poco la prehistoria. Me hubiera gustado más estar en otro punto, o sea el de hacer un pronóstico y planear un poco y no hacer la historia que es bastante conocida. La primera vez que vine a esta aula en mi vida fue en 1974 donde salíamos a contar un trabajo sobre salud y condiciones de trabajo de los obreros mineros y esta segunda vez, en otro momento de actividad, en otro momento de sueños y de esperanza de todo un pueblo.

Voy a tratar de traer la experiencia. Yo soy simplemente un trabajador que se jacta, para poder preservar su ideología, de resistirse sistemáticamente incluso a leer toda intelectualización que se efectúe sobre esto que se llama hoy APS. Me

cuesta resignarme a leer como se intelectualiza, como se teoriza sobre las cosas que son tan simples y tan elementales.

Tuve la suerte de tener un maestro que, no sé si por viveza o inteligencia, supo interpretar desde muy temprano en la vida profesional como era este tema de la salud del pueblo. O sea que parto de cosas absolutamente simples.

La APS es simplemente hacer lo que el pueblo necesita, es hacer lo que hay que hacer primero, aunque parezca de goyete, es aplicar ciertas lógicas elementales de raciocinio humano a la salud y a los recursos del pueblo.

La APS tiene una lógica elemental en su concepción filosófica, doctrinaria, política, práctica. Entonces tanto se ha dicho y publicado, tantas toneladas de interpretaciones en una maraña casi psicoanalítica de tratar de ver que más podemos aportar.

Voy a tratar de, en mi experiencia de trabajador de la salud, plantear cuales son mis reflexiones después de tantos años de estar en esto.

Hay cosas asombrosas. Después de muchos años llego a ser el responsable de la administración de la salud de un estado y llego a conclusiones tan elementales y tan sorprendentes que tengo que contarlas.

En estos cuatro años que fui Secretario de Estado de Salud Pública, tratando con el pueblo de interpretar lo que ellos necesitaban, ya que yo por mis informaciones sabía de qué se morían y de qué se enfermaban, no hubo ninguna exigencia, no hubo ninguna propuesta que partiera del pueblo que no respondiera a la más estricta lógica y al sentido común. No pidieron ninguna otra cosa que esto que hoy, en los ámbitos académicos se llama APS. Nos pedían la resolución inmediata de los problemas primordiales que nos acosan, que nos enferman y que nos matan. Y lo piden con una precisa ubicación espacial; allí donde ellos viven y donde trabajan. Querían tener acceso a los servicios de salud para no enfermarse y no morir y no pidieron en ningún momento cosas complicadas, no pidieron otros niveles de atención, ni pidieron ni entraron en ningún pueblo o localidad de la provincia a efectuar disquisiciones, teorizaciones sobre el tema. La práctica también me enseñó, al mismo tiempo que me enseñaba como tratar de no caer en la intelectualización, a tratar de resolver los problemas que exigen ser resueltos, me enseñó que era posible realizar esas acciones básicas, con el pueblo, dónde vive y dónde trabaja.

Aprendía que era posible obtener en cualquier contexto, y bajo cualquier situación resultados que a nosotros mismos nos sorprendían porque tantas veces nos enseñaron que la medicina no podía resolver la problemática social, como si fueran dos cosas distintas. Que la atención de la salud desde el área salud era bastante cuestionable. ¿Hay resultados o no los hay? Sí los hay. Cuando se aplica la lógica y se hace exactamente lo que el pueblo necesita y está pidiendo, con los recursos administrados con propiedad, cuando podemos montar sistemas para

evaluar lo que hacemos y como se gasta la plata de los contribuyentes. Entonces se pueden montar resultados que son los que nos hacen persistir en esta tarea que durante muchos años fue bastante insalubre. Salir a hacer salud con racionalidad, con lógica y al servicio de los intereses del pueblo fue durante mucho tiempo insalubre. La experiencia que yo le puedo transmitir a Uds. es ésta. Aparte de todo lo que sea teorización, vean fundamentalmente, fíjense, registren las necesidades del pueblo y traten de buscar metodologías apropiadas para resolver cada uno de sus problemas. Yo creo que los trabajadores de la salud de la República Argentina somos cada vez más los que estamos imbuídos de ciertos valores éticos, morales y políticos donde el no acceso a los servicios de salud, la enfermedad y la muerte, son componentes dramáticos de la injusticia social y necesitan un tratamiento muy específico de todas las políticas.

Con respecto a las expresiones, a las definiciones, yo le sugiero a los integrantes y a los organizadores del seminario que no entren en el camino de las definiciones ni de la teorización. Tratemos de incorporar a esto los principios fundamentales del esclarecimiento de lo que es la participación popular. Me alío a la definición de antes, que dice que no hay participación si no se tiene el poder. Tratemos, por todos los medios de identificar esas experiencias válidas y rescatarlas, ponerlas en la lupa del raciocinio. Tratemos de no caer en la creencia de que eso no tiene solución. Sí la tiene pero hay que buscarlas y para ello se necesita fundamentalmente un compromiso social con la salud de los argentinos. Busquemos la forma en que los discursos políticos sean realmente discursos políticos realizados con el sustento fundamental que nos asegura que, quien dice el discurso político está dispuesto a cumplir con él. Tratemos de que quienes expresen las ideas políticas traten de tener, los hombres, los seres humanos y los trabajadores de la salud, que conocen como cumplir con el discurso político, que no lleven nunca más la clara voluntad, no expresada y por atrás, de no cumplir con ese discurso político. Yo no sé cuantos de los que lo suscribieron para aplicar esta estrategia en beneficio de la salud del pueblo estaban dispuestos a realizarlo. Y no sé cuantos de los que suscribieron las declaraciones mundiales tenían la más pálida idea de como realizarlo. Yo me someto a la pregunta. Creo que soy un albañil de esto. No un teórico. Les vuelvo a repetir que no leí nada, absolutamente nada sobre la teorización de la APS. Soy un albañil que ha tratado de dar respuestas. Sabemos cómo atacar esos grandes flagelos que son el mal de Chagas, la desnutrición, como resolver los problemas de accesibilidad, los problemas de las enfermedades inmuno prevenibles, como bajar la mortalidad infantil. Todo eso se puede hacer y es absolutamente fácil. Lo que es difícil y triste es que el país no esté buscando los mecanismos para que la gente que está en esta patriada en pos de un sistema ético, equitativo y justo de atención a la salud, puedan demostrarlo.

Nosotros tuvimos la viveza, porque no fue inteligencia, de al mismo tiempo que montábamos el discurso político y la operatoria del sistema, nos cuidamos de montar un sistema de manejo de la información que nos permitiera demostrar que sí servía para los hombres del pueblo. Es la única viveza que tuvimos. Pero les aclaro que fue muy importante ya que en algunos momentos prácticamente aseguró la sobrevivencia de los equipos de salud que se vieron acosados, porque les reitero que en muchos tramos de la historia argentina, trabajar en salud era insalubre. Demostrar que eso es hacer salud es bueno para nosotros mismos. Estamos absolutamente convencidos de que estamos en lo cierto y podemos demostrarlo. Y esto da muchas ganas de seguir trabajando al equipo de salud para que no cunda el desaliento, la desesperanza, que es uno de los fantasmas que tenemos arriba de nuestras espaldas. Se puede hacer y es simple realizarlo; se necesita simplemente un poquito de inteligencia y un mucho de compromiso y partamos todos, eso sí, de una valoración ética y moral de la injusticia social.

Tenemos claro lo que es injusto para el pueblo, como yo le decía recién al compañero Vassiliades, pongamos el compás en el mapa, cada 800 metros pongamos un centro de salud, proyectemos todas las acciones programáticas necesarias, definamos la filosofía más efectiva y más barata y eso es todo. Es muy simple. Sembremos todo el territorio argentino de centros de atención de la salud donde los valores del mercado no entren en juego, donde los valores que rijan sean los intereses populares.

Dr. Aldo Neri: —No sé que es lo que me habrán dejado estos cinco viejos amigos por decir a mí. Me amparo un poco en la ignorancia de que no escuché a los primeros*.

Creo que una de las cosas a tener en cuenta cuando discutimos este tema es como bien señalaba Tanoni tanto escrito, tanto sobre-escrito durante estos diez años es que hablar de APS o hacer propuestas sobre APS es realmente estar pensando en una reformulación total de los sistemas de servicios de salud. Y también en un cambio de actitud por el conjunto del sistema y de sus integrantes frente a lo que es la atención de la salud.

Que no es meramente como fue interpretado e implementado en buena parte del mundo, principalmente en buena parte del Tercer Mundo.

El desarrollo de una organización muy sencilla, que buscaba ofrecer objetivos muy fundamentales para la población fue la idea y eso orientaba fundamentalmente a la atención del tipo de patologías que son más relevantes en ese medio y en una proporción muy alta. Esto es, luchar contra las parasitosis, luchar

* Nota de los organizadores: El Dr. Aldo Neri se incorporó tarde a la mesa por razones propias de su actividad de diputado.

contra las enfermedades transmisibles, asegurar algunos elementos de saneamiento básicos.

La APS es como un quiste aislado dentro del sistema de salud.

Acá hay una primera cosa, entonces, que hay que entender: decir APS quiere decir reformular todo. Reformular los niveles y las distintas actitudes de esos niveles dentro del programa de salud y de cómo se atiende a la gente. Seguramente esto ya se ha comentado, por eso la paso muy superficialmente, pero estamos todos de acuerdo en que por este concepto pasa todo lo relacionado con atender prioridades muy claras, acercarnos a ellas con una actitud integral, no meramente curativa. Nosotros tenemos una medicina para curar cosas y no para evitar o prevenir, esto en todos los sub-sectores del sistema de salud. Un poco lo que estamos pidiendo es una medicina también atenta a los problemas del entorno, que sea preventiva, rehabilitadora y no solo curativa. Está claro que estamos pidiendo que eso también se haga con un componente de tecnología intelectual pero con un uso relativamente liviano de lo que es la tecnología médica más complicada. El recurso sofisticado ya queda para otras áreas del servicio de salud.

También está bastante claro que, como bien se comentaba acá, es el grado de involucramiento de la gente, el ingrediente con el que se logran estas cosas. Si la gente está ausente se seguirá reproduciendo el modelo autoritario, paternalista, distante. Tendremos el centro de salud ahí al lado pero seguiremos siendo los patrones de la obra. Si la gente no se involucra implica que falta el intercambio de información por el cual ellos y nosotros aprendemos. Está bastante claro que si esto no es así se malogra uno de los ingredientes fundamentales. Y al mismo tiempo si la APS se queda en ese primer nivel de organización y no se produce una repercusión en como se está realizando todo el resto a través de un uso más inteligente y selectivo de los recursos tecnológicos, a través de evitar el abuso de la especialización en todo lo que es el uso profesional de la medicina, nos quedaríamos en una especie de aislamiento y en la Argentina que es un país que tiene más del 80% de su población en áreas urbanas, tenemos un desafío bastante más complicado que el que tienen algunos de los países africanos en donde el eje pasa por otro lado. O sea que nuestro desafío es mucho más complicado, si bien en esos países la situación es mucho peor.

Porque tenemos que pensar que quiere decir APS en este tipo de medicina que tenemos en la Argentina, en la cual el 70% de la población está cubierta por Obras Sociales, hay una proporción muy significativa que se sigue atendiendo en forma privada y tenemos el sistema público que tenemos y al que todos conocemos en sus virtudes y sus defectos. Tenemos que hacer APS entonces con distintos grupos de población, con distintos estratos socioeconómicos. Yo no puedo entender por qué la gente de la clase media argentina o también la gente de clase alta no es tributaria también de un sistema racional de distribución de prestacio-

nes de salud que esté totalmente imbuído de este concepto de APS. Por qué vamos a darle a esta APS sólo el sentido de una medicina para los pobres o marginados de la sociedad. Esto no debe ser así. Lo que sí acepto es que pensemos en distintos instrumentos de organización porque son ámbitos diferentes, son ecologías diferentes, son culturas diferentes. Esto lo sabe bien Tanoni, que, durante años se ha manejado con una eficacia realmente digna de todo aplauso en el manejo de programas en zonas rurales. Pero estos programas también tienen que tener un acento en Córdoba, en Mendoza, etc. Seguramente no vamos a decirles como tienen que tratar la basura o como es el problema del agua potable. Pero sí deberemos discutir una propuesta de servicios mucho más humanizados y racionales en el uso de los recursos y mucho más eficaces en términos no sólo técnicos sino también humanos. Este es uno de los desafíos que tenemos, en un país que, entre otras cosas, tiene uno de los privilegios que otros de los países del Tercer Mundo no tienen: nosotros tenemos muy buena disponibilidad profesional en particular en algunas profesiones. En otras estamos muy mal ya que a veces no alcanzamos a integrar un buen equipo de salud. Tenemos muchos médicos, muchos farmacéuticos y bioquímicos, muchos odontólogos, pero empezamos a patinar cuando queremos integrar todo esto con enfermeras, con trabajadores sociales.

Pero esto está claro; si queremos reformular el sistema de servicios y queremos hacer APS en serio tenemos que hacerlo con los médicos también.

Los médicos en Argentina somos una de las generosas disponibilidades que tiene el país pero al mismo tiempo somos uno de los problemas para hacer algunas cosas. Como me imagino que aquí hay mayoría de médicos y estudiantes quiero hablar con toda claridad, apuntando a las reformulaciones fundamentales a las que tenemos que ir. Aquí tiene que generarse un cambio de actitud y que debe ser incentivado ya que estas cosas no se producen por un simple llamamiento sino que se producen por un proceso de capacitación, por un lado y de reciclaje de muchos por otro, pero también por el lado de generar incentivos para empezar a orientar un tipo de medicina en el sentido amplio, o sea no sólo curativa sino que busque estados incipientes. Creo que en lo macro no hemos conseguido grandes éxitos pero en algunas áreas, como escuché que aquí se dijo, se ha trabajado bien y se han conseguido éxitos significativos sobre una proporción de la población. Tenemos que ampliar esto para que esté al alcance de todos. Tenemos que conseguir convertir a la profesión médica de una actitud diferente frente a este tema, en una aliada para algo que es bueno para todos. Porque también para el profesional el cambio es positivo entre otras cosas por la situación laboral del médico. Esto no se va a solucionar por la vía de que el país vaya a facilitar la vuelta a las épocas en que la profesión liberal era el camino hacia el éxito económico. Esto no va a pasar más en la Argentina como tampoco en los otros países

del mundo. Aquí la valoración y el prestigio hay que buscarlos por otra vía que no sea la económica lo cual hace que debamos estar pensando en una redistribución del trabajo médico. Tenemos una buena disponibilidad de profesionales. Pero si de lo que se trata es que si queremos trabajar en serio en APS, si queremos reformular en serio la reorganización de todos los niveles de salud, tendremos que producir una redistribución del trabajo profesional. Quiero explicitar esto por algo que uds. seguramente conocen: si ustedes van a una provincia, piden la lista de pagos de aranceles a los profesionales en la Federación Médica local, y verán que el 15% de los profesionales se llevan el 60 ó 65% de lo que proviene de la contratación con las Obras Sociales. Acá tenemos un problema de distribución del trabajo y no sólo de que si los médicos son muchos o son pocos. Si somos capaces de reformular esto también seremos capaces de formular incentivos para que nuestros profesionales tengan un incentivo para adentrarse en algo que no tiene el prestigio que tiene el quirófano o el laboratorio, que tiene el instituto de diagnóstico con aparataje sofisticado contemporáneo. Este es uno de los desafíos también para lograr este sistema APS. Que llegue a mucha más gente, a sectores de población marginales, si no va a seguir siendo una forma de discriminación con algún beneficio en la salud de la gente pero vamos a estar pensando que los pobres tienen que tener una medicina diferenciada que el resto de la sociedad.

La cuestión de democratizar la salud pasa fundamentalmente por dos coordenadas: que realmente cada uno reciba según lo que necesita y no según lo que puede y que cada uno pueda ser partícipe de un modelo que no sea paternalista, el cual aún tenemos y lo tendremos por varios años enmarcando al sistema de salud. Estoy seguro de que éste es un proceso largo porque el sistema de servicios de salud está mucho más moderado por un conjunto de intereses corporativos que por lo que necesita la gente. Este es un fenómeno y un dato político de la realidad, no es un dato peyorativo. Si queremos resolver las cosas tener que apuntar a todo esto. De allí en más podemos comenzar a construir.

Lo que pasa también es que hay áreas en las que nos vamos metiendo para producir este tipo de cambios en las cuales la cosa es mucho más complicada. Esto también significa toda una reformulación de las profesiones para insertarlas en la vía y el protagonismo que tienen que tener pero que no puede pasar por una puja más o menos fuerte por ver si podemos incrementar los aranceles. Porque éste es el techo, hasta que la economía de la Argentina adquiera un ritmo más razonable. Este es el techo de muchas realidades insoslayables. También tendremos que repensar qué hacen nuestros profesionales y además como se redistribuye el trabajo y la retribución entre ellos, elemento también importante para solucionar los problemas de la salud de la gente.

Pregunta. —¿A qué se refiere el Dr. Mario Testa cuando habla de que hay contradicciones en la sociedad argentina?

Testa: — Estamos atravesando muchas contradicciones, contradicciones que hacen al conflicto abierto.

Estas contradicciones pueden tener o no que ver con la clase social. Estas contradicciones y conflictos tienen varias expresiones en la sociedad, tienen lo que diría que son estímulos positivos en algunas circunstancias y en otras circunstancias tienen expresión en un sentido negativo. Además diría que hay una expresión modal, en el sentido de modo estadístico o normal de estas contradicciones y conflictos. Entonces yo diría que las condiciones sociales y políticas para una transformación son las que tienen que fundamentar estos usos positivos de las contradicciones y los conflictos. Esto quiere decir que en las circunstancias actuales en nuestro país estas condiciones no están dadas y yo creo que esta es una temática a la cual se le debe prestar mucha atención. Es decir atención a cuales son las condiciones del contexto para que ocurran los cambios sociales. Yo sé que la pregunta es precisamente cuales son las condiciones sociales y políticas por eso hice la afirmación inicial de que el país no está de humor. Esto, traducido en términos académicos, quiere decir que no están dadas las condiciones sociales y políticas para un uso positivo de las contradicciones en el conjunto de nuestra sociedad. Estos conflictos se transforman a veces en el espectáculo a veces lamentable que estamos contemplando, se transforman en canibalismo político, se transforman en anomia, se transforman en violencia. En estas condiciones no se puede. Alguien habló aquí de la actitud de escucha y yo creo que es a esa actitud a la que hay que volver, a una actitud de oír lo que dice el rival político, o ni siquiera el rival, simplemente el que no está de acuerdo. Creo que hay que recuperar una capacidad de absorber la crítica. Para mí es muy fácil criticar en este momento porque como no estoy en ninguna posición oficial, entonces me dedico a criticar. Pero creo que es una necesidad, para quienes están en las posiciones oficiales el tomar esta actitud de escucha que para mí quiere decir fundamentalmente la capacidad de absorber una crítica. La capacidad de oírla y de pensarla. ¿Por qué este individuo que es supuestamente ineficiente se opone a una cosa que se debe hacer?

A partir de esta recuperación de una actitud de escucha es donde podemos recrear condiciones sociales y políticas que permitan una transformación.

Y estas condiciones sociales y políticas se basan en una cuestión fundamental que es la superación de nuestra individualidad. Esta individualidad se crea en los usos modales de los conflictos o sea en sus condiciones de usos modales. La intersubjetividad, la superación del individualismo, este hecho es una de las consecuencias del uso positivo de las contradicciones de esos conflictos. Y esto tiene

que ver con la doble vertiente que nos atraviesa permanentemente y que es: nuestra vida como individuos y nuestra vida como sujetos sociales.

Esta relación, que es la que debe transformarse a través de los hechos positivos de estas contradicciones y conflictos.

Esto es lo que puede permitir recrear condiciones fundamentalmente sociales. Las condiciones políticas estarían más ligadas a lo que ocurre con los agrupamientos sociales, llámense partidos políticos, movimientos, sindicatos, etc. y toda esa enorme gama de los que son las instituciones intermedias de la sociedad, lo que algunos autores llamarían la sociedad civil, lo cual no es un invento teórico, en esto voy a disentir con el querido compañero Tanoni, sino que es una descripción de una de las cuestiones que es necesario reconstruir en el país. Estas asociaciones intermedias, esta sociedad civil, esta serie de mecanismos que tienen que ver con nuestra vida cotidiana y también con nuestras vidas históricas. Esta es la recreación que hace falta porque la transformación sólo puede derivar de la ampliación del espacio social, este espacio que constituyen estos grupos intermedios. ¿Por qué intermedios? Porque son precisamente los que intermedian, los que articulan necesidades propias individuales con las necesidades de la sociedad en su conjunto. Esto no lo podemos hacer cada uno de nosotros sino que se hace a través de estos mecanismos de intermediación. La ampliación del espacio de la sociedad civil es lo único que puede permitir una transformación política. Creo que ésta es la línea por la que habría que transitar para crear estas condiciones.

¿Cuáles son las relaciones de poder que se tienen que alterar en el sistema de salud? Todas. Por esto es fácil responder a la pregunta.

Esto quiere decir fundamentalmente eliminar el autoritarismo.

Les diré cómo sueño en un país que no voy a ver. Pero sueño en un país en que no existan las relaciones de poder y ésta no es una propuesta anarquista. No. Pero yo pienso que estamos atravesados por relaciones de poder en todos los terrenos. El autoritarismo de los cuerpos burocráticos con esas horribles colas que hacemos todos los días y que somos maltratados por el empleado que dice: "¡Póngase en fila!" Pero hay otros autoritarismos que nos afectan mucho más directamente que son nuestros autoritarismos personales en el tratamiento de nuestra vida cotidiana. Permanentemente vamos a ver aparecer esta relación entre lo social y lo individual. Este autoritarismo tiene que desaparecer. Ese autoritarismo que ejercemos como defensa de nuestras propias necesidades económicas y de nuestras necesidades afectivas. Todas esas relaciones de poder que en el sistema de salud adquieren una característica particular. Nosotros, como trabajadores de salud, sabemos cuando nos hemos enfrentado a los pacientes lo mal que los tratamos.

¿Cuál es la diferencia entre las palabras y los hechos para cambiar de verdad? Este es un viejo tema que de nuevo nos podría llevar demasiado lejos.

Pienso que estas respuestas que se dan a través de palabras son muchas veces traidoras. No puedo dejar de recordar en alguna de las lecturas que he hecho en algún lado, esta idea de que la verdad sólo se manifiesta a través de las fallas, a través del chiste, de los lapsus, de los sueños. Solamente el inconsciente hablaría la verdad, como diría Lacan o alguien parecido.

Es muy difícil decir estas cosas cuando estamos sometidos al autoritarismo. Es difícil porque uno puede decir: "Yo estoy de acuerdo con lo que dice Neri o con lo que dice Tanoni o Puga". Pero ¿cómo se trasladan esas palabras sabias a hechos concretos? Pienso que hay que profundizar en la teoría. No creo, como dijo Tanoni, que no hay que tener ninguna teoría. Y creo que él tiene una teoría muy profunda cuando dice que la cosa es fácil porque lo que hay que hacer es lo que el pueblo necesita. Eso no es ausencia de teoría, sino una teoría muy seria.

Pregunta al Dr. Neri: —De los tres subsectores, público, privado y Obras Sociales, el Estado y las Obras Sociales han disminuido su participación y ha aumentado el total de gasto privado. Al mismo tiempo se han deteriorado los salarios. Cómo puede la APS resolver esta situación de las clases populares y medias, y completando con otras preguntas: ¿la APS es responsabilidad exclusiva del Estado? ¿existen acciones conjuntas entre los 3 sub-sectores, programas de formación y motivación para estudiantes de medicina para integrar al resto de los colegas?

Dr. Neri: —No podemos pretender que los servicios de salud estén desconectados del marco económico global, es decir que en este caso el tema de los recursos que se destinan, tanto a las Obras Sociales como al Estado están presionados por esa realidad. No creo que haya habido una caída en el gasto público si bien no tengo cifras de los gastos provinciales. Sí hay un desfinanciamiento en las Obras Sociales producido por una multiplicidad de factores, el retraso del ingreso real, que al fin y al cabo es de lo que se alimenta la Obra Social para obtener sus recursos; el incremento de algunos costos en particular, como el de las prestaciones, esto es el incremento histórico de la demanda de la población en algunos campos y otras razones. Pero de hecho, de ninguna manera se podrá pensar que la APS va a venir a solucionar esos problemas de desequilibrio entre necesidades y recursos disponibles para satisfacer esas necesidades. Lo que sí aporta la APS es un ordenamiento mucho más racional del sistema, racional en términos de una mejor asignación de recursos. O sea, con los recursos que tenemos, si en este momento tenemos desviadas o desfiguradas nuestras prioridades, estamos metiendo demasiado dinero en cosas que en definitiva no significan un beneficio

tan importante para la salud de la población, como puede ser el abuso de recursos de diagnóstico y tratamiento.

Acá no se trata de que el dinero sea poco o mucho. Se trata de cómo lo usamos. Si estamos abusando de análisis superfluos, si estamos abusando de estudios radiológicos innecesarios, si tenemos un hiperintervencionismo quirúrgico, como en buena medida esto se hace, en cualquiera de los 3 sub-sectores, esto quiere decir que tenemos una asignación defectuosa de los recursos en función de las necesidades de la gente. La APS, al poner más racionalidad, al apuntar, como acá se decía, a lo que prioritariamente necesita la población está haciendo que esta asignación de recursos rinda más en términos de rentabilidad social, que en definitiva es algún quantum de salud, algún quantum de muchas otras cosas como sentirse mejor atendido, mejor comprendido, no sentirse marginado ni maltratado. Este también es uno de los objetivos. Es decir que la APS aporta pero sola no puede resolver un déficit general de recursos que puede haber por problemas de funcionamiento de la economía.

Pregunta para el Dr. Puga. —Educación para la salud en hospitales municipales. Éxito y fracaso y ¿por qué?

Dr. Puga: —Les quiero contar cual fue la historia del Departamento de Educación para la Salud de la Municipalidad de Buenos Aires en el año 1984. Nosotros tardamos en crear ese departamento un año y medio. Hasta que pudimos vencer las resistencias de todo tipo como para poder empezar a funcionar.

A partir de allí se fueron creando los comités para la salud en los hospitales que también fueron difíciles y que sólo se fueron concretando en algunos hospitales. Creo que en estos 4 años se avanzó en los hospitales, y no diría mucho pero tampoco muy poco. Se avanzó en la creación de los comités de educación para la salud. Las resistencias del equipo de salud con el modelo médico cerrado que también ha sido un modelo para otras profesiones de salud, ha dificultado un poco el desarrollo de los comités de Educación para la Salud. Por otro lado los que están en los niveles de conducción de los hospitales, no todos están motivados para este tipo de cosas y pienso que la inferiorizan, consciente o inconscientemente. Creo que es un espacio poco ganado pero que tenemos que caminar mucho para poder ir mejorándolo. De alguna manera organizar bien los programas como para poder ir haciéndolos no sólo en los horarios matutinos que son los horarios tradicionales de los hospitales, sino ver de qué manera podemos extenderlos a toda la jornada de labor.

Pregunta para el Dr. Tanoni: ¿Es verdad que los intereses políticos pervierten la política de salud? ¿Cómo se puede neutralizar esta tendencia?

Dr. Tanoni: —Yo le digo que no. Los intereses políticos han logrado cosas muy importantes. El interés político es sinónimo de los intereses del pueblo. Después vamos a hablar de si coinciden o no y si en el discurso político está implícita la voluntad de cumplir con las necesidades de ese pueblo. Como experiencia les puedo decir que para producir el cambio es imperioso que el tema salud salga del silencio y que en todos los ámbitos del debate político argentino esté ausente salud es el peor daño que se le puede hacer a la salud del pueblo argentino. Cuando politizamos la salud, cuando el tema salud, enfermedad, muerte, la vida de los ciudadanos de un estado son parte del debate político ahí hay esperanzas para el cambio. El silencio es el ataúd de las posibilidades de la salud de los pueblos.

Una anécdota: Salta en 1940 tenía el 233 por mil de mortalidad infantil. Salíamos de la década infame. O sea cuáles eran los fenómenos sociales para que se llegara a un genocidio en el que muere un cuarto de la población que nace? No lo voy a analizar aquí. Pero lo único que yo no pude extraer en ninguna de las referencias históricas, ni hablando con los viejos ni en la prensa ni en el debate, ni en todos los ámbitos políticos, ni un sólo comentario sobre el tema de la mortalidad infantil en la Pcia. de Salta. Había silencio, estaba todo bien, normal.

Hoy los países más pobres y devastados por la guerra no tienen eso. Sin embargo el silencio político es donde nosotros, la conciencia colectiva se oculta. Porque los intereses espúeos hacen campo ancho para seguir.

O sea que la politización para mí en la temática de salud es condición "sine qua non" "para que se produzca un cambio en el sistema de salud argentino. Quizás en la pregunta hay una connotación no explicitada de lo que sería la lucha partidaria, que es otra cosa. Y aquí también puedo contar mi experiencia. Para eso me invitan los organizadores. La lucha por los proyectos populares de salud no siempre tiene en el tema salud, cabida en los partidos, salvo expresiones minoritarias del espectro político partidario argentino y salteño en particular, los partidos populares que tienen el 95% de los votos de mi provincia coinciden prácticamente en los objetivos, en la metodología, en los fines, en las formas de atender la salud de Salta. Y no se da la fractura de una lucha política perversa usando las líneas de la separación.

Las oposiciones más feroces al proyecto popular de Salta surgieron de representantes políticos de los tres partidos.

No siempre quien milita en un determinado partido político podrá cumplir con lo que su plataforma política está enunciando. Cuando se juntan los convencionales para reformar la constitución de Salta en 1985 todos coinciden en que la política de salud tiene que tener estas características: es un derecho social, es un bien social, los recursos para ella también son sociales. Indicativamente la carta orgánica indica la prestación de los recursos para la salud y la educación en el punto 'I', cuando le dice a los poderes del Estado cómo tienen que administrar

los recursos del pueblo. Ponen los constituyentes todos los conceptos innovadores. Todos firman y votan. Todas las plataformas políticas tienen contenidos populares referidos a la atención de la salud, pero en la oposición, las caretas se caen. El gorila o los intereses del antipueblo medran en todos los partidos políticos. Porque hay mucha gente que se disfraza, unos de radicales, otros de peronistas, para defender los intereses de un sector que a veces está contrapuesto con el bien común. Si no; ¿por qué el legislador médico de mi partido borra sistemáticamente todos los proyectos de salud de la provincia, en el ámbito parlamentario, se opone incluso a los proyectos que nosotros enviamos a la cámara? ¿Por qué un radical que es de la comisión de salud de la provincia, en el ámbito parlamentario, se opone incluso a los proyectos que propiciaba Aldo Neri, desde el gobierno nacional y hablaba pestes? Esto se llama traición social. Yo voto por una cosa pero después voy a hacer otra. Y a esto me refería con la voluntad política expresada por dirigentes políticos. No solamente hay que expresar. Hay que querer hacer y después hay que saber hacerlo. Hay que mover todo el aparato jurídico constitucional de la República Argentina para que la salud sea un derecho. Hay que politizar esto que tiene que ir a las convenciones constituyentes, tiene que ir a las cámaras parlamentarias en todos los sectores. Salud es un tema político porque es un tema de la vida de los ciudadanos. Pero aquí la economía ocupó, hizo pata ancha y arrasó con todo en la Argentina. Aquí de lo único que se debate es de economía, de la vida no se debate. Por eso creo que es muy importante todo debate político que haya sobre el tema salud.

La otra pregunta es una pregunta de tipo operativo pero tiene connotaciones desde el punto de vista estratégico. ¿Qué opino de la atención preferencial tanto en un centro de salud como en hospitales bases a los más carenciados que se seleccionan de acuerdo al tipo de vivienda?

Yo creo que no puede haber una APS para pobres y otra para ricos. Esto ni siquiera tenemos que discutirlo más y se acabó. Hay una sola salud que es para todos. Los derechos son para todos. Es nuestra formulación cualitativa. En el centro de salud el ciudadano tiene derechos fundamentales y los ejerce. Ni les cuento la pelotera que se armó cuando la gente vio en las paredes que el pueblo tenía derechos. Hasta se llegó a la discusión parlamentaria. Se hicieron asambleas tremendas en todos los sectores. Les hablo de 1984. Ver en una pared que el pueblo tiene derecho, tanta era la miseria moral argentina que fue un escándalo. Todos tienen derecho a la atención, sea pobre, rico, sea negro o blanco, tiene derecho al menor tiempo posible de espera en los servicios de salud, tiene derecho a conocer el funcionamiento de salud, tiene derecho a conocer los procedimientos y las terapéuticas que se le instituyen, tiene derecho a que la atención en ese servicio de salud no le haga pelota su economía privada. Esos derechos están escritos sobre las paredes y no hace falta carnet. Porque cuando la gente siente y

sabe que tiene derecho, los exige sin carnet, les pasa por encima, a las instituciones de la Burocracia (aplausos).

Pregunta para el Dr. Vasilliades: ¿De qué manera actúa el médico en la dinamización de la población y/o relacionamiento social? ¿Cómo crea los lazos?

Una ideología imperante, como se ha esbozado en América, es poner el acento en la patología y no en la prevención y/o APS. La formación universitaria actual está logrando una transformación, pero ¿cómo ha pensado la conducción de la salud sanear o transformar las cúspides en las jefaturas de los hospitales para no bloquear esta atención?

Para todo el panel: A pesar de que la filosofía de la APS implica dentro de su conceptualización tener en cuenta los aspectos sociales y la incorporación al equipo de salud de profesiones no médicas, 1) por qué los panelistas se refieren sólo al papel del médico, 2) por qué se continúa separando a los sujetos sociales de la APS distanciando pacientes de equipo de salud, y en el caso del panel paciente-médico?

Dr. Vassiliades: —Para esta primera pregunta no hay receta. Yo creo que algo de lo que se acaba de decir sobre el silencio en salud y el modelo de una sociedad de consumo es el fundamento de la respuesta que pretendo dar. Las muchas definiciones de salud o sus conceptualizaciones, entre ellas, en el momento en que expuse, valoricé mucho a Pichón Riviere, para quien salud pasaba por la interacción con el medio y por poder actuar y sentir su presencia, por no sentirse marginado. Esto que Pichón y su equipo fueron trabajando tiene antecedentes dicho de otras formas ya en la época de Carrillo. Entonces la primera parte pasa por cuál es la concepción de salud que tiene el médico en este trabajo de interrelación social. Pero dado que hay muchos médicos jóvenes, yo quisiera parcializar la respuesta hacia el otro lado, exclusivamente sobre la parte médica. Yo estoy convencido de que el médico que trabaja en zonas rurales o en áreas marginadas o cree en la medicina general, contraponiéndola al modelo del consumismo, al modelo de la alta tecnología que nos inculcan otros países y no cree en sí mismo y que este tránsito por la medicina para los pobres es una etapa nada más en su vida, está condenado al fracaso.

Es decir que lo primero es creer y valorizarse en su propio trabajo. Y esto es algo más que un simple enunciado. Yo trabajé en zonas rurales y he visto como los médicos del interior siguen creyendo que deben hacer esa medicina porque no pueden hacer otra. Aspiran a salir cuanto antes para llegar a la ciudad de las luces y la suprema tecnología. Esto es un tránsito en su vida. Yo no digo que no se aspire a otro modelo, pero a lo que tenemos que empezar es a valorizar qué es

lo que estamos haciendo en cada uno de esos lugares. En muchos lugares del país se está empezando. Años atrás las residencias en medicina general ocupaban muy poco espacio en los proyectos de formación de recursos humanos y ahora cada vez es más. El mismo sistema cada vez le da más lugar al médico generalista, le está dando un ámbito de trabajo y lo está jerarquizando. A partir de allí empezará su relación y su efecto dinamizador. Entender en esta posición de escucha que hablábamos hoy qué es lo que nos quiere decir el pueblo. Por lo tanto tendrá que reformular su propia formación como médico. Pero creo que esto aún no sería posible si él no creyera en sí mismo, si él no creyera que lo que está haciendo es tan valioso como lo que hace aquel ultraespecialista; que uno usa tanta tecnología como el otro. Lo que pasa es que esta es tecnología apropiada y la otra puede ser sofisticada.

Yo creo que es muy difícil poder lograr ese texto dinamizador que plantea quien me hace la pregunta si el médico generalista no cree en sí mismo. Esta pregunta se enlaza con la otra. Yo no estoy tan convencido de que todavía la formación universitaria se haya modificado de tal manera que permita creer que ya estamos produciendo recursos humanos que por sí van a lograr cambiar la formación. A través de las residencias y del post-grado hay que hacer un largo trabajo para tratar de transformar. Porque esto se vuelve a inscribir en la cuestión del poder, en la cuestión de la injusticia social, esto se vuelve a incluir en el silencio. Esto ocurre en todos los lugares en los que han ingresado médicos generalistas que han entrado a las residencias de medicina general y después de un tiempo se han encontrado con la realidad de un sistema que no los absorbe y se ven llevados a trabajar en cualquier otra cosa. Esto se produce porque hay un sistema que le da más valor al especialista y margina al médico generalista.

Hoy decía Tanoni que es la segunda vez que llega a este aula... Yo es la primera vez que llego, pero es recién que se empiezan a escuchar las voces de esta otra alternativa. Y la pregunta que se plantea de cómo se ha pensado en transformar la condición de salud o las cúpulas de los hospitales para no bloquear esta acción, remite a que esto tampoco tiene una receta.

Cuando lo escuchaba emocionado a Tanoni pensaba que desde hace años no nos sentamos a tomar mate y seguimos pensando igual. Nosotros también llenamos el Hospital Central de Posadas de los derechos de los pacientes. Y ellos van a la dirección a cada momento para plantear que en tal o cual servicio no fueron bien atendidos. En todas las áreas periféricas del hospital han empezado a aumentar la cantidad de consultas, la gente se reúne. Ya no se trata sólo de que piden médico para que atienda la salita. También piden la red de colectivos, la red eléctrica, el caño de agua. Y también, en esto pienso igual que Tanoni, estas cosas están por encima de los partidos políticos.

Cuando hablamos con las comunidades nos damos cuenta de que lo que hace

falta son, por ejemplo, unos 100 mts. de caños, entonces empezamos allí, después vamos a ver qué hacemos con el resto.

Esta pregunta terminaba en cómo transformar las cúspides en las jefaturas de hospitales para no bloquear la acción. Yo creo que empieza desde la periferia y en última instancia la cúspide es lo último que va a cambiar.

Cuando nosotros empezamos a trabajar en zonas rurales nos dijeron que estábamos locos porque se iba a generar una demanda en un momento en que los servicios de salud no estaban capacitados para responder a ella. Pero éste es el efecto transformador del que hablábamos hoy: generada la demanda, el nivel político va a tener que dar su respuesta. Todo esto que se armó en los últimos tiempos ha obligado también, a partir de una demanda, a que los niveles de conducción política hayan destinado más recursos para las áreas periurbanas. Nos están dando más médicos. Porque estamos abarrotados de cifras del incremento de la consulta. Tanoni, hace algunos años en Salta, necesitaba leche. Pero tuvo que armar toda una cuestión para demostrar la desnutrición y el nivel que alcanzaba para que los estamentos políticos dieran leche.

De esto se trata. De demostrar la necesidad y fundamentarla. Por eso rescataba lo del silencio y las palabras de Pichón Riviere. En un gobierno creo que había una propaganda que decía "el silencio es salud". Todo lo contrario que se hable, que se demande, porque esta demanda, en algún momento va a tener que recibir una respuesta.

Dr. Puga: —Hay algunas preguntas conectadas entre sí. La Dra. Alicia Esteban dice "En odontología debemos destacar que a la atención primaria le damos real importancia" y pregunta por qué no se tratan temas odontológicos en estas jornadas. Claro, esta facultad no sólo forma médicos sino otros recursos que en algún momento pueden ser usados para mejorar el desempeño del equipo de salud. Somos conscientes de que los estudiantes que se forman en medios profesionales no son sólo de la Facultad de Medicina. También somos conscientes de la importancia de la Odontología. Cómo no ser conscientes si uno de los grandes olvidos es la prevención en salud bucal. Pero muchas veces nuestras propias conductas, que tenemos tan internalizadas, se manifiestan sin darnos cuenta. Pienso que la participación en estas Jornadas es la posibilidad para los odontólogos de plantear sus inquietudes y propuestas, sus experiencias y sus problemas. En este panel somos 6 médicos. Solamente médicos. Tal vez lo que tenemos internalizado se manifieste también en este panel. Es probable que los próximos paneles en las próximas jornadas ya tengan integrantes de todo el equipo de salud. Porque los odontólogos son muy importantes y yo tengo la experiencia de la Secretaría de Salud, en la que cumplieron con una función fundamental y las otras profesiones del área de la salud también. En la enseñanza que les damos a los estudiantes es-

tán también las enfermeras, las asistentes sociales, están los psicólogos, están los antropólogos y también los agentes sanitarios. Tenemos registro de experiencias del partido de San Miguel, en el cual los agentes sanitarios han colaborado en una forma muy importante en la enseñanza impartida a los alumnos de la Facultad de Medicina. Es decir que, aunque es posible que algunas cosas no se hayan manifestado, somos conscientes de que todo el equipo de salud debe participar como lo está haciendo en los módulos de APS en la Facultad de Medicina. Esto también incluye a los administrativos. Hoy tuve el gusto de encontrarme con dos contadores que venían a estas jornadas de APS.

Yo me pregunto por qué no les hablamos a los economistas o futuros economistas, desde el vamos, de estos problemas y de que los presupuestos en salud pasan por estas cosas. Por qué no les decimos también a los arquitectos, a futuros ingenieros agrónomos y a los futuros abogados que nos ayudan a resolver los problemas de mala praxis. Pero ¿qué sentido tiene todo esto? Si nosotros hablamos de estos temas en todas las profesiones, con un sentido de horizontalidad creo que vamos a cumplir una función mucho más importante.

Otra pregunta dice: qué justificación tiene en el Hosp. Garrahan el funcionamiento de los consultorios externos de demanda espontánea?

Dr. Puga: —Bueno, el Garrahan tuvo muchos problemas hasta que finalmente quedó inaugurado. La comunidad pedía urgentemente que se abriera. Fue muy doloroso todo el proceso por el que atravesó este hospital en las distintas propuestas que se presentaron. Finalmente se abrió. Pero la comunidad está acostumbrada a ir a los hospitales. ¿Cómo le decimos que no a la comunidad que viene a pedir atención en el hospital por demanda espontánea? No es fácil. Las pautas comunitarias las hemos transmitido nosotros mismos y están arraigadas. Entonces, en este momento lo que hacemos es satisfacer las necesidades comunitarias. Pero también estamos muy preocupados por llegar a organizar una red de vínculos de síntos niveles de complejidad, en toda el área metropolitana. Para que los centros de salud atiendan lo suyo, para que profesionales que están en ellos estén estimulados y trabajen mejor, para que los niveles intermedios también actúen con eficacia, y entonces, en una red de servicios organizados, es probable, nada más que probable que esta demanda espontánea, a largo plazo disminuya. Y entonces cada cual puede recurrir a sus propias comunidades de atención. Ese es el objetivo final de una nueva organización sanitaria y hospitalaria.

También me preguntan sobre el desarrollo del programa materno-infantil de la psicoprofilaxis obstétrica vinculado a un recurso más de salud psicofísica de nuestros ciudadanos futuros.

Había algo con respecto a los profesionales que había dicho Mirta Videla, quien había hablado en homenaje a los médicos de barrio y a los viejos médicos de familia y decía que también tal vez tenga que haber un homenaje a los curanderos y tal vez tenga razón, porque cumplieron una función importante, fueron parte de la comunidad. Yo recuerdo hace 20 años una de las reuniones más concurridas que he tenido en el hospital de Wilde. Hicimos una reunión de ateneo sobre el empleo. Estaba repleta el aula del hospital. Invitamos a dos curanderas a las que nos fue difícil encontrar porque la policía las perseguía. Finalmente vinieron y ellas nos enseñaron a curar el empacho.

¡Cuántas veces las madres nos preguntan si el chico no estará empachado! Y cuál es la contestación del médico? ¡Cállese la boca (como decía Testa), cómo me va a venir con eso a mí! Otra respuesta suele ser el reírse de la gente y allí se terminó la comunicación. Pero si decimos "a ver señora, cómo es eso de que el chico está empachado, porque yo también sé curar el empacho. Esa comunicación, esa cuestión de la relación social, como decía Testa, da cuenta de dónde está el meollo de la cuestión y esa madre entonces, no deja más de ver al pediatra que atiende a su hijo.

Volviendo a la pregunta de la psicoprofilaxis obstétrica, el mayor porcentaje de embarazos que llegan a los hospitales han sido atendidos muy pocas veces en el curso del mismo. Muchas mujeres no fueron nunca atendidas. Entonces la psicoprofilaxis obstétrica que se lleva a cabo en algunos lugares está en sus comienzos. Creo que no se ha aprovechado lo suficiente como para disminuir la mortalidad perinatal. En los centros desarrollados como es la ciudad de Buenos Aires en estos momentos, es la primera causa de mortalidad infantil. Yo creo que es un campo fundamental para desarrollar y yo diría que los planes materno-infantiles o materno-infanto-juveniles, como ahora se llaman los departamentos de los hospitales, deberían incluir a este grupo que siempre ha estado aislado de nuestras preocupaciones, el de los adolescentes. Digo esto porque creo que la psicoprofilaxis obstétrica también tenemos que extenderla a la adolescente que puede quedar embarazada, como lo estamos viendo cada vez más en nuestros hospitales.

Es un recurso realmente transformador estimular la relación de la madre con su hijo, como todos los miembros del equipo de salud lo saben.

Dr. Vassiliades: —Nosotros hemos ido incorporando recursos no médicos al área de salud, tales como antropólogos, sociólogos también (aplausos). Incluso se ha demorado transitoriamente, por mi viaje aquí, la inauguración de un servicio en el que los médicos generalistas van a trabajar con psicólogos (me refiero al Hospital Central de Misiones) con este mismo tipo de enfoque. En el tema de salud rural, habíamos empezado a trabajar con la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales a través de un seminario de Medicina Social, para que los estu-

diantes conocieran lo que es APS. El tema es lo suficientemente importante como para que las distintas disciplinas concurren.

Pregunta al Dr. Neri: —Porqué sigue siendo crítica en nuestro país la formación de enfermeras?

Dr. Neri: —Creo que la formación de enfermería sigue siendo crítica porque esto deviene en algo multicausal. Hemos trabajado sobre el aparato educativo para la instrucción de enfermería y hemos trabajado muy poco sobre todo lo que son los servicios propiamente dichos. Entonces, creer que vamos a resolver el problema de enfermería, y todos hemos participado en este criterio desde hace muchos años, creando nuevas escuelas de enfermería, es una hipótesis muy ingenua. En la medida en que no vayamos logrando generar incentivos y formas de jerarquización de la profesión a nivel de los mismos servicios, vamos a seguir teniendo un desbalance como el que estamos presenciando en este momento.

La relación entre el sistema educativo y los servicios es absolutamente fundamental. La jerarquización de la profesión debe darse a nivel de donde se dan los servicios; allí es donde la enfermera tiene que asumir roles de mayor responsabilidad, allí es donde tiene que haber un replanteo de su jerarquía profesional y en sus niveles de retribución no nos engañemos. Este es uno de los parámetros inexorables a los que hay que atender. Pero en hospitales sobrecargados en los que tenemos una relación médico-cama igual a uno (1) y una relación de enfermería por cierto mucho más insuficiente, esto no lo vamos a arreglar en seis meses. Esto va a exigir una política sostenida orientada a rejerarquizar estas profesiones, a revitalizarlas y de alguna forma a acotar el desarrollo e hipertrofia de otras.

Este es un ejemplo más de cómo el sistema de salud se modela por los intereses corporativos. Los médicos, hemos sido en la práctica una corporación mucho más eficaz, en lograr cosas que no pudo lograr la corporación de enfermería o la de odontología o la bioquímica o tantas otras, incluso todas estas nuevas. Esto fue así y no podemos por un simple decreto o ley creer que esto se modifica. Esto exige una política sostenida a lo largo de muchos años y de ninguna manera creer que ofreciendo más oportunidades de formar enfermeras vamos a revertir esta situación. La valorización tiene que venir tanto del sector público, lo poco que tienen las obras sociales en sus establecimientos propios y en el sector privado a través de la unidad de trabajo que es el establecimiento, el centro de salud o el programa.

Puedo conectar esto con algo que se refiere a los médicos porque aquí hay una pregunta de por qué hemos hablado algunos o todos con respecto a los médicos. Seguramente que es sesgo inevitable, ya que estamos en la Facultad de Medicina y quienes nos invitan son los residentes médicos.

Pero quiero puntualizar algo más retomando algo que se mencionó. Yo creo que en la Argentina este es el recurso profesional más abundante. Independientemente de que sea muy, poco o nada importante; que todos sabemos que es importante. La reforma tenemos que hacerla contando con este recurso que la Argentina tiene generosamente disponible, si pensamos en un programa de APS.

Nuestra dificultad va a estar en la disponibilidad de otro tipo de recursos, como lo acaban de plantear a través del problema de la enfermería. Vamos a tener déficit en la integración de este equipo indispensable en el campo de enfermería y de otras profesiones. No así en el de médicos. Por eso tenemos que pensar cómo hacemos para incorporarlos en plenitud a este tipo de reforma.

Yo cité un ejemplo que demuestra el problema de la distribución y de la ganancia entre los mismos médicos. Uds. saben que las O. Sociales les pagan a organismos intermedios que son las gremiales médicas que pagan las facturas que los médicos llevan a cabo para las O. Sociales. Si uno toma la contabilidad de alguna de estas gremiales médicas y ve cómo se distribuyeron esos honorarios entre sus afiliados médicos, lo que aparece es que hay una muy fuerte concentración de ese dinero en un grupo relativamente pequeño de médicos y que el resto recibe una cuota mucho menor.

Esto es toda una distorsión en un momento en el que estamos pensando que para revalorizar en serio la APS tenemos que revalorizar en serio la medicina general. Esto no es meramente un discurso. También tiene que ser algo que se evidencie en los niveles de retribución que se perciba a nivel del médico general. Y no solamente el especialista que está manejando aparatos.

Tenemos que enfrentar esta realidad para mejorar cantidad y calidad de los servicios que recibe la población. Es necesario redistribuir estos servicios y al mismo tiempo redistribuir las oportunidades de un trabajo profesional gratificante entre nuestros profesionales mismos.

Esto es una vía para generar incentivos para que los profesionales vayan sintiéndose más comprometidos. Los médicos generales no son de segunda o de tercera; en términos retributivos, en términos de ganadores profesionales, en términos de incentivos científicos, en términos de homogeneidad de capacitación, etc., obviamente va a haber mucha más orientación, como viene sucediendo lentamente, en la Argentina y en los últimos años y se ve que hay un cambio. Vamos a conseguir paulatinamente una jerarquización que hace al bienestar de nuestra gente pero también al bienestar de nuestra población.

Pregunta: —¿Cuál es la o las razones por la cual en el máximo lugar de poder en salud y atención no se haya podido desarrollar una estrategia de atención primaria de la salud?

Neri: —Una buena pregunta por que siempre es más lindo poder contestar ciertas cosas sin haber tenido la responsabilidad de gobierno.

Esta es una muy buena pregunta edificada sobre un error de apreciación de la realidad. No existe esa concentración de poder alrededor de la plaza de Mayo que es la visión que puede tener el ciudadano promedio argentino desde afuera. No es real en muchísimos casos, en cómo funcionan muchos asuntos de la sociedad. Y mucho menos es real en el sector salud. Allí la difusión del poder es tremenda. Este es un sistema altamente fragmentado que está manejado por una secretaría nacional dentro de un ministerio global del campo social, cuyas funciones están sumamente limitadas. Cuyas atribuciones están sumamente limitadas porque, por un lado el sector público no maneja casi nada. Las provincias son las dueñas de los hospitales y siguen sus propias políticas, en el marco de los recursos que tienen y con el aporte y apoyo que reciben desde Nación. El tema de que hay una política de salud dictada desde la plaza de Mayo es una formulación absolutamente teórica y que depende, en buena medida, de la aveniencia que existe con los distintos gobiernos provinciales. En este período constitucional, como acá fue señalado, creo que lo dijo Tanoni, es cierto que hemos tenido reiteradas pruebas a través de Consejo Federal de Salud, de que los gobiernos de las provincias, más allá de su heterogeneidad política, con la Nación o entre sí, tenían por gran mayoría una gran facilidad de criterios y de objetivos para llevarlos adelante. Pero esto no es algo que se impone, esto no es algo que está legislado en la realidad de alguna manera. Por otro lado el poder real se dispersa todavía más dentro del sistema de O. Sociales donde la atribución de supervisar que tiene la Secretaría de Salud a través de INOS es sumamente relativa, con casi 400 organismos con un grado de autonomía muy alto. Para no decir, entonces, el sector privado, sobre el cual ejercemos solamente una fiscalización lejana y algún tipo de auditoría en lo que hace a su contratación con las O. Sociales. No por nada, durante este período constitucional se genera una propuesta de cómo empezar realmente a hacer posible que exista una política nacional de salud. Este es el proyecto el Seguro Nacional de Salud. Es precisamente para que el diagnóstico equivocado que subyace a esta pregunta vaya cambiando y que realmente haya algunas formas de negociación social global para que éste país pueda tener una política nacional de salud en serio, a través de todos sus actores que son los tres sub-sectores. Se debe poder, realmente, meternos en un cauce único de política, de prioridades, y de metodología de trabajo. Esto no es una modalidad de centralismo autoritario sino que, por el contrario, dentro de ésta misma propuesta, en la que se buscan modalidades de participación efectiva tanto de los sectores interesados como de los sectores políticos propiamente dichos, se trata de lograr una propuesta concertada, discutida, elaborada y en definitiva, para que la acción se pueda descentralizar al máximo dándole verdadera autoridad a las pro-

vincias que, en este momento ven pasar por la vereda de enfrente el grueso de lo que es la atención médica en la Argentina, manejado por el sistema nacional de O. Sociales y no por las provincias. Este es el objetivo.

¡De ninguna manera es esto una “varita mágica” más, por favor!. Esto es una aproximación racional posible en esta Argentina en la que se cruza este campo de intereses tan difíciles de conciliar. Todo esto es para que hagamos cierta la premisa de que estamos democratizando la salud.

Estamos concientes de que la democracia, en este punto como en otros, no es un punto de llegada; es un camino y, enhorabuena que lo estamos recorriendo!

Pregunta: —Teniendo en cuenta que la APS es una etapa de toda la planificación estratégica, profundice un poco sobre como movilizar adecuadamente los recursos de la comunidad teniendo en cuenta lo de Tanoni sobre lo que el pueblo quiere.

Testa: —Creo que ésta pregunta está ligada a lo que acaba de decir Aldo Neri, con quien tenemos una vieja relación; nos hemos peleado mucho pero hemos intentado ser amigos y no lo hemos conseguido demasiado...

Retomando lo de Marco Denevi se puede ejemplificar cómo resultó, a partir de que Aldo Neri fue ministro de éste gobierno y hoy es diputado nacional, estos resultados son demostrativos de quien ha tenido éxito, si el éxito además es una demostración de quien tiene razón, entonces saquen Uds. las conclusiones.

Yo quiero ligar ésto con varias cosas: con qué es esto de la planificación estratégica en primer lugar, qué es esto del equipo de salud (otra temática que quedó rondando), que fue, a mi juicio contestada parcialmente por varios de los ponentes y esto último acerca de la fragmentación del poder que Neri acaba de explicar.

Primera cuestión: planificación estratégica quiere decir pensar la planificación como un problema de poder. La planificación tradicional que hemos hecho y de la cual soy en alguna medida culpable, basada en el cálculo de los recursos tales como cuántas camas, cuántos médicos, etc., es diferente de la planificación estratégica que piensa en términos de poder. Esto significa preguntarse donde está el poder, quién lo tiene, como hace uno para manejarse frente a estas cuestiones de poder. Es decir, se piensa más en los actores sociales, sean individuales como puede ser un ministro, sean actores organizados como puede ser un partido político, un sindicato, etc. Para mí esta pregunta de cómo movilizar los recursos de la comunidad se transfiere a esta otra de cómo enfrentarnos a estos problemas de poder. Entonces, una de las cuestiones que tenemos que saber es cómo diagnosticar, para usar un término médico, todas estas cuestiones acerca del poder. Cómo lo identificamos, como lo pensamos, cómo nos situamos frente a esta relación. Porque el hecho es que en esta fragmentación que señala Neri y con lo que

yo estoy de acuerdo, es imprescindible situarse frente a estas relaciones para poder ser eficaz en las medidas que queremos tomar.

Entonces los recursos de la comunidad serán movilizados adecuadamente si sabemos y pensamos adecuadamente donde están concentrados esos poderes, cómo son, cómo se caracterizan, qué los identifica, cuáles son los grupos que los controlan.

Quiero señalar algunas cosas con respecto al equipo de salud, que está conformado por una serie de capacidades profesionales de distinto tipo y de distinto nivel que se articulan de distinta forma para resolver los problemas con que se enfrentan. Eso es volver a la definición. ¿Cómo funciona en la práctica en nuestro país el equipo de salud? No funciona. no existe, sencillamente. ¿Por qué no existe? Porque se transforman en una organización burocrática en la que, quien tiene el poder es el médico y los demás son sus auxiliares que tienen que hacer lo que el médico dice (Aplausos). Las enfermeras, los bioquímicos, etc, son importantes, pero serán importantes cuando lo sean, mientras tanto no lo son. El médico tiene la sartén por el mango y el mango también. Vuelvo ahora a lo que decía Neri, sobre el hecho de que el poder está fragmentado, no está en torno a la Plaza de Mayo y yo coincido con él. Pero entonces, porqué se plantea, como si fuera la solución, el hecho de aprobar ciertas leyes o ciertas normas o ciertos reglamentos? Cuando todos sabemos en este país y, en muchos países, por ejemplo, en todos los países en los que existe un parlamento, existen verdaderos cementerios legislativos. Hay una enormidad de leyes que no se cumplen. Aprobar la ley del Seguro Nacional de Salud no es suficiente para que se haga un Seguro Nacional de Salud. De ninguna manera. Esto se lo digo a Aldo Neri que está aquí, a mi lado y que es diputado nacional y que tiene responsabilidad ya que forma parte del cuerpo legislativo.

Pero una ley que modifica un comportamiento sólo se cumple si, y solo si, hay una disposición del cuerpo social que es favorable al cumplimiento de esa ley. Por la razón que dio Aldo Neri: porque el poder está fragmentado. Entonces no es suficiente con aprobar una ley.

Esa ley tiene que ser formulada después de la escucha y no antes, tomando el tema que anteriormente se trató aquí de la escucha.

No vamos a resolver el problema simplemente con aprobar la ley. Vuelvo, entonces a la temática anterior: tanto desde el punto de vista de la planificación estratégica como del equipo de salud, como de las leyes que queremos aprobar, el problema es el de las relaciones de poder. Eso no se modifica ni por ley ni por decreto. Se modifica solamente a través del desencadenamiento del proceso social, y aquí sí coincido con Neri, que es lento, trabajoso, difícil pero significativo en la medida en que abre espacios de lucha. Esos son los espacios que tenemos que conquistar.

SIGNIFICADO, DILEMAS Y DIFICULTADES DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (Mesa Redonda)

COORDINADORA:

Lic. Haydée Lorusso. Socióloga.

Coordinadora Equipo de Medicina Comunitaria de la M.C.B.A

PANELISTAS:

Dr. Liwski, Norberto.

Director del Centro de Atención Primaria "Ntra. Sra. de Guadalupe".
La Matanza.

Dr. Rovere Mario,

Docente y Responsable del Grupo de Investigación y Difusión de APS
Escuela de Salud Pública, UBA.

Dr. Sarrasqueta, Pedro.

Médico del Hospital Nacional de Pediatría "Juan P. Garrahan".

Lic. Zomosa Susana.

Bioquímica. Htal. de Ingeniero Juárez, Pcia. de Formosa.

Dr. Liwsky: —En la APS, desde su definición hasta su implementación, se recorre un camino de grandes contradicciones, que indudablemente están provocando cambios en el sistema de salud, entonces, comienza a moverse todo aquello que parecía ya consolidado y con muy poca posibilidad de transformación. Creo que trabajar en el campo de la A.P.S. es una experiencia que invita continuamente a la mirada transformadora de la realidad. Hay un aspecto que la compone y que es de carácter insoslayable e intrínseco a la experiencia: la participación popular. No me voy a detener en este punto, pese a que lo considero sustancial, porque ya será abordado centralmente por un próximo panel.

Voy a tomar tres aspectos, tres contradicciones y dificultades. Uno es ese entendimiento múltiple de la APS; el otro es el compromiso de los profesionales que actúan en programas dentro de la estrategia de la APS pero no en relación al programa sino en relación a la sociedad; y el tercer punto es el proceso de construcción del conocimiento de APS (de dónde nace la sabiduría en APS?).

Con relación a la comprensión y a los distintos enfoques sobre APS, hay cosas serias y otras poco serias; desde revistas o semanarios que cuando hicieron alusión a estas Jornadas de APS del año pasado, las presentaron con el subtítulo "Llegó la medicina para pobres". En realidad nunca entendí muy bien si era irónico, si lo que estaba reflejando era una realidad de lo que se había trabajado en esas jornadas, si era descalificativa. Lo cierto es que un sector del periodismo —comprometido habitualmente con los intereses de nuestro pueblo— hizo este resumen.

En otro ángulo, uno ha visto cómo los mismos programas, las mismas acciones que durante muchos años constituyeron el andamiaje de sistemas tradicionales de salud, con todas sus falencias, un buen día, por decreto ministerial, esos mismos métodos, esos mismos recursos, esos mismos profesionales, las mismas técnicas, pasaron a ser Atención Primaria de la Salud. Entonces uno piensa que no es tan complicado pasar de un estadio a otro, si en realidad con los mismos recursos, las mismas técnicas, los mismos métodos de investigación, se puede hacer una cosa u otra; sólo bastaría con un buen decreto, bien redactado. Pero parece que por ahí tampoco pasa el tema. Lo cierto es que, debajo de la camiseta de APS, hay muchos usos, hay muchos abusos, y hay muchos des-usos. Yo creo que estamos frente a una estrategia que ha proporcionado la posibilidad de que los sectores populares de nuestro país comiencen a encontrar instrumentos, modalidades y técnicas con las que el sistema de salud —que se diseñe en función de sus necesidades— recoja básicamente el espíritu, el pensamiento que emerge de los sectores populares.

Creo que la definición de la O.M.S. sobre el tema es muy interesante. Algunos analizan la definición que hace la O.M.S. en 1978 sobre Atención Primaria y deducen que se trata de un instrumento de dominación del imperialismo sobre los pueblos. Al mismo momento, otros leen la definición de la O.M.S. y dicen "estamos frente a un instrumento de liberación de los pueblos". Y esto también es una realidad que muchos de ustedes habrán percibido, la cual se debe mirar en relación a las realidades concretas de los pueblos.

Personalmente, me inclino por pensar la Atención Primaria como una estrategia básicamente democratizadora del sistema de salud en las actuales condiciones políticas del país, lo cual implica trabajar en la transformación de la estructuración del sistema de salud. No es la conservación del sistema, mejorando las relaciones, que la gente se enoje menos, que las jerarquías se noten menos.

Basado en este concepto de transformación, procurar elevar los niveles de participación de los pueblos, por lo que incluye básicamente la participación en niveles de planificación, y su posterior evaluación. Por último —para esta etapa de nuestro país— el desarrollo de esta estrategia debe incidir transformadoramente sobre las estructuras económico-sociales generadoras de injusticia y en-

fermedad.

Esta definición no se parece a la de la O.M.S. ni tampoco a la que dejaba traslucir el semanario periodístico; en todo caso, refleja de alguna manera la experiencia de un sector de la comunidad del Gran Buenos Aires, que ha venido trabajando hace mucho tiempo en esta línea.

El segundo punto es el compromiso del profesional con la sociedad a través de su práctica en APS. Es interesante lo que sobre el tema dice Paulo Freire: "... solamente un ser que es capaz de emerger de su contexto, de alejarse de él, para quedar con él; capaz de admirarlo para, objetivándolo, transformarlo; y transformándolo, saberse transformando por su propia creación; un ser que es y que está siendo en el tiempo que es suyo, un ser histórico; solamente éste, capaz por todo esto, de comprometerse". Yo creo que, si nosotros tuviéramos que pensar en condiciones de encrucijadas, hay dos modelos de conductas profesionales de la estrategia de AP. Están quienes ejecutan acciones que pueden tener incluso impacto inmediato importante en la población asistida, que merecen respeto y consideración; pero si esa acción no se acompaña de la reflexión profunda, de investigar el contexto histórico, social y cultural en que se desarrolla, esta primera posibilidad —la de actuar sin reflexionar— hace a un compromiso formal con la estrategia, y no alcanza a un compromiso global y profundo con la realidad de la salud.

El tercer tema es sobre la construcción del saber. El conocimiento ha sido durante toda la vida, una de las fuentes importantes del poder. En el sistema de salud, esto no merece demasiada explicación por ser una cuestión ampliamente conocida, reconocida y ha constituido para los profesionales de la salud un medio muy importante para ejercer su profesión en relación a la demanda de las necesidades de los pacientes, y también una forma de preservar determinadas posiciones. Lo que ocurre es que la estrategia de AP, concebida tal como la vemos recién, hace imposible mantener este estilo. Hace muy difícil seguir creyendo en esta fuente del saber, al margen de otras fuentes. Todos podemos decir que esta casa (la Facultad de Medicina) provee grandes volúmenes de información para curar enfermedades, pero nadie podría decir que provee todos y los únicos medios para producir salud o para corregir la enfermedad. Por lo tanto, la educación es un elemento esencial en el campo de la AP; el cómo se comunica la información, y cómo se construye un nuevo saber en salud.

En la estrategia de AP todos estamos en continuo proceso de educandos. Al tratar de descubrir cuál es el mecanismo con el cual construimos estos elementos del saber, partiremos de que el saber es la transformación de la ignorancia; pero la pregunta que corresponde hacernos sería: ¿de qué lado está la ignorancia? ¿Acaso en este recinto está de aquél lado, y de este lado está el saber? Si nos contestamos adecuadamente, vamos a encontrar que la única posibilidad de que

este encuentro sea fructífero, es que podamos salir con un nuevo saber, producto de lo que nosotros hayamos descubierto de ustedes y ustedes de nosotros; de lo contrario, estaríamos repitiendo, bajo nuevas camisetas —originales en su forma o de distinto color—, viejos esquemas; y estaríamos reforzando sistemas profundamente desiguales y antidemocráticos de salud. Difícilmente así, nuestra condición de profesionales se pueda fundir con las aspiraciones y esperanzas de nuestro pueblo.

Dr. Sarrasqueta: —Lo primero que voy a plantear es que no voy a definir A.P.S. porque no puedo definirla, y creo que probablemente sea mejor no poder definirla en esta etapa de tanta contradicción y de tantos enfoques diferentes. Me voy a referir concretamente, al pedido de la coordinadora de la Mesa, relacionado a los dilemas, y los voy a enfocar de un modo muy directo a la experiencia de un Programa de Atención del Embarazo en un barrio: la Matanza.

El punto a partir del cual se origina este programa de atención —ya que como modalidad debería fundar siempre la práctica— son los datos epidemiológicos, datos concretos de la realidad. La mortalidad perinatal en el Hospital Paroisien, que es una muestra de lo que son otras instituciones públicas de Matanza, es deplorablemente elevado (tanto lo que corresponde a su segmento fetal como al segmento neonatal); e incuestionablemente, una fracción muy importante de estas muertes antes de nacer o a poco de nacer, son muertes prevenibles. Existe una gran discusión sobre cuál es la mejor modalidad para disminuir la mortalidad neonatal o la mortalidad o la mortalidad fetal; pero de hecho nuestros países, incorporando modalidades perversas vinculadas a la tecnología y a formas de dominación, ya han elegido una, que es incrementar la complejidad de la atención del paciente enfermo. De hecho, han proliferado Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, aún en lugares donde las acciones de salud que se deberían hacer para prevenir daño perinatal son prácticamente nulas. El mejor ejemplo de esta contradicción es que, a pesar de que se ha incorporado en los últimos años tecnología por un importante costo, la mortalidad neonatal permanece estable en nuestro país; no así la mortalidad post-neonatal (entre los 28 y 365 días), que es más fácilmente abatible con acciones menos complejas, y que se relacionan a alguna modalidad de atención extramural o intramural (dentro de las instituciones).

La mortalidad fetal en nuestro país es tan importante como la mortalidad neonatal, pero es prácticamente omitido, porque casi ni se registra, es otro ejemplo dramático del camino perverso que sigue nuestra sociedad. Hace año y medio presentamos los datos de mortalidad neonatal en la ciudad de Buenos Aires, y son —para una población relativamente “rica”, comparada con el resto de nuestro país— iguales o peores a los datos de la mortalidad neonatal en Neu-

quén. A esa altura del partido, la ciudad de Buenos Aires ya había incorporado algunas decenas de respiradores y de unidades de terapia intensiva neonatal, y la provincia de Neuquén había incorporado su primer respirador hacía 3 ó 4 meses. En base a este tipo de contradicciones y de estas dificultades, se plantean diferentes caminos alternativos y un sinnúmero de interrogantes.

Pero lo cierto es que, en el año 1984/85, la mortalidad del Paroissien, que expresaba la mortalidad de Matanza, era, desde el punto de vista perinatal, extraordinariamente elevado; entonces surgen interrogantes sobre cuáles son las acciones posibles.

Las instituciones, sean públicas o privadas, tienden a desarrollar complejidad. A tres años de trabajar con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y con un grupo sumamente motivado, la mortalidad neonatal —en ese hospital— bajó sustancialmente. Yo participé de esa experiencia, que fue sumamente interesante y creativa, donde personal tal vez con menor formación académica que en las instituciones “prestigiosas” de la Capital, pudieron trabajar sobre chicos de muchísimo riesgo y disminuir la mortalidad neonatal.

Pero la mortalidad fetal, en esos mismos tres años, se incrementó, es decir, la mortalidad que depende fundamentalmente de la atención prenatal. Y se llega a un punto de imposibilidad de abatir la mortalidad neonatal, porque es irrealizable para nuestros recursos y posibilidades, es decir, en pesos extremadamente bajos, donde nuestras acciones curativas son sumamente limitadas o de un costo inaceptable o impracticable para estos niños porque están francamente vinculada al bajo peso y a la prematuridad.

Entonces surge la pregunta: ¿qué factores intervienen en esta elevada mortalidad fetal, en el daño que acontece, vinculado a asfixia y sus consecuencias. Se practica entonces un estudio epidemiológico muy sencillo, donde se analizan algunas variables que se consideran adversas a priori, por sentido común, y se ve claramente que la variable que tiene un riesgo muchísimo más alto es la variable “ausencia de control del embarazo”. Es decir, las mujeres que tienen cero control en el embarazo, tienen un 60‰ de mortalidad neonatal, y las que tienen control del embarazo de 2 ó más veces, una mortalidad mucho menor.

A partir de allí, uno se hace la otra pregunta que surge: cómo es posible generar un control universal y adecuado del embarazo en nuestra población de algunos barrios de Matanza. Esto es muy difícil de contestar, pero de hecho comienzan determinadas acciones para tratar de revertir esta situación. A partir de aquí surgen los dilemas, surgen los problemas y surgen algunos resultados. Por supuesto, la gente que fue a trabajar al barrio San Pedro concretamente, era gente sin ninguna experiencia —entre los cuales me incluyo— y que teníamos una idea poco acabada de lo que podía ser esto; algunos de nosotros era la primera vez que lo hacíamos y teníamos muchos a priori, por supuesto.

Para tratar de comprender un poco mejor lo que acontecía, nos hicimos algunas preguntas. Nos interesaba sobre todo saber por qué razón en esta población no se controlaba el embarazo, siendo ésta una variable tan importante. Creo que en la respuesta a la pregunta que surge del análisis de un poco más de 400 entrevistas que hace la asistente social con las embarazadas, está uno de los primeros dilemas que puede tener cualquier enfoque de AP, aunque no lo haya definido al principio. El nivel educacional de las madres es —sorprendentemente, para algunos prejuiciosos de antes— mucho mejor de lo que son sus condiciones sociales de vida: un número alto de mujeres que han terminado la primaria y algunas que han hecho el secundario; también había alguna universitaria, aunque esto es una excepción. La razón por la cual en estos barrios no se controla el embarazo —a pesar que el 97 ó 98% de los partos son institucionales—, no es obviamente la ignorancia ni es porque se desconozca la importancia de la práctica sino porque el hospital vilipendia y maltrata, y fundamentalmente no cubre las expectativas que tiene la mujer cuando va a hacerse atender (hay otros factores, pero este es el más importante). De hecho, el modelo en el cual la mujer debe demandar, implica largas colas, maltrato, tuteo, descuido de su privacidad; entonces es bastante lógico que las mujeres que en el embarazo no sientan síntomas —aunque tengan patología como por ejemplo hipertensión arterial—, no concurren. Hay factores ancestrales que dicen que el embarazo es algo normal, y desafortunadamente hay diferentes problemas del embarazo que cursan sin patología, y que pueden ocasionar daño tanto al feto como a la madre. Frente a una institución que maltrata o que expulsa, es lógico que un porcentaje muy alto de embarazadas no concurre.

El modelo de atención que se realizó en el barrio fue muy sencillo. Consistió en hacer grupos con las madres para discutir sus problemas de salud, y también los vinculados a aspectos familiares; en darles algunas nociones relacionadas al cuidado de la salud femenina, al desarrollo del embarazo; y en tener una relación personalizada (la atención con una sólo obstetra, que por supuesto está muy comprometida y motivada en este trabajo). Se logró que un porcentaje muy alto de las mujeres que no llegaban jamás al control del embarazo, se controlen, y por una razón muy sencilla: se las atiende bien.

En razón de las dificultades económicas y sociales, se favoreció resolver algunos problemas que existen en función de las instituciones. Es bastante difícil para las mujeres, trasladarse y hacerse exámenes, y adoptar algunas prácticas que son necesarias para el embarazo; entonces los mismos exámenes se realizan en el Centro de Salud, y un agente los lleva al hospital y trae los resultados. Creo que en esta apretada síntesis de la razón por la cual no se controla el embarazo, surge un primer dilema clave: parece ser (o ésta es una primera hipótesis) que, tal cual como está organizado el control del embarazo —para áreas como Matanza y probablemente muchas otras del país—, no puede ser llevado a cabo por las

instituciones, en función de la demanda espontánea de las madres. Esto por supuesto que para ser verificado tendría que extenderse a otras áreas y tendría que ser estudiado de otros modos. Pero parece ser que, para revertir esta situación, se hace necesario tener una modalidad de atención que se vincula mucho más a lo que es la comunidad: trabajar un terreno, organizar consultorios donde la atención sea más personalizada y donde puede establecerse una relación médico-paciente que no pueden brindar nuestras instituciones. Tal vez es la única acción que da efectos sobre la salud perinatal, infinitamente más importantes que lo que hasta el presente implica el costo en tecnología o el aumento de la complejidad obstétrica.

Desde esta perspectiva, una primera etapa del trabajo se desarrolla y logra su objetivo, que es universalizar un control razonable del embarazo. Naturalmente, a partir de allí surgen otras dificultades que vale la pena plantear, por lo menos desde el punto de vista de algunos resultados preliminares. Parece ser que esta modalidad de atención ejerce acciones beneficiosas sobre la disminución de la tasa de bajo peso (que es un factor central de riesgo en la mortalidad neonatal, en la mortalidad perinatal), y sobre la salud de la madre, en cuanto a las complicaciones del parto. Nos sorprende —aunque se necesitarían cifras más altas— que la mortalidad neonatal podría ser comparable a cifras controles que no han participado dentro de esta modalidad de atención. Pero cuando uno analiza los casos de mortalidad neonatal que han acontecido, observa —y disculpen si hay algún obstetra en el auditorio— que varios de estos casos, la mayoría, se relacionan con una atención inadecuada del parto. De tal modo que este es el segundo dilema, que uno puede apreciar en procesos como el del nacimiento, como el de la reproducción; acciones preventivas adecuadas (bajo la modalidad que antes se señalaba), seguidas de una atención técnicamente inadecuada del parto (ya hablando de la atención intramural hospitalaria). Esto puede llevar al fracaso a todas las acciones anteriores.

El tercer dilema que tiene una modalidad de atención de este tipo, es el hecho que nosotros hemos obviado el divorcio absoluto que existe entre la atención en la comunidad y las instituciones, a través de generar mecanismos paralelos (que se relacionan con un programa a corto plazo que está subvencionado por recursos extranjeros); pero de ninguna manera esta modalidad de atención se ha instrumentado, se ha internalizado, y ha empezado a formar parte de lo que es el trabajo institucional de las áreas públicas que están en la zona.

De hecho, uno de los problemas más importantes que uno observa es que en diferentes áreas del conurbano existen plantas físicas y equipamiento dotado para ejercer acciones de Atención Primaria adecuadas. Pero estos lugares están vaciados de lo central, que es el ser humano. Es decir, la gente que trabaja allí, trabaja dos horas, no va nunca o firma y se va, o cuando atiende un paciente hace lo

suficiente como para que no vuelva nunca más, o lo manda al hospital a que le hagan una ecografía que se la van a dar dentro de cinco meses.

Bueno, yo creo que este es un dilema concreto: el que se trata de una pequeña isla que intenta establecer una modalidad de atención, pero es boicoteada por el resto, o trabaja de tal manera que no se puede insertar institucionalmente.

Lic. Zomosa: —Lo que voy a contar es el fruto de un trabajo de muchos años en una zona rural del oeste de la provincia de Formosa. No queremos teorizar, pero uno tiene a veces que sentarse y conceptualizar lo que está haciendo; eso es lo que hemos tratado de realizar en lo que voy a leer luego. Por otro lado, también queremos compartir las dificultades y las preguntas que nos hacemos cada uno de nosotros en este trabajo que tratamos de llevar adelante. Muchas de las cosas que voy a decir se superponen de alguna manera con lo que dijo el Dr. Liwski. Creo que es importante que surja la repetición porque, si desde dos lugares tan distantes como son una situación urbana y otra rural, marginal y poli-étnica, podemos pensar las mismas cosas y podemos tener los mismos dilemas, quiere decir que hay algo que se entiende, y hay algo que se está gestando (y que esperamos que pueda tener una buena atención del embarazo y del parto, tal como planteaba el Dr. Sarrasqueta. Y esperamos que pueda llegar a transformar este sistema de salud que nos está agobiando en este momento.

La APS representa para nosotros un intento de recuperar la dignidad y los derechos de los seres humanos, cuyas condiciones de vida no les permiten ser plenamente personas. Reconoce en el saber popular la existencia de mecanismos de supervivencia y de resistencia que les permiten vivir en situaciones de miseria y de marginalidad en la cual están sumergidos. Promueve el mestizaje entre el saber popular y el concimiento científico, para permitir lograr una mejor calidad de vida.

Para algunos, la APS representa una medicina para pobres; es por eso que es importante el marco ideológico de quien la lleva a la práctica.

Con respecto a la APS a la que me refería al principio, las acciones quieren ser transformadoras de la realidad de los sectores populares donde se la lleva a cabo; el dilema está en si se pueden realizar acciones transformadoras en un medio que se resiste al cambio. Creo que es muy difícil promover la participación comunitaria desde instituciones no participativas. Nos preguntamos hasta dónde estamos dispuestos a llegar con la participación. Esta, ¿debe limitarse al barrio? ¿Puede ir más allá? ¿Puede llegar a cuestionar al hospital de referencia? En última instancia, ¿puede cuestionar el sistema de salud?

Cuando tratamos de abrir el espacio al protagonismo del pueblo en la gestión de salud, ¿cómo recibe el sistema formal este protagonismo? ¿Cómo podemos hacer para que la discusión sobre la APS deje de ser una discusión de cúpula y

pase a ser tema de análisis y discusión de los sectores populares?

Creo que es muy difícil optar por la APS desde un compromiso meramente profesional, sin involucrarnos plenamente como personas y sin tener en claro cuál es el modelo de sociedad que queremos alcanzar. No se puede considerar a la APS simplemente una estrategia de salud; tenemos que tener en cuenta el compromiso político que implica. Será por eso que se habla tan poco de la multi-sectorialidad de la APS? Dónde está la dificultad? En el sector salud, que teme perder su hegemonía? O en que le cuesta reconocer que el agua potable, la vivienda, el trabajo digno, tienen más impacto en la salud de la gente que las acciones propias del sistema.

Tenemos que analizar hasta qué punto nuestra formación universitaria nos ha marcado en acciones individualistas y sectarias, que no nos permiten afrontar la realidad de los sectores populares, y donde se privilegia el saber académico de unas profesiones sobre otras, y de éstas sobre el saber popular.

Es también difícil acceder a la APS dentro de un medio donde el Modelo Médico Hegemónico está tan vigente. Es muy difícil hacer APS cuando no hay decisión política con respecto a la misma. Es muy difícil la APS dentro de un sistema organizado en base a la enfermedad, pero que además hace de ésta un bien de consumo.

Es por eso que muchas veces me pregunto si en nuestro intento de cristalizar la APS, estamos dispuestos a sacarnos el delantal, a despojarnos de nuestros instrumentos de poder, y a ponernos junto al pueblo en la defensa de los derechos humanos.

Muchas veces pensamos que la dificultad está en el sistema, sin tener conciencia hasta qué punto nosotros mismos somos parte del sistema y aceptamos sus modelos. Tenemos que reconocer que los grupos que tratamos de llevar adelante la APS somos marginales dentro del sistema de salud. Y esta marginalidad nos tiene que unir a los sectores populares, para juntos lograr la humanización del sistema.

Dr. Rovere: —El desarrollo de esta mesa ha tornado más exigente aún el compromiso, nada fácil de por sí, de esta presentación. A lo mejor podemos reflexionar y recoger algunos elementos que están siendo puestos sobre la mesa, porque me parece que hay aquí una riqueza muy importante para todos los que de alguna manera hemos sido llamados a partir del término de APS.

De alguna manera trae a esta reunión las experiencias que se están realizando en el interior de nuestro país, también las que se están realizando en el Gran Buenos Aires, en la Capital: que a veces parecen ir dibujando diseños o búsquedas diferentes, convergentes o antagónicas de resolución de los problemas de la salud de la gente.

Teniendo en cuenta la consigna que se había planteado aquí, no es casualidad que uno sienta alguna resistencia con respecto a esas definiciones en términos de organismos internacionales sobre qué cosa es la APS. Porque esto uno lo recoge en un determinado momento; luego se va desarrollando una práctica, una experiencia, y uno va sintiendo que el corset queda estrecho, y hay que ir repensando. En ese repensar, creo que estamos en un momento en la Argentina donde —marginales y todo— hemos desarrollado una práctica y también estamos en condiciones de establecer una reflexión, de tal manera que el dilema no esté puesto entre teoría y práctica, sino entre teorías antagónicas o entre teorías equivocadas.

Yo no voy a dar ninguna definición, pero habría una reflexión que se me ocurre alrededor del tema APS. Pensaba que uno podría identificar a la APS como un proceso de transformación de los servicios de salud, basado en formas diferentes de vínculos y asociación entre la población y el personal de salud, que genere una nueva construcción social de las respuestas, tendientes a producir las condiciones para un efectivo ejercicio del derecho de la salud.

Yo me sentía muy cómodo con la presentación inicial de Norberto porque no por casualidad hizo referencia a Paulo Freire. Una referencia que tiene que ver con una historia, y una referencia que tiene que ver con un teórico y un práctico que de alguna manera revisó las teorías de la educación, y generó teoría para de-estructurar los modelos más autoritarios de la educación, reflexión que el campo de la salud tiene aún pendiente.

Como el título de esta mesa, efectivamente hay dificultades y dilemas, y los dilemas y dificultades a veces son objetos pasivos de resistencia y a veces son sujetos activos de resistencia. A veces son oponentes activos que específicamente están planteando lo contrario de lo que nosotros estamos planteando hoy aquí.

Lo que aparece como un elemento central en esta construcción de la idea de APS, es la pregunta por el espacio donde debe darse la APS.

Esa gran duda surge porque nosotros hemos sido formados fundamentalmente para trabajar en espacios institucionales, lugares donde nosotros (el personal de salud) nos sentimos cómodos, donde estamos protegidos, donde podemos ejercer nuestro propio poder; lugares donde podemos maltratar, y donde hasta podemos delegar el maltrato y conseguir quien maltrate por nosotros, de manera que la gente vea que la maltrató el personal de la portería, o quien da el turno, que en realidad maltrató porque nosotros no estamos disponibles para atender a la gente.

Pensaba que si uno remedara este dilema dentro de lo que podría ser un partido de fútbol, parece que sólo hemos sido formados para jugar de arqueros, siempre a la defensiva, siempre en nuestro campo; es más, tenemos una facultad que solamente forma arqueros, y todos sabemos que ningún partido se puede jugar ni ganar con arqueros solamente.

El espacio real donde se da esta pelea es el espacio donde la gente vive, trabaja, estudia. Ese es el lugar, el escenario adecuado para trabajar y para poder intercambiar con la población y la posibilidad de construir esas respuestas.

Muchos de los que estamos acá compartimos esta vivencia; hemos sido capaces de trabajar fuera de los espacios protectores institucionales y hemos llegado —desde el punto de vista conceptual— con una mano atrás y otra adelante, fundamentalmente porque no teníamos teoría, porque no teníamos capacitación, porque no sabíamos exactamente qué era lo que se podía hacer. Y nos hemos expuesto, y en eso había un aprendizaje, y ese aprendizaje necesita una conceptualización. Y esa conceptualización tiene que dar batalla también en los espacios académicos, que siguen controlados por los mismos que siguen refugiando la atención de la salud en las instituciones. Podría aparecer aquí una experiencia antagónica sobre la que voy a llamar la atención: una vez que estamos trabajando en el espacio poblacional, podría tenerse la sensación de que desde distintos lugares del país se están construyendo experiencias eventualmente antagónicas (experiencias del interior del país con respecto a las del Gran Buenos Aires o de la Capital). Creo que esas prácticas, aún desde historias diferentes, se han ido acercando. Es evidente que en los diseños originales de las experiencias del interior del país ha sido muy difícil trabajar proyectos participativos, pero no por dificultades o resistencias del personal de salud, sino por el marco histórico-político que vivió nuestro país, y a partir del cual se pudieron trabajar casi como formas de resistencia muchos de estos programas de salud que se desarrollaban en el interior; en tanto el espacio externo logra dar las posibilidades para una verdadera democratización del conocimiento y de estas relaciones de poder, muchos ámbitos en el interior de nuestro país han cambiando hacia formas mucho más participativas, utilizando a su vez un soporte de estructura, de programas y proyectos sumamente impactantes. Del otro lado tenemos un Gran Buenos Aires con una terrible carencia técnica en términos de relación entre servicios de salud y necesidades de la población; los servicios de salud están en franca desproporción con respecto a la necesidad de la población, y eso ha generado espacios que han sido ocupados en muchos casos por la misma gente, organizando respuesta propias, generando formas participativas porque el espacio estaba vacío. Algunas veces, esas ideologías participativas no fueron más que el encubrimiento de formas caritativas, paternalistas y autoritarias; pero hubo experiencias de participación sumamente interesantes.

Quiero plantear que acá no hay antagonismo sino necesidad de desarrollar intercambio, porque se trata de prácticas complementarias. Nosotros no creemos que el impacto y la cobertura sean antagónicos de la participación. Es tan necesario desarrollar formas participativas de respuestas, como poder intercambiar este conocimiento organizativo que permita que la gente pueda saber lo que le

pasa. Y tenemos sistemas que encubren lo que le pasa a la población. Sabemos que todos los sistemas de información están diseñados pareciera para que se tomaran decisiones solamente a altísimos niveles, entonces las necesidades de la población quedan totalmente encubiertas en ese gran espacio que va entre quienes se supone que tienen los recursos y quienes tienen la necesidad.

De tal manera que pensamos que APS es un espacio en construcción en la Argentina, que necesita de intercambios y que requiere atacar centralmente la forma en que se están desarrollando en este momento los sistemas de salud.

Hay dificultades, dilemas y oponentes activos, pero la APS ha ocupado mucho más lugar en el discurso que en los presupuestos; y las políticas no se ven en los discursos sino en las asignaciones de recursos, las cuales en este momento se hacen en una línea estrictamente opuesta a esta línea que nosotros estamos planteando. Hace mucho tiempo, motivados por esta necesidad, hemos tratado de dar batalla dentro de este mismo espacio académico. No quieren saber ustedes la dificultad que supone traer pequeñas propuestas en estos ámbitos, que son tomadas con un criterio como de amenaza, de riesgo. Es evidente que hay una gran preocupación para encerrarse en estos ámbitos y para que estas estructuras sigan formando arqueros.

Público: —Mi nombre es Julio Vilches, de la provincia de Salta. Mis actividades las desarrollo en el programa de Atención Primaria. Me da la impresión —y no es la primera vez que me sucede en estos Seminarios o Talleres que se desarrollan tan escasamente en nuestro país— que la estrategia de AP fundamentalmente se remite a la organización de un muy buen primer nivel, con una también buena selección de tecnología, pero fundamentalmente orientada hacia el área materno-infantil, dejando un interrogante sobre lo que puede ser la AP en un hipertenso o en un diabético. Mi pregunta concreta es: ¿no es momento de sacar al ruedo los otros usos de acción que conforman la estrategia de AP?

Dr. Liwski: —Me parece buena la reflexión, porque además refleja exactamente el momento en el que estamos, con experiencias gubernamentales en salud; lo cierto es que la orientación principal de recursos y acción están volcadas al área materno-infantil, y a algunas cosas en salud mental. Pero tal vez esta prioridad tenga que ver también con la vulnerabilidad, con riesgos y con etapas de desarrollo. Sin embargo, yo coincido con vos. En la experiencia del Centro Guadalupe, estamos hace 6 años trabajando en esta búsqueda de construir espacio de AP. Luego de 6 años nos dimos cuenta que no habíamos desarrollado ninguna línea ni de acción ni conceptual del trabajo sobre el área de adultos en la patología prevalente, que es hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias. Cuando en

los mecanismos de la Asamblea de Salud nos pusimos a trabajar en esto, surgió que efectivamente era una necesidad, un requerimiento, y que había elementos de la *sabiduría popular* sobre estos temas que había que recoger; había también una *gran* ausencia de la técnica convencional aplicada a este campo, que debíamos indagar, investigar y conocer. En estos días, se puso en marcha un programa de características aún experimentales, pero que recoge justamente esta etapa en que la madurez aún desordenada y desorganizada del proceso de construcción convencional y del espacio de la AP, empiezan a incorporar áreas hasta ahora muy poco incluidas en el accionar. Creo que hay que ir buscando estos caminos.

Público: —Soy José Carlos Escudero, de la Universidad de Luján. Si uno se plantea algo así como los dilemas y dificultades para la APS, se me ocurre que un primer nivel es el siguiente: la AP supone que el mecanismo de acumulación económica vigente en nuestra sociedad está en un cierto modo comprometido; es decir, APS sería: utilizamos los 200 medicamentos básicos que aconseja la OMS; utilizar muy poca tecnología, muy cautelosamente y sólo aquella que sirve (que es una fracción pequeña de la tecnología que se vende). Entonces, en términos de dilema y de dificultad, nos planteamos una forma de hacer salud que hace que quienes acumulan plata —la Industria de la Salud— ganen mucha menos plata.

Yo quisiera preguntarle a la mesa, primero, si comparte el diagnóstico, y segundo, en caso de compartir el diagnóstico, qué se puede hacer ante esta fuerza tan grande que trataría, en la práctica, de sabotear la AP, porque ésta sabotea la forma dominante de acumulación económica.

Lic. Zomosa: —Yo creo que es importante que la cosa crezca desde el pie. Entonces, cuando podamos compartir esta información, estos dilemas y estos conflictos con los sectores populares, la presión vendrá desde abajo, y la tendrá que aguantar el de arriba.

Público: —Soy una docente de Educación para la Salud. Estoy en un todo de acuerdo que en la APS la educación sanitaria es primordial; que hay mucho que hacer pero que también hay mucho hecho. Tenemos dificultades y dilemas, pero el planteo presentado por la mesa muestra sólo un escenario, donde reina el maltrato y los resultados negativos respecto de la comunidad. ¿Es que todo lo que se realiza institucionalmente es negativo? ¿No hay ninguna práctica positiva sobre la que se pueda construir? ¿Qué se sugiere, sabiendo las necesidades de la comunidad? ¿Cómo se proporcionan soluciones? ¿Qué se puede aportar?

Dr. Sarrasqueta: —Mi impresión es que el marco estructural, ideológico a través del cual se han conformado los servicios, y se generan las acciones, hacen muy difícil revertir esta situación, bajo la actual modalidad de atención.

Por ejemplo, los consultorios de atención de la embarazada en muchísimas instituciones públicas, están basados en la atención de la embarazada de riesgo; estos riesgos están definidos sobre la base de tablas y determinaciones de riesgo relativo, que son realizadas en países desarrollados. Un estudio que hicimos en el Hospital Durand respecto al riesgo de tener daño perinatal (bajo peso o muerte perinatal) en relación a población de muy bajos recursos, encuentra que 5 ó 6 variables que son clásicas (como la hipertensión del embarazo, el antecedente de mortinatos, etc.) tiene el riesgo relativo incrementado; pero cuando se analiza la sensibilidad discriminativa de estas variables ésta es lo suficientemente baja como para que un porcentaje muy alto de embarazadas que no presentan el factor de riesgo, tengan daño perinatal. Si esto es así también en otras instituciones, acaba con esos consultorios planeados sobre el riesgo; y deben buscar una modalidad diferente de atención que es cobertura universal adecuada para abatir el daño perinatal. Esto se enfrenta inmediatamente con la modalidad de atención actual, que por estar estereotipada no puede reflexionar sobre sí misma, y cuando aparece algún trabajo que la cuestiona, sólo reverbera elementos de resistencia al cambio.

Creo que las instituciones pueden hacer algunas cosas puntuales, como atender bien al paciente que demanda, y en general pueden mejorar su capacidad en algunos aspectos, pero considero que, al menos en el área donde yo trabajo y tengo interés, la modalidad actual de atención institucional está agotada.

Dr. Liwsky: —Me parece buena la pregunta que hace la doctora, porque nos remite a asumir otro de los dilemas no hablados esta tarde. Si uno toma como referencia la composición de esta sala, predominan lo que podríamos llamar las nuevas generaciones en el campo del ejercicio profesional. Uno de los problemas que está impregnado en el discurso de todos nosotros, es dejar en un mismo bloque la crítica que corresponde hacer al sistema, asociada a quienes lo habitaron durante muchos años, como única posibilidad además, de desarrollar la profesión. Me parece que esto también es una forma de maltrato. Comparto la caracterización de que estamos frente a un sistema de salud esencialmente agotado, cuyas posibilidades de corrección son escasas, y que son muchas las necesidades de efectuar transformaciones estructurales. Pero esto no quiere decir que vayamos a tirar la palangana con el agua sucia y el chico adentro; vamos a tratar de distinguir: cuando estamos hablando del sistema, sus estructuras y su metodología, básicamente queremos decir que, en tanto conformación que se ha diseñado de una cualidad ajena a la búsqueda de respuestas que defienden los intereses de

los grandes sectores populares, el sistema está efectivamente agotado; y creo que quienes han efectuado las prácticas profesionales dentro de estas instituciones están también buscando nuevas respuestas que les propongan nuevas capacidades de producción con un nuevo conocimiento. Y en esto va el reconocimiento a profesionales de muchos años, que sacrificadamente han habitado estas instituciones, generadoras a su vez de enfermedad.

Público: —Quisiera retomar la pregunta del Dr. Escudero: primero, si compartían el diagnóstico (creo que eso no fue respondido); y, si compartían el diagnóstico, cómo afrontaba cada uno las dificultades que presenta ese diagnóstico. Quisiera que se explique más claramente.

Dr. Rovere: —Creo que la mesa comparte el diagnóstico, y el aplauso indica que el resto de la gente también. Yo expresaba que no es un problema de dilemas y dificultades solamente, sino también de oponentes activos. Sería difícil hacer un cálculo de cuáles son las magnitudes de las fuerzas en un sentido y en el otro. Básicamente, me da la sensación que el diseño del servicio de salud, independizado de las necesidades de la población, genera un tipo de instituciones favorecedoras de esas mismas líneas de desarrollo que estaba planteando Escudero; es decir, existe una forma de compensación cuando los desarrollos institucionales tienen que ver con las necesidades de la población. Sin embargo, nosotros sabemos que las instituciones se desarrollan en cierta manera mirando hacia el espejo, buscando mecanismos de inversión del desarrollo tecnológico intrainstitucional, para satisfacer a veces necesidades narcisistas de las propias instituciones, y que a veces ni siquiera son de las propias instituciones, sino de líneas de estimulación específicas en cuanto a inversión de tecnología. En la medida en que las instituciones queden ancladas en el diálogo directo con las necesidades de la población, va a existir tensión; y esa tensión por lo menos quiebra una única forma de asignar los recursos. Esto obliga —y lo vinculo con la primera pregunta— a definir quiénes, desde dónde y desde qué necesidades se va a definir qué hacer. Y ahí viene un problema mucho más complejo todavía, porque uno podría poner aquí un par antagónico con el que se ha planteado alrededor del tema de la madre y los chicos versus los adultos; pero esa es en todo caso una forma biológica de dividir la estructura social, y hay otros problemas muy específicos que también afectan a los adultos y que se plantean desde esta perspectiva, como pueden ser por ejemplo los problemas de salud mental o los que se refieren al desgaste en cuanto al proceso de trabajo (las formas diferenciadas como cada uno de nosotros vende su fuerza de trabajo da la sensación de que eso es traer problemas específicos de salud que también merecen ser discutidos).

Dr. Liwski: —Creo que al retomar la pregunta de José Carlos Escudero, estamos en realidad preocupados por no eludir algunas zonas críticas que tiene este tema; muchas veces, en la necesidad de ajustar tanto la lente en lo que hace a la especificidad del tema, pareciera que lo contextual ya está absolutamente resuelto o no merece la profundización. Hay tres ó cuatro cosas que hay que dejar bien claras. Cuando nosotros decimos que el sistema de salud está agotado, estamos también entendiendo que la estructura económico-social del país está agotada para dar respuesta satisfactoria a los sectores populares: punto uno. Punto dos: cuando decimos que la propuesta de APS no puede ser pensada desde afuera de la participación popular, es porque creemos fundamentalmente, que las estructuras de atraso y dependencia en que el bloque social dominante en el país y las estructuras internacionales han colocado a la Argentina, no tienen posibilidad de ser corregidas sin la participación activa de la inmensa mayoría del pueblo. Y en tercer lugar, cuando uno examina la intención económica en salud, reconoce que los vectores están orientados en dirección opuesta a los intereses populares. Dicho de una manera más ejemplificadora: el 60 ó 70 por ciento del gasto de salud está fundamentalmente concentrado en la inversión en aparatología para atender las últimas 48 horas de vida de la población, y tienen acceso a este sistema sólo el 5% de la población ; ésta es una realidad que efectivamente hace que podamos decir que APS como espacio de construcción, es también espacio del fortalecimiento de estructuras democráticas de nuestro pueblo y fortalecimiento de caminos liberadores que nos despojen de las distintas formas de atadura y sometimiento que tiene, por ejemplo, la deuda externa.

Público: —A partir de la experiencia que tienen los integrantes de la mesa, quisiera que expliquen cual es el rol que cumplen los miembros de la comunidad como agentes de salud. Hasta ahora todo giró en torno al rol de la institución, a la ideología del profesional que trabaja diariamente allí; pero no se habló de la inserción que tiene el habitante de esa población que está de alguna manera recibiendo y pudiendo dar desde su cultura, en pos de este proyecto.

Lic. Zomosa: —Nosotros planteamos un conflicto: no se puede hablar de participación comunitaria si no hay participación en la institución. Entonces, en nuestra experiencia de trabajo, en el Hospital Ingeniero Juárez de Formosa, hemos tratado de promover la participación dentro de la institución: que la institución sea participativa y que tenga una apertura a la comunidad, para que ésta participe en las decisiones de salud. En la medida en que los políticos partidarios nos permiten, tenemos agentes sanitarios elegidos por la comunidad; también están las parteras tradicionales, que son mujeres aborígenes que habitualmente hacían

atención de parto, y a las que estamos capacitando para que puedan ser corregidas algunas prácticas que no favorecían la salud de la madre o del niño. Esto nos plantea grandes dificultades, y además nos cuestiona infinidad de cosas. Una de las cosas que nos cuestiona profundamente es el nivel de escolaridad: si para poder hacer una práctica en salud hace falta tener "nivel", y en todo caso, ¿cuál es el nivel? Nosotros, que hemos sido formados en claustros de este tipo, estamos acostumbrados a que la lecto-escritura es esencial para el aprendizaje, porque aquel que no sabe escribir no aprende, no puede aprender... Estas son cosas que nosotros tenemos que replantearnos constantemente, porque en la práctica nos damos cuenta que no es así. El problema es que, cuando uno enfrenta esa realidad, se le viene toda la estantería al piso, y entonces tiene que replantarse infinidad de cosas.

Entonces, la participación de la comunidad, reside en parte en la elección de sus efectores de salud; cada uno de ellos es un representante de la comunidad, en el trabajo cotidiano y en la capacitación (que es un intercambio de conocimientos, de experiencias, de pautas culturales). En eso nos vamos modificando mutuamente, y vamos construyendo ese mestizaje que es ese nuevo saber, que tiene que ver con la calidad de vida de la gente.

Pensamos que, superada esta etapa de capacitación de un miembro de la comunidad, estamos haciendo un intento de que el manejo de la información y muchos elementos de la salud sean a nivel de toda la comunidad. Trabajamos por medio de asambleas, y de talleres, tratando de transferir tecnología y atención de salud a la comunidad. En todas esas experiencias se hace intercambio: ni nosotros volvemos igual que como llegamos, ni la comunidad queda igual que como estaba antes. Este es nuestro intento de participación comunitaria.

Dr. Sarrasqueta: —En cuanto a nosotros, no sabíamos muy bien cuál era la función de la gente. En una primera etapa, y bajo un esquema muy vertical, pensábamos que si el lugar estaba vaciado de técnicos y de profesionales, en razón de la estructura y la modalidad de la atención (concretamente, los obstetras no van a hacer atención primaria, y las mujeres están en la situación que mencioné anteriormente, cuando hice el encuadre del proyecto), parecía sensato emplear a los agentes voluntarios que habían recibido cursos de formación y conocían determinadas técnicas con respecto a los controles fundamentales que había que hacer en el embarazo. Después, con el tiempo, nos dimos cuenta que esto puede ser sensato en un área que tenga muy baja densidad de médicos en relación a la población (un área rural, por ejemplo), pero en el área donde nosotros trabajamos fue realmente un despropósito, porque este no era el interés central de los agentes, y por otra parte, tal vez la información y los elementos técnicos que nosotros dimos, no estaban acotados en relación a las circunstancias del aprendizaje y lo

que ellos querían desarrollar. Ulteriormente, la función fundamental de ellos, fue la de promotores de salud, y los roles más importantes que jugaban eran los de su participación en los grupos de madres y en la discusión de aspectos de la salud de la mujer durante el embarazo, en transmitir determinados conocimientos, en ir a los domicilios de las mujeres que no se controlaban y discutir las situaciones por las cuales esto acontecía, en favorecer el éxito del control; y creo que de ese modo la función fue mucho más efectiva.

En relación al rol que puede jugar una acción de este tipo, les comento un dato, que demuestra claramente los límites de nuestra acción (aunque la diferencia que voy a hacer sea mecánica, vale la pena): Decía antes, que el nivel cultural de las mujeres de este barrio, es más alto que el que uno supone ante sus condiciones de vida y el nivel educacional; el porcentaje de mujeres que tienen un trabajo remunerado fuera de casa es bajísimo (menor del 5%). Esto se correlaciona con un patrón reproductivo de un primer embarazo a los 18 años, y casi todas las mujeres tienen 4 ó 5 hijos; por otra parte, casi todas ellas han utilizado medidas anticonceptivas, por su propia voluntad o por la indicación de algún médico, con fracaso en casi todos los casos. Aquellas mujeres que tienen un trabajo remunerado y que trabajan fuera de casa (como operarias, en un comercio) o tienen una actividad diferente en general, tienen también una conducta reproductiva totalmente diferente: tienen éxito en la anticoncepción y en general tienen 2 ó 3 chicos; viviendo en el mismo barrio y bajo las mismas circunstancias. Por dónde pasa el elemento central que hace a esta diferencia en el conocimiento, en el enfoque que puede tener una familia para planear el número de chicos. Por otra parte —aunque no existen datos al respecto— es muy probable que los resultados perinatales de aquellas mujeres que trabajan, sean mejores que los de las que no han podido trabajar.

Nuestra sociedad es muy cínica: tiene la Ley Sarmiento —la gente tiene posibilidades de estudiar—, pero las mujeres no tienen posibilidades de trabajar (sobre todo las de determinados sectores socio-económicos); y esto hace a dos prácticas, a dos modalidades de vida, que están conviviendo en el mismo medio, en el mismo tiempo y en las mismas circunstancias (por supuesto que las que trabajan son muchas menos).

Cuando uno hace definiciones del saber popular, generalmente lo idealiza o lo exhalta; pero hay que saberlo poner en su justo punto para cada uno de los elementos de la realidad que está analizando.

Dr. Liwski: —Cada uno de nosotros tiene sus experiencias, ninguno va a presentar verdades absolutas (ustedes no se merecen semejantes maltratos), pero sí asumamos polémicamente, por ejemplo, la construcción de espacios. Yo tengo que reconocer, por ejemplo, que he evolucionado notablemente en cuanto a la

concepción de la participación del agente de salud. Hace 20 años, cuando empecé a trabajar en todo esto en la zona de Lanús, tenía una idea; después, por los años '70 tuve otra; y después de un período obligado a reflexión serena en las cárceles argentinas, tuve otra (Risas). Creo que vale la pena que pensemos que hay gente que hace 20 años que viene trabajando ya en esto —por poner sólo un pedacito de la historia, hay gente que tiene mucha más—. Entonces, asumamos que, cuando se preguntan cosas tan importantes como las que preguntó la compañera, hay que tener cuidado de no decir “verdades absolutas”. La historia es larga, los procesos complejos, donde los pueblos han sufrido, han aprendido, han podido construir criterios; y los profesionales nos hemos ido, cada tanto, mezclando con ellos y sacando casi siempre pocas conclusiones

Hay una amplia línea, que diferencia la utilización del recurso humano comunitario —fíjense que hasta se puede ponerle ya un nombre que lo categoriza—, desde quienes los conciben como auxiliares de los técnicos (como una capacitación adecuada a ser buenos auxiliares), y con lo que en realidad no se hace sino reproducir el modelo tradicional institucional de los hospitales, sólo que con la ventaja de menores esfuerzos económicos, por la voluntariedad que suele predominar o el espíritu solidario; pero de este modo el espíritu solidario se enajena, ya que no se construye donde se plantean relaciones desiguales, posibilidades de decisión desiguales. El agente de salud es importantísimo en la promoción de salud. Pero ese agente de salud es absolutamente humillado si no tiene el espacio, categóricamente dispuesto, para participar en los niveles de planificación y evaluación de las acciones. La historia de 20 años nos ha dicho que la construcción de estos espacios, tan compleja, con resistencias internas y externas (con resistencias en el sistema y en las comunidades), con prácticas culturales muy difíciles de reconocer y de integrar a un modelo que no es único ni acabado sino que está en cambio continuo y en adecuación a la realidad concreta de cada lugar. Por ejemplo, hay una experiencia que está a 20 cuadras de donde estoy yo, y creo que tiene elementos que son propios de esa comunidad; y fíjense que estamos hablando de La Matanza, Isidro Casanova: el mismo lugar, con una diferencia de 20 cuadras.

Es decir, que hay elementos muy diversificados; no se puede dar respuestas absolutas. Pero creo que sí hay que afirmar principios, y uno es que la dignidad del agente de salud incorporado a la estrategia de Atención Primaria, está dada básicamente por la posibilidad de no constituirse en un operador secundario de los técnicos, sino de ocupar espacios complementarios, y de tener un rol claro en los niveles de decisión, programación y evaluación de las acciones.

Publico: —Mi nombre es Daniel Vega y trabajo en el Movimiento Solidario de Salud Mental. Quisiera compartir con la mesa algunas de las preguntas

que cotidianamente nos surgen del trabajo. Vemos que, cada vez que comenzamos a hablar, preocupados por el deterioro de la calidad de vida de los trabajadores y de las clases populares, y lo relacionamos con la crisis del sistema económico dependiente, surge como estrategia de trabajo la APS y la participación popular. Nuestra pregunta es si se trata de una estrategia para desarrollar las posibilidades de las clases populares ante la crisis económica, o si es una ideología de lo que es la salud, más allá del deterioro de la economía.

Dr. Rovere: —Como Norberto había planteado, de las primeras formulaciones, en términos de ideología, surgían interpretaciones polares. Creo que esas interpretaciones polares no son casualidades, sino que surgen de una lectura inicial de los materiales que fueron dando origen a la idea de Atención Primaria. Porque esas contradicciones están adentro mismo de esta línea de trabajo.

Yo quiero reforzar el aspecto de transformación de los sistemas de salud. Si se diseña un sistema de salud paralelo, como ser un modelo prestador para una clase social específica, y el sistema de salud tradicional queda indemne, estaríamos en la situación que vos nos plantecabas. Se debe involucrar al sistema.

Recuerdo un planteo alrededor de este tema que escuché hace un tiempo en una mesa redonda: Parece que había un acuerdo entre un chanco y una gallina para hacer una omelette; el chanco se puso a reflexionar un poco, y descubrió que la gallina aportaba solamente un huevo, pero él tenía que poner una pierna... Y sintió que estaba muy involucrado. Tengo la impresión que el sistema de salud es el chanco, que tiene que estar altamente involucrado, porque si no, la APS será eso que vos estás plantcando.

Público: Una de las cosas que me preocupa con respecto a la aprehensión de los conceptos de APS, inmersos dentro de este sistema de salud, es qué rol juegan los profesionales? Desde experiencias personales, creo que, en el afán de hacer y de promover los cambios desde donde uno está, habitualmente “usamos” a la población, decimos que nos rodeamos de la comunidad. Y esto me parece una falacia, porque en realidad nosotros, los trabajadores de la salud, nos seguimos aislando, recortando, como si no formáramos parte de la comunidad. Así como es necesario reconocer la necesidad del cambio del sistema de salud, también es necesario cambiar la formación del recurso humano. Hoy por hoy —y formando parte de una experiencia de docencia— me preocupan las experiencias aisladas; así como cada uno de ustedes traía su propia experiencia. Algo que no me termina de quedar claro es ¿dónde se juntan todas estas cuestiones?

Creo que las instituciones están profundamente enfermas. Y nosotros

formamos parte de esas instituciones. Y entonces, teniendo en cuenta la realidad actual, ¿qué rol le asignamos a estas instituciones, que son las que tenemos? ¿cómo avanzamos para tratar de modificarlas a fin de que sean menos maltratadoras de gente y mejor utilizadas por todos?

¿Desde qué programa de educación profesional podemos partir, para empezar a poner la pelota en movimiento?

Esto lleva tiempo. Y vuelvo sobre lo que decía antes, en base a mi experiencia personal: en el afán de hacer, muchas veces uno se compromete con experiencias aisladas que terminan frustrando al que las hace y a quienes las reciben.

Dr. Liwski: —Tomo uno de los aspectos, que puede ser uno de los dilemas, y hay que trabajar sobre él: tu preocupación sobre la significación que tendrían las experiencias aisladas, como elemento frustrante. Me parece que en esto habría que dejar claro que el marco político-institucional en que estamos construyendo estos espacios es este; no es el que algunos quisiéramos de una manera y otros de otra. En algunos países, el proceso de construcción de estos espacios fue vertiginoso y se sembró en todo el país simultáneamente, y fue un sistema; pero lo que ocurre es que las condiciones político-institucionales, habían abierto de tal modo los canales para el desarrollo de esta línea conceptual y estratégica de trabajo, que permitió que se generalizara y se reemplazara un sistema por otro. Esta es una realidad.

Nosotros vivimos una etapa de transición muy particular; podríamos decir que estamos emergiendo de una sociedad de encierros y silencios, donde el sistema de salud le hizo el coro a este encierro y a este silencio, y consolidó modos y prácticas absolutamente opuestas a los intereses de los sectores populares. Es bueno tener en cuenta que el aislamiento de las experiencias pueden conducir a su reduccionismo y a su impacto sobre el sistema. Pero ojo, también que esa inercia no sea alentadora de escepticismos en el sentido de que, mientras no se puedan producir los cambios políticos globales que el país necesita, nos tenemos que quedar conformándonos como observadores pasivos de una realidad que requiere mecanismos activos de cuestionamientos y también de propuestas. Y creo que este es el ejemplo que antes decía Mario de los sectores populares. Si hubo un sector social que se mantuvo activo en la resistencia a la dictadura, fueron las organizaciones barriales en el tema de salud: los volvieron locos a los intendentes militares de todo el Gran Buenos Aires y de los pueblitos; y las organizaciones barriales pudieron reagruparse permanentemente en torno a la búsqueda de respetas en salud. No creo que la experiencia aislada, en sí, constituya el modelo con el cual luego esto se multiplica por sí solo. Y tampoco creo que el sistema tenga que entrar en un grado de crisis, producto de una transformación político-

institucional, para recién entonces poner en movimiento esta dinámica que la sociedad en su conjunto está dando por otros caminos.

Público: —Me parece que un elemento importante que se plantea a nivel institucional —y que se nombró en la mañana— es la regionalización y la racionalización. Me parecen importantísimas las experiencias aisladas que se están dando, y pienso que son base para una experiencia mayor. Pero cuando se habla tanto de sistema, aún por experiencias en otros países, no hay que olvidar la necesidad de que en la Argentina se logre regionalizar, y no que —por ejemplo— en todos los lugares haya tres instancias de servicios, como son la privada, la de obras sociales y la pública, cuando si se unificaran esos sistemas en cada región (tomando como base la cantidad, características y necesidades de la población) se podrían racionalizar los recursos (personal, instrumental, etc.).

Esto es característico de un cambio de sistema, y no lo pueden brindar nunca las experiencias individuales y aisladas; y sin la racionalización de las fuerzas no se puede lograr una buena Atención Primaria.

Dr. Rovere: —Si la Mesa dio la sensación de fragmentación ha sido porque ha querido rescatar los aspectos más vivenciales en relación con la propia experiencia. Muchas de estas experiencias no están necesariamente fragmentadas, sino que tienen aspectos específicos y aspectos de integración con proyectos más grandes.

Me parece que el problema central es saber si el antagonismo se presenta entre racionalidad-irracionalidad, o si se presenta entre proyectos antagónicos que tienen que ver con enseñar cosas diferentes. La idea de poder trabajar sobre la base de las necesidades de la población, con alcances diferentes, tiene que ver también con los espacios de poder concretos en los cuales se puede trabajar. No es casual que algunos proyectos hayan tenido más impacto y hayan alcanzado mucha mayor cobertura en aquellos lugares donde el sector privado está más retirado o simplemente no está presente, o donde hay mayores espacios vacíos.

Me parece que hay que analizarlo dentro de situaciones histórico-políticas concretas, ya que tiene que ver con los equilibrios y desequilibrios del poder que se dan en cada momento y lugar determinado. En una provincia, puede tener que ver con desarrollar experiencias trabajando directamente con la gente, y en otra provincia la APS puede estar peleando a lo mejor adentro de la Cámara de Diputados. Son distintos espacios, en los cuales se está peleando lo mismo. Pero hay proyectos diferentes a los que nosotros estamos planteando, y que también tienen mucha gente, muchos intereses y muchos recursos económicos detrás.

Quisiera sacar la idea de que es una cuestión de racionalidad versus irracionalidad. Si no, parece que el que ordena mejor la cosa, gana.

Público: Yo formo parte del Movimiento Solidario de Salud Mental, y quisiera hacer una reflexión. El eje temático del trabajo en nuestra institución es Salud Mental y Derechos Humanos. Se me ocurría pensar qué posibilidades había de que de estas Jornadas pudiera salir alguna estrategia como para pensar la prevención en cuanto al tema de la implantación del terrorismo de Estado y los efectos psicológicos que eso tiene. Creo que, de alguna manera, este tema está implícito en todos los planes que se están desarrollando; pero me parecería importante que lo podamos explicitar en los planes actuales y en los que se vayan a desarrollar.

Dr. Rovere: —Cuando hoy formulé la pregunta de si era momento de poner en el ruedo los otros cursos de acción de la estrategia, parcialmente me refería a lo que el doctor comentó, es decir, llevar a otros campos la atención de la salud (como puede ser la atención de la diabetes, como se viene realizando desde hace un año y medio en el país). Yo me refería fundamentalmente a la artillería pesada de la estrategia. Y esto me remite al tema que se planteó de qué valor tienen las experiencias locales de APS en el país, y por otro lado, la necesidad imperiosa que tenemos todos de concretar: Cómo llegamos a la estrategia? ¿Qué es la estrategia?

Hablamos de un Primer Nivel, hablamos de participación comunitaria; y nos falta lo otro, que también es artillería pesada.

Quizá la modestia que tuvo hoy el Dr. Tanoni, no ayudó a ver claro cuál es la magnitud del desarrollo que ha alcanzado la estrategia de AP en Salta. Tengamos en cuenta que alcanza a los 770.000 salteños; no es una micro-experiencia: es regional, pero macro. Y dentro de esta experiencia tenemos alta tecnología para todos, tenemos un 1er. Nivel para todos, y tenemos una promoción de la salud y prevención para todos. Esto, con todas las limitaciones que plantea el país hoy por hoy, con la gran crisis que lo golpea.

Y también nos preocupa tirar sobre la mesa elementos que creemos que hay que empezar a discutir de una forma descubierta. Tenemos que hablar de democratización en la conducción de los servicios de salud; habría que ver qué papel le cabe a nuestro pueblo en la democratización; cuál a nuestros legisladores, a nuestros representantes. Tenemos que hablar de la programación local con participación de la comunidad; es decir, que Juan Pueblo se sienta a planificar con el equipo de sanitaristas del área, si cabe, o no, armado de un sistema de información comunitaria para que conozcan de qué manera el servicio se pone a disposición de ellos, y ellos a su vez le puedan acercar al servicio de salud cuáles son sus necesidades. Hoy la provincia tiene una cobertura de 350.000 personas, pero en los pasillos, y en voz baja se dice que es uno de los más grandes de Latinoamérica.

Otro curso que hay que desnudar es la humanización en la atención de los servicios de salud; la coordinación intra e intersectorial; el enfoque de riesgo (creo que, en AP esto es pan de todos los días, con él podemos llevar equidad a nuestra comunidad).

Atención de la salud por niveles, parece algo tan sencillo, pero, ¿cómo llegamos a esa articulación? El primer nivel, ¿es la puerta de entrada? Todo esto necesita un marco jurídico y administrativo. Hablemos también de la capacitación del recurso humano; tiene que haber una recapacitación y tiene que haber un desarrollo local de este recurso humano.

Creo que con todos estos cursos de acción que conforman la estrategia de AP, y a partir del desarrollo puntual de cada uno de ellos, (que no vamos a dar cuenta de que están muy integrados unos con otros), le vamos a llevar tranquilidad a todas aquellas personas que, con justa razón, se preguntan qué es esta estrategia, y cómo llegamos a ella. Creo que tenemos que avanzar concretamente sobre todos estos puntos, y todos aquellos que, en la experiencia de otros lugares del país y fuera de él, ayuden a conformar la gran estrategia.

Publico: Nosotros pertenecemos al Equipo de Salud de Sauzalito (Chaco), y charlando entre los compañeros, nos surge esta pregunta: La estrategia de AP propone trabajar en un sistema escalonado, con niveles de complejidad creciente, que deben estar coordinados y estrechamente relacionado entre sí. En la realidad, eso no siempre ocurre. Generalmente el 1er. Nivel queda aislado, marginado —como se dijo aquí—; como consecuencia paciente y equipo de salud, al llegar a un nivel de complejidad mayor, son incorrectamente tratados, desautorizados. Generalmente escuchamos “Para qué se deriva esto, si el paciente no tiene nada” y es devuelto al lugar de origen sin información de lo que ocurrió, sin diagnóstico ni tratamiento. ¿Qué experiencia tienen ustedes de esto, y qué salida nos proponen?

Dr. Sarrasqueta: —El interrogante no tiene más respuesta que la modificación del sistema de salud; eso es obvio. Y vuelvo a la experiencia que vivo: En la Capital hay 100.000 partos por año y en la Provincia de Buenos Aires, esencialmente en el Conurbano, hay 160.000 a 180.000 partos por año. Esto representa casi el 50% de los partos que se hacen en todo el país. El 60% de los partos de Capital corresponden a personas del Conurbano que vienen a atenderse a la Capital porque, —salvo casos puntuales de derivación por complejidad, no encuentran camas de atención obstétrica en los hospitales del conurbano y de la provincia de Buenos Aires. La deambulación, que tiene efectos adversos sobre el nacimiento, es constante; es decir, mujeres que inician su trabajo de parto en su casa —a cuadras de la General Paz, o a algunos kilómetros—, y recorren 5 ó 6

hospitales hasta llegar. Y esto para la atención del parto, que es una emergencia y que requiere una instrumentación y una complejidad adecuada.

Quiere decir que el sistema, en este punto, en el sector público, es un despropósito; la magnitud de los servicios que brinda es insuficiente en relación a la demanda de la población. Esto tiene una única solución: aumentar sustancialmente el número de camas obstétricas, y mejorar la calidad de la atención obstétrica cerca de donde vive la gente. Esto significaría, naturalmente, que gran parte de las camas de capital, si esto aconteciera, deberían dedicarse a otras cosas.

Este es nada más que un síntoma. En relación a la atención del embarazo, es muchísimo peor; son miles y miles las mujeres que deben realizar larga deambulación para controlar su embarazo, porque no consiguen un turno en el hospital de la provincia, o porque no se les da un turno para una ecografía, etc.

Bajo un sistema de estas características, todo lo que se plantee de estrategia de AP tiene un límite en lo que es el marco institucional; no ya por la calidad de la atención, el maltrato u otros elementos que hacen a la relación médico-paciente y su humanización, sino porque directamente los servicios son insuficientes. Sobre esta base, vuelvo a los que señalábamos al principio: con nuestro trabajo logramos cobertura universal del embarazo y buena calidad de la salud de la embarazada, y actuar sobre algunas acciones que pueden preservar al producto de la gestación, pero la atención del parto es decididamente insuficiente, y esto va a redundar en que las cifras de mortalidad neonatal siguen siendo malas. Todo lo que pueda generar la extensión de la AP en cuanto a demanda potencial, que no existe o está sumergida en razón de condiciones de atraso o enfermedad que no son detectadas por la población, serían incapaces de ser recibidas por el conjunto de las instituciones. Un sistema brigadista, o un sistema ATAMDOS, que vaya generando nuevas demandas de salud a nivel de la comunidad, va a chocar decididamente —salvo que exista algún mecanismo de subterfugio clínico— con la insuficiencia del sistema público.

Entonces, la respuesta concreta es: El sistema de salud es insuficiente y debe ser cambiado. No hay respuesta para su demanda.

Publico: —A mí se me ocurre que no solamente el sistema, sino también la mentalidad de quien recibe, porque siempre nos quejamos de que no tenemos medios, y yo no estoy pidiendo más camas para mi hospital, que queda muy lejos, simplemente pido una conciencia distinta en quien recibe; que acompañe y que nos pueda entender desde donde nosotros estamos, y que luchemos todos juntos; porque nos sentimos solos estando allá tan lejos.

Dr. Liwski: —Algo muy parecido le pasa al médico o a cualquiera de los técnicos del equipo de salud, que no están en el Chaco; que están en Wilde, a 30 me-

tros del Hospital de Wilde. La categoría y la jerarquía científica tiene un valor si se actúa en la Sala de Pediatría del Hospital de Wilde —por citar cualquier hospital—, que si se está en el Centro Nº 7 del Barrio La Pelusa. Y esto tiene que ver con lo que vos decís: es muy posible que la derivación del Centro de Salud La Pelusa, al Hospital de Wilde, termine con un gesto de cierta descalificación desde el sistema que atiende desde el hospital central, en cuanto a la innecesariedad de la derivación, y que tiene que ver con que lo periférico del sistema —periférico en relación a los hospitales— pareciera ser el lugar de la descalificación técnica. Y por lo tanto, quienes allí asistimos, tendremos una categoría científica inferior. Creo que esto tiene que ver no solamente con la lejanía entre Chaco y Buenos Aires, sino entre determinadas concepciones que se sostienen en base a esta estructura centralizada del sistema, que hizo pensar en su transformación en los años '40 como imprescindible la descentralización y jeararquización de los Centros Periféricos (teoría que no la estamos inventando ahora, pues Carrillo la tuvo perfectamente diseñada, aún con las limitaciones de aquel momento), y que posteriormente, en los años '50 / '60 en adelante, escuchamos esto de que el sistema de salud se organiza en base a los hospitales, y todo aquello periférico a los mismos, constituye la segunda línea, línea de la descalificación técnica.

Creo como vos, que no sólo tenemos que transformar estructuras, sino que dentro de esa transformación de estructuras hay que producir importantes cambios conceptuales en la mentalidad de los que ejecutan las acciones de salud.

ATENCIÓN ¿PRIMARIA O PRIMITIVA? DE SALUD DR. MARIO TESTA*

1. Introducción

En otros trabajos (ver Enseñar medicina en este volumen) hemos enfatizado la necesidad de contextualizar los objetos de trabajo. Esa necesidad reaparece en el caso que nos ocupa, lo cual significa que no es posible considerar la atención primaria de salud como un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia. Sin embargo, ese aislamiento conceptual aparece en las formulaciones habituales con que se nos presenta el problema. Aparece así, sobre todo, en lo que los organismos internacionales y las agencias de salud de los países centrales propagandizan como las políticas a desarrollar en todo el mundo para salir definitivamente del subdesarrollo sanitario. Una de esas supuestas políticas de salud es la difundida actualmente como la que nos permitirá acceder a la salud para todos en el mítico año 2000: la atención primaria.

2. El sistema de salud

La contextualidad de la atención primaria de salud (APS) está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de la APS en el nivel de la organización sectorial. Es decir, la APS puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica como la que puede observarse en los documentos de la Organización Mundial de la Salud.

De los diferentes puntos de vista en que puede considerarse la APS conviene destacar el que corresponde a su inserción en un sistema de salud y el que entiendo la propuesta como un fenómeno aislado.

Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de sa-

* Mimeo-Caracas-Río de Janeiro-Buenos Aires 1983-1986)

lud, la APS es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica —diagnóstica y terapéutica— y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad de la atención, por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada, de lo contrario puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticos extemporáneos.

2.1 Calidad y puerta de entrada

Hay varias maneras como puede considerarse el problema de la calidad en la APS, que corresponden a las formas organizativas implementadas en ese nivel de atención, dependientes a su vez de una conceptualización más profunda acerca del proceso salud-enfermedad y de las formas sociales de respuesta frente a los mismos; en síntesis, se trata de la vieja discusión entre los generalistas y los especialistas, en este caso llevada hasta la atención en el nivel más elemental.

El problema consiste en decidir si la atención médica de cualquier paciente debe estar a cargo de generalistas o especialistas. Planteado en estos términos no existe una solución única, sino buenas o malas formas organizativas según la opción elegida y también significaciones sociales distintas. Lo que importa aquí es tener en cuenta que este nivel de atención es el primer contacto del paciente —o el sano— con el complejo de servicios que deben estar a su disposición en la medida que ello sea necesario para resolver el problema de salud que presenta, de manera que una mejor forma de conceptualizar este servicio es como puerta de entrada al sistema de servicios de salud.

Si se piensa en la APS como puerta de entrada, entonces es claro que la función que debe cumplirse en ese nivel debe estar a cargo de personal muy bien calificado, para poder responder adecuadamente a las exigencias de orientación que van a poner a los demandantes en un determinado rumbo dentro del sistema —inclusive definiendo su salida del mismo a partir de ese primer contacto— y aunque ese rumbo pueda ser corregido más adelante; la mala orientación es un costo adicional que grava en forma cuantiosa a todos los servicios de salud.

Las principales opciones organizativas son: la existencia de un médico general que atienda los casos que llegan al servicio resolviendo los que estén a su alcance y distribuyendo los restantes a las consultas correspondientes según su cri-

terio; la atención por especialistas de nivel primario —pediatra, tacoginecólogo, clínico y cirujano general— a los cuales el paciente accede directamente o a través de un procedimiento de examen preliminar que orienta el diagnóstico hacia los especialistas de primero o segundo nivel sin intentar resolverlo. Cada uno de estos procedimientos globales tiene muchas variantes pero lo que es claro es que cualquiera sea la forma que se adopte existe una exigencia de alta calidad que garantice la puesta en marcha del proceso de atención.

Lo malo de muchas de las soluciones propuestas es que se fundamentan sobre otras consideraciones, dejando de lado las que corresponden a las necesidades de los pacientes. Ello ocurre, en nuestros países, como consecuencia de una doble circunstancia: por una parte por la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de los servicios para toda la población sino sólo para aquélla que se encuentra en situación menos favorecida; en segundo lugar pero estrechamente relacionado con lo anterior, entran las consideraciones de costos, de modo que la APS se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema.

De modo que existen diversas razones que dificultan la instalación de una APS que sirva a las necesidades de la población. En países que no han conseguido establecer un sistema de esas características, esto es regionalizado y con adecuado sistema de referencia, la APS se transforma en atención primitiva de salud, en un servicio de segunda categoría para población idén. Y aún admitiendo que es mejor alguna atención que ninguna, no es posible escapar al hecho elemental que en los países donde no funciona la regionalización ni la referencia, la APS no es la puerta de entrada al sistema de salud —lo cual podría garantizar una asistencia adecuada— sino el único servicio disponible para la población a la que está destinada. Con esta caracterización, la calidad del servicio prestado en esas condiciones, no puede alcanzar el nivel requerido.

El personal que se destina a prestar ese servicio, en los países capitalistas dependientes es, en general, el de menor nivel de capacitación: estudiantes o médicos recién graduados sin la necesaria experiencia para desempeñar la función que tiene la mayor responsabilidad en el funcionamiento del sistema.

Para empeorar las cosas, desde hace algún tiempo ha avanzado la propuesta de incorporar personal empírico no profesional para cumplir ese cometido, pero sólo en algunas regiones periféricas y destinados a grupos sociales —marginales, campesinos, pobres— determinados. Aquí existe una deliberada confusión entre la función de algunas alternativas culturales implementadas en muchos países desde tiempo inmemorial —me refiero a curanderos o similares— que no forman parte del sistema de salud en el sentido de puerta de entrada al mismo, sino que constituyen una propuesta alternativa a la medicina tradicional; esa confu-

sión es doblemente negativa, al eliminar la posible utilidad de las propuestas alternativas junto con ser una pésima solución para el ingreso al sistema de atención. Sin embargo, se está intentando oficializar esos grupos como la parte informal del sistema formal de salud.

2.2. Sistema social y sistema de salud

Demás esta señalar que la primera forma de APS funciona en los países de la órbita socialista y en algunos capitalistas avanzados de régimen socialdemócrata, en tanto que la segunda es la que padecen los países capitalistas subdesarrollados y dependientes.

Un cuadro expresivo de las relaciones señaladas sería de suma utilidad y significación para los estudios comparativos, a partir de una matriz del siguiente tipo:

SISTEMA ECONOMICO SOCIAL					
	Capitalismo			Socialismo	
SISTEMA DE SALUD	Liberal Avanzado	Subdesar. Dependien	Democracia Social	Maduro	Reciente
Puerta de entrada					
Circulación					

La diferencia más importantes entre países capitalistas y socialistas es la existencia —en los segundos— de un sistema único de salud, es decir donde todos los servicios responden a una sola administración. Ello introduce la posibilidad de un tratamiento uniforme de los problemas en todos los niveles y, por consiguiente, de una igualdad de prestaciones y beneficios para toda la población. Dentro de esta caracterización general existen importantes diferencias entre los países socialistas que aquí se categorizan como maduros o recientes. En los primeros, el largo período organizativo condujo a un elevado grado de disciplina social, lo cual permite una normatización importante que permea desde los procedimientos de planificación hasta los comportamientos más o menos espontáneos de la población. En ese sentido, la organización del sistema de salud en los países socialistas maduros se aproxima al ideal del socialismo como la administración de las cosas.

En los países socialistas recientes, o mejor aún, que se encuentran en la fase de construcción del socialismo, el sistema de salud presenta algunas variaciones relevantes respecto del socialismo maduro. La principal de esas diferencias es la enorme importancia de la participación popular, la cual cumple con uno de los requerimientos de la fase constructiva, la movilización de la población, al mismo tiempo que facilita el desarrollo de muchas actividades de salud: las campañas en primer lugar pero también cuestiones menos puntuales que acompañan el crecimiento de la conciencia sanitaria. Además de esa diferencia principal, existen otras que dependen de cuestiones no tan ligadas a la fase de desarrollo sociopolítico alcanzado: el voumen, capacitación y distribución de fuerza de trabajo y recursos materiales para salud no pueden haber alcanzado su pleno desarrollo, y las condiciones geográficas particulares obligan a adoptar algunas decisiones que pueden reverse cuando las condiciones cambian.

De todos modos, en el socialismo la APS es una verdadera puerta de entrada al sistema de salud, que funciona muy eficazmente en el socialismo maduro y no tanto en el reciente. Existen también normas de circulación interna que presentan esas mismas características de eficacia en uno y otro casos. La estrecha relación de estos hechos con el desarrollo alcanzado dentro de la concepción socialista se explica a través de las formas organizativas intermedias que generan las distintas fases del proceso.

En los países capitalistas lo general para todos ellos es la multiplicidad organizativa: la existencia de más de una institucionalidad subsectorial —en ocasiones muchas más— lo cual complica el funcionamiento del sector como sistema. Dentro de esa uniformidad existen considerables diferencias, mayores aún que las que se comprueban en el socialismo. Dos ejes permiten ordenar mejor las diferencias: el que corresponde al grado de liberalismo y el que separa los países avanzados de los subdesarrollados.

En el primer eje, que sintetizaremos como liberal en un extremo y socialdemócrata en el otro, las diferencias responden básicamente al grado de respeto por las leyes de la oferta y la demanda, mucho mayor en los países estrictamente liberales, en lo cuales el concepto de puerta de entrada no tiene sentido, dado que se entra al sistema por cualquier parte, dependiendo de cual sea la oferta que los agentes a través de los cuales se determina la demanda —los médicos— consideran más conveniente o adecuada para su cliente o para si mismos; en consonancia con esto, tampoco existen normas de circulación interna aplicándose aquí los mismos principios señalados para la entrada. En esas condiciones los grupos de población menos favorecidos enfrentan una situación muy riesgosa cuando no pueden pagar el precio fijado monopolísticamente por la oferta, dado que ni siquiera controlan su propia demanda que, como se señaló, está controlada por el mismo grupo oferente.

En el extremo socialdemócrata del mismo eje la situación cambia radicalmente. No existe caos organizativo sectorial sino, por el contrario, una organización que puede ser múltiple —en general una doble institucionalidad que se concreta en un subsector privado y otro público o semipúblico— pero que funciona con un elevado grado de eficacia y eficiencia: las puertas de entrada y las normas de circulación están claramente establecidas y se cumplen tan disciplinadamente como en el socialismo maduro, del cual el conjunto del sistema y su funcionamiento se diferencian escasamente.

El otro eje es el correspondiente a desarrollo subdesarrollado. Los países liberales y socialdemócratas se encuentran generalmente ubicados en el primer polo de este eje, de manera que la configuración de ambos ejes en conjunto es asimétrica (una T en lugar de +) lo cual significa que los países subdesarrollados no son ni liberales a ultranza ni socialdemócratas sino dependientes. Esto apunta —dicho sea de paso— a que la independencia es una condición de aquéllas situaciones.

Lo que une a los países liberales y socialdemócratas en su expresión sectorial de salud es la abundancia relativa de recursos, aunque todo lo demás los separe. La combinación de abundancia y organización determina la posición que ocupan los países socialistas, socialdemócratas y liberales en cuanto a los indicadores que señalan el estado de salud de sus poblaciones.

Los países subdesarrollados dependientes carecen de los recursos de los desarrollados y no tienen la disciplina social del socialismo o la socialdemocracia, pero además ejercen su dependencia a través de la copia ineficaz de lo que funciona en otros países, en bases a otras condiciones globales que así lo determinan. Por eso es que hay muchos tipos de sistemas —formales— en el subdesarrollo, casi todos ellos considerablemente ineficaces.

La ineficacia e ineficiencia de los sistemas de salud en los países subdesarrollados y dependientes se sustenta sobre el trípode de la escasez de recursos, la indisciplina social y la incoherencia entre las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse. Pero además el sistema de salud es junto con un terreno de acciones específicas para resolver problemas muy sentidos por el conjunto de la población, una arena donde se debate el conflicto político —la lucha por el poder— y un campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses muy particulares.

La otra característica común a los países subdesarrollados —la primera es la ineficacia e ineficiencia— es la multiplicidad institucional. Esa multiplicidad es no sólo subsectorial, sino que se repite dentro de cada subsector de modo que cada servicio se encuentra parcial o totalmente aislado de los restantes.

2.3. Soluciones y fracasos

Los aspectos básicos definitorios de los seudosistemas de salud en los países subdesarrollados dependientes, forman parte de la cultura del subdesarrollo, lo que en otro trabajo (¿Cuál ciencia?) llamo cultura institucional, pero ello no impide que se intente copiar organizacioens de otros sistemas políticos sociales, en particular socialistas o socialdemócratas, sin excluir el liberalismo, y no sólo secuencialmente sino simultáneamente, con el resultado fácilmente previsible de un notable incremento en todas las características negativas del cúmulo de servicios que se prestan. En estas condiciones la APS sólo puede agregar un elemento más de caotización al caos existente. Ello ocurre porque se quiere resolver técnicamente una cuestión que sólo puede encontrar un inicio de respuesta en un proceso político, es decir, en un proceso que tome debida cuenta que la discusión es acerca del poder que dispone cada uno de los grupos sociales en relación con la cuestión. Estas consideraciones nos llevan a reflexionar sobre los intentos que se realizan para resolver los problemas generados en cada situación socio-política.

En los países socialistas, socialdemócratas y liberales, esto es el polo avanzado del eje desarrollo subdsarrollo, las soluciones que se buscan a los problemas emergentes consisten en una mezcla de mejor organización y más recursos, insistiendo los países socialistas en el primer término y los liberales en el segundo, aunque ninguno de los dos desprecia el término de segunda instancia. La priorización —más recursos o mejor organización— depende de la circunstancia enfrentada y de la posición más o menos progresista —en el sentido de favorecer a los grupos más desprovistos— de los segmentos dirigentes. La escala iría desde mejorar la organización de la población y su institucionalización en el socialismo reciente, la normatización de los procedimientos en el socialismo maduro, una mezcla de esto último más incremento de recursos en la socialdemocracia, a una mayor asignación de financiamiento en el liberalismo. Insistimos en que esta descripción estereotípica admite variantes y altibajos (un país liberal como Inglaterra acentúa las cuestiones organizativas, USA impone el Medicare y el Medicaid aunque los desmantela parcialmente durante el gobierno ultrarreaccionario de Reagan, etc.).

Los países subdesarrollados dependientes, tal como hemos dicho antes, copian soluciones organizativas —el aumento de asignación presupuetaria les está parcialmente vedado— que les parecen exitosas o que simplemente son bien propagandizadas por agentes con intereses económicos, desplazándose así entre el Centro de Salud soviético, el Hospital Comunitario norteamericano, los médicos descalzos chinos, la policía médica alemana, la medicina socializada inglesa, la seguridad social europea u otras propuestas que constituyen sucesivos y reiterados fracasos. La última de esas propuestas en el nivel de APS, es la reactivación

del médico de familia, ahora en carácter de especialista en generalidades. Esta propuesta, originaria en USA para resolver un problema interno y local de su organización médica, es copiada por los países subdesarrollados y dependientes como si fuera lo que estos necesitan desde el punto de vista técnico para resolver sus problemas de salud.

2.4. Participación de la comunidad

Las onda reciente sobre la que se asientan todos estos procesos es la participación de la comunidad. La introducción de la propuesta participativa surge en la década del cuarenta, por una parte como una necesidad de reforzar los mecanismos de democracia real deteriorados a partir de la crisis mundial entre las dos grandes gueras y también como una manera de desplazar las responsabilidades crecientes del Estado moderno hacia los ciudadanos. La experiencia de los grass root novenents en los Estados Unidos es un importante antecedente para el desarrollo de la propuesta participativa. A partir de ahí, e inducido por esas necesidades y esa experiencia, todos los proyectos que los países centrales impulsan en la periferia contienen esa propuesta. Salud no escapa a estas consideraciones y así es que surgen una variedad de formas de participación, que van siendo sustituidas unas por otras en la medida de su sucesivo fracaso. Nuestro problema es explorar las razones de esos constantes fracasos y también las razones de la insistencia a pesar de lo reiterado de los mismos.

Vamos a plantear esta exploración desarrollando la idea del significado de la participación comunitaria según las condiciones en las que ella surge y se desenvuelve o, lo que es lo mismo, según sus condiciones de abstracción concreción.

En lo que respecta al surgimiento de la participación, hay dos maneras principales en que ello ocurre: como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades sufridas y sentidos por la población, junto con el convencimiento de que la acción grupal puede superar los problemas que la acción individual no puede resolver, o como una propuesta o proyecto organizativo de alguna autoridad tendiente a resolver las necesidades señaladas. En el primer caso, el proceso está ligado a toda la vivencia comunitaria y basado en un requisito de intersubjetividad que es origen y resultado de ese proceso: es una cuestión concreta. En el segundo el proyecto se encuentra fuera de contexto real, lo cual conduce inevitablemente a su fracaso pues se trata de una simple abstracción.

¿Por qué entonces la razón de la insistencia? Para algunos, realmente convencidos de las indudables ventajas de la participación, la insistencia corresponde a la intención de superar los supuestos errores operativos que en circunstancias previas condujeron al fracaso. Para los más avisados, dicha insistencia no es

más que una pantalla de legitimación que cumple parcialmente esa función esencial en el mantenimiento de cualquier sistema social.

2.5. Regiones

Existen otras diferencias internas a los países subdesarrollados, que son las correspondientes a las áreas urbanas y rurales por una parte, centrales y periféricas por otra. Lo que se observa en todos los países subdesarrollados dependientes es una concentración de recursos en las áreas urbanas centrales en primer lugar, disminuyendo bruscamente en el resto para quedar las rurales periféricas —en la práctica— totalmente desprotegidas en la asignación de recursos para las mismas. Las otras regiones intermedias —urbanas periféricas y rurales centrales— presentan situaciones variables pero que están en todos los casos muy alejadas de las urbanas centrales. Si a esto se agrega que generalmente existe sólo una región urbana central por país, se concluye que el nivel de desprotección de la mayoría de la población es verdaderamente abismal. Además debe tenerse en cuenta que la desigualdad no es sólo del volumen de recursos comprometidos sino también de la calidad o de los mismos.

Todas estas distinciones de significaciones y circunstancias, hacen necesario tomar en cuenta de manera adecuada los marcos referenciales de la investigación.

3. Los grupos sociales

Un segundo aspecto a ser considerado, además del sistema de salud, es la constelación de grupos sociales interesados, por razones diversas, en la APS y las razones mismas de su interés. Esta identificación es útil para analizar la viabilidad de los proyectos en discusión y para el diseño de la estrategia de implementación. Las razones del interés pueden ir desde la necesidad de acceder a ciertos servicios para la población destinataria, hasta la de ampliar el mercado de productos farmacéuticos para las empresas productoras de los mismos, pasando por la formación de una clientela política —legitimación— para los responsables de la decisión, o la apropiación del dinero disponible para el financiamiento del servicio por prestatarios o intermediarios.

En principio, los grupos que pueden identificarse como interesados en las cuestiones de salud son los demandantes de servicios —la población— y los oferentes en sus distintas calidades de empresarios, decisores y administradores. Esto establece una primera diferencia entre ambos conjuntos primarios, que se ahonda cuando se consideran los intereses particulares que existen dentro de cada uno de los grupos mencionados.

En el correspondiente a población, las diferencias van a constituirse en relación con las categorías utilizadas en su identificación y también con las especificidades de las mismas (el nivel de conciencia de clase alcanzado, por ejemplo). En el caso de los empresarios debe diferenciarse entre los que son proveedores de servicios directos a los demandantes —atención de salud— de los proveedores de insumos y equipos (a su vez separados en nacionales y extranjeros) a los primeros, puesto que pueden existir intereses conflictivos, además que la lógica acumulativa difiere para cada uno de ellos. El grupo de los políticos se enfrentará en lo específicamente político ideológico —derecha, centro, izquierda— utilizando el terreno de la salud como una arena de contiendas en la lucha por el acceso o la conservación del poder alcanzado. Por último, los administradores también tendrán una conflictividad interna basada en la disputa entre eficacia y eficiencia, siendo defensores de la primera los administradores provenientes del campo médico y de la segunda los que se han formado en el terreno específicamente administrativo.

Además de todas estas diferencias entre los grupos sociales, que crean intereses conflictivos dentro de cada grupo, hay otra fuente de diferencias importantes que complica aún más la ya confusa configuración del cuadro de situación. Se trata de lo que en otros trabajos llamamos conciencia sanitaria (ver Testa M., Díaz Polanco J., Goldfeld R., Vera S., Estructura de poder en el sector salud. CENDES, informe de investigación) que consiste en la conceptualización que cada grupo tiene acerca del proceso de salud enfermedad. Este es el elemento central de lo que se puede identificar como la ideología sanitaria la cual, confrontada con la ideología social, constituye el núcleo de la conformación ideológica política en los conflictos que se suscitan en torno a los problemas de salud.

IDEOLOGIA ▼ SANITARIA	SOCIAL	
	Clase dominante	Clase dominada en sí para sí
Biologicista		
Ecologica		
Social		

Para la ideología sanitaria biologicista los problemas de salud son individuales y consisten en un apartarse de la normalidad biológica, cualquiera sea el criterio con que esta se defina. La etiología y la patogenia de las enfermedades agotan la cuestión de la causalidad así como definen las formas de respuesta

posibles, básicamente mediante la atención a los problemas de enfermedad que presentan las personas: atención médica.

Para la concepción ecológica la salud es un estado de equilibrio con el ambiente, lo cual admite también diversas interpretaciones en cuanto puede incorporar el ambiente natural, construido o social, superando de esa manera la visión puramente individual pero conservando la determinación biológica a través del equilibrio que se realiza en esos términos entre el conjunto de individuos y el ambiente. La respuesta que se genera responde a las variantes que se introducen respecto del modelo anterior, prestándose entonces especial atención a los problemas ambientales.

La visión social implica una determinación de la salud que se incorpora a la determinación de lo social general; es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variantes sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las formas globales del comportamiento social —la economía, la política— y del comportamiento de la salud del conjunto de la población. Esta manera de pensar el problema engloba los niveles del pensamiento biológico y ecológico, adquiriendo una nueva dimensión que incorpora una visión totalizadora de la salud como cuestión social, fijando así un marco adecuado para la investigación de sus problemas particulares.

Por otra parte la ideología social, a partir de la cual se definen las condiciones del conflicto social, completa el cuadro de situación al permitir definir con precisión la ubicación de cada grupo social en ese conflicto con referencia a los problemas de salud. Esta ubicación resulta clave para entender el significado de las propuestas sectoriales, en nuestro caso particular la propuesta de APS según sus diversas definiciones y características, junto con la estrategia para crearles viabilidad. Esa estrategia —o forma particular mediante la cual se implanta una política— se basa en el doble eje de la ideología que marca el cuadro anterior.

La tecnología

Una tercera cuestión a considerar es el tipo tecnología que se aplica a APS. Dada la notoriedad que ha adquirido últimamente el término, parece necesario intentar el esclarecimiento de sus connotaciones técnicas y sociales. Desde el punto de vista técnico, la tecnología consiste en la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de una determinada tarea; es decir, no se trata solamente de las maquinarias que entran en la composición del instrumento que se aplica para trabajar —que es la interpretación habitual del término— sino del ordenamiento que reciben los diversos instrumentos de trabajo para el procesamiento de los materiales de trabajo. En este ordenamiento, la forma organizativa misma es parte de la tecnología, precisamente la parte que da

significación social a la misma, lo cual es la segunda connotación señalada al comienzo de este párrafo.

Cuando se habla de tecnología no se está hablando de otra cosa que del proceso de trabajo; también los egipcios de la segunda dinastía utilizaban una tecnología para construir las pirámides y para cultivar los cereales que les permitieron crear una civilización pujante. ¿Por qué entonces la insistencia en el término? A mi entender se trata de destacar el enorme desarrollo que ha tenido la sofisticación de las máquinas en los países avanzados, lo cual viene a sustituir lo que hasta hace unos pocos años era el énfasis en los recursos humanos. Hablar de tecnología en los países subdesarrollados dependientes es equivalente a señalar la necesidad de modernización, una de cuyas consecuencias es la creciente composición orgánica del capital, con sus conocidas repercusiones sobre el empleo y la disminución de la tasa de ganancia.

La creciente composición orgánica del capital —una de las características del acelerado desarrollo tecnológico actual— conduce a una disminución del empleo —para un mismo nivel de producción— por una parte, y a una reorganización del proceso de trabajo, por otra. Lo que debe destacarse aquí es que estos cambios son liderados —en el sector salud lo mismo que en otros sectores de la economía— por el desarrollo de las máquinas, del cual pasa a depender centralmente la forma organizativa que se adopte.

En el campo de la salud las consecuencias van a ser dobles, afectando por una parte al proceso de trabajo médico —en particular las relaciones internas del equipo de trabajo— y por otra a la relación entre ese proceso y los pacientes de los servicios —en particular la relación médico paciente—.

Lo que generalmente ocurre es que la incorporación de nueva tecnología redefine la labor del supuesto equipo concentrando aún más los conocimientos técnicos en manos de los médicos, lo cual fortalece el poder de los mismos sobre el resto del personal, que aparece cada vez más como personal auxiliar, derrotando así la noción de equipo.

En cuanto a la relación médico paciente se observa también un cambio importante al encontrarse cada vez más intermediada por la parafernalia electrónica que se interpone en el diálogo necesario entre los actores principales de este proceso. El diálogo queda reducido a un monólogo, a un discurso médico que nadie entiende, ni siquiera el que lo pronuncia.

Se observan importantes diferencias también en esto, sobre todo si se considera simultáneamente con la subsectorización, es decir si el servicio es prestado por el subsector público, privado o intermediado por la seguridad social u otro procedimiento de financiamiento. Las diferencias pueden presentarse de varias maneras; en algunos casos se llega a una gran sofisticación instrumental (en regiones urbanas centrales donde el servicio es prestado por el subsector privado y

financiado por un sistema de seguros también privados por ejemplo), frente a otros casos que hemos calificado más arriba como primitivos.

Pero la diferencia principal la vamos a encontrar seguramente en la parte de la tecnología organizativa, básicamente en lo que respecta al tipo de personal con que van a contar esos servicios. Aquí también van a surgir considerables problemas, debidos a las diferentes conceptualizaciones existentes y las consecuencias de todo tipo que pueden derivarse por la implementación de las mismas. Lo que está implícito en esta discusión remite de nuevo a la noción de equipo y la del tipo de personal asistencial retornando al enfoque de los recursos humanos —fuerza de trabajo— para el cual también se hacen sucesivas propuestas (la actual en los círculos internacionales dominantes es la del médico de familia). Su matriz de análisis tendría el aspecto siguiente:

TECNOLOGIA			
SUBSECTOR ↓	Física		Organizativa
	Adecuada	Sofisticada	
Público			
Privado			
Seguridad social			

5. Tecnología y democracia

Los aspectos discutidos hasta aquí, a pesar de su apariencia técnica, son de extrema importancia en cuanto a la relación que tienen los servicios de salud con una concepción global de sociedad. Si se quiere vivir en una sociedad democrática —entendiendo por democracia algo más que votar de vez en cuando y ser iguales ante la ley— los servicios de salud deben ser también democráticos, lo cual significa que deben tomarse en cuenta las relaciones hacia adentro y hacia afuera de los servicios.

La democratización interna de la organización sanitaria es, a mi juicio, uno de los eslabones imprescindibles para la transformación del sector salud en un sistema organizativo que se encuentre realmente al servicio del conjunto de la población. En las condiciones del subdesarrollo dependiente esto es una necesidad imperiosa debido a la relación que existe entre eficacia técnica y estímulo participativo —podríamos haber dicho entre eficacia técnica y eficacia políti-

ca— en una fase del desarrollo que requiere la superación del individualismo para conformar un ideal social que permita atravesar los escollos que se presentan para la construcción de la sociedad.

En cualquier situación de crecimiento se requiere de un estímulo que desencadene el proceso correspondiente. El estímulo puede ser de muy diverso tipo según la especificidad del caso; cuando se trata de crecimiento biológico es necesario un complejo de circunstancias ambientales —las cuales en alguna interpretación son entendidas como agresiones; la presencia de bacterias, por ejemplo— para lograr el desarrollo de ciertos órganos y funciones (ver Rene Dubos *Man Adapting*. Yale University Press, 1965). Cuando se trata de la sociedad, en especial de una sociedad que necesita crecer en sentido cuantitativo y cualitativo, el mejor estímulo —tal vez el único— que puede desencadenar y sostener el proceso de crecimiento y desarrollo es la participación mayoritaria y real de la población en los diversos ámbitos y circunstancias en que esa participación es posible y necesaria. El estímulo participativo establece en consecuencia un vínculo estrecho entre eficacia operativa y democracia.

Para poner un solo ejemplo: el equipo de salud tiene una función de conjunto que puede verse desde sus determinaciones técnicas: la aplicación de las capacidades específicas de cada uno de los integrantes del equipo a la resolución de la parte correspondiente del problema común; esa función técnica debe cumplirse siempre, pero en la interpretación tecnocrática de la noción de equipo ello se traduce en una microorganización jerarquizada burocráticamente y dirigida por una autoridad dominante (generalmente el médico), lo cual le confiere una significación política particular: la de aumentar la tendencia creciente hacia la burocratización del conjunto de la sociedad.

La relación entre salud y sociedad tiene múltiples expresiones, una de las cuales es la que existe entre el equipo de salud y la organización de la población. En ese sentido hay que considerar la doble significación de la democratización interna al equipo de salud: 1) como condición necesaria de la eficacia operativa en el quehacer específico sectorial y 2) como creación de las condiciones que posibiliten la construcción de la democracia en la sociedad global.

6. Conclusión

Lo más importante a dilucidar con respecto a la APS es si se trata de una atención primaria o primitiva, es decir, si sus establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Esto no depende de una definición legal del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a acceder a toda red asistencial. En este sentido, más efectivo que la declaración de la existencia de una red regionalizada y con procedimientos de referencia —declaración formal vi-

gente en todos los países del continente— es el mecanismo de financiamiento que es el que ordena subsectorialmente al sector. Ese ordenamiento se realiza a partir de la circulación de los fondos con punto de partida en los grupos sociales que los originan, los que los canalizan y aquellos a quienes están destinados. Estas redes de circulación determinan la conformación organizativa subsectorial (ver Testa, Aspectos sociales del financiamiento en el sector salud) a través de la homogeneidad u heterogeneidad de los grupos que intervienen en cada nudo de la red. Además interviene otro componente que son las interrelaciones entre las tres sub-redes generadas, las cuales se concretan en los porcentajes de financiamiento originados en un subsector que van a cubrir necesidades de servicios en cada uno de ellos. Su cuadro de relaciones aparece a continuación:

COBERTURA			
FINANCIAMIENTO ▼	Público	Privado	Seg. Soc.
Público			
Privado			
Seguridad Social			

En cada casillero aparecería la parte correspondiente al financiamiento de cada subsector que proviene de fondos generados por cada subsector. Lo grave es que los servicios de cobertura pública, destinados a la población de menores recursos, son los únicos que no reciben fondos de los otros subsectores, siendo por el contrario los fondos públicos una de las fuentes importantes para los servicios privados o de la seguridad social.

Las relaciones entre la legalidad formal del sistema de salud y sus formas de financiamiento debe ser estudiadas a fondo en cada circunstancia concreta, tanto para cada uno de los subsectores que lo conforman como para los lazos múltiples que los interrelacionan. El esclarecimiento de esto en sus instancias formales e informales es la pieza central de la significación que puede adquirir la APS en relación a la seguridad social. La categoría que puede permitir ese esclarecimiento es la accesibilidad, entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.

La importancia de la relación entre formas de financiamiento y legalidad es doble. En algunas circunstancias la legislación sanciona una situación de hecho,



es decir reconoce como legítima esa situación y en ese caso la ley se cumple siempre. En otras circunstancias la ley intenta modificar la situación o el comportamiento vigente y entonces se cumplirá sólo si las fuerzas sociales interesadas en el sector tienen una disposición favorable al proyecto —o sea si la fuerza y la voluntad de jugarla en la lucha política de los grupos que están de acuerdo con el proyecto es mayor que la de los que están en contra— lo cual significa que la ley no cumple aquí un papel legitimador, sino un papel movilizador de los grupos que deben dar la batalla por la legitimación buscada.

En definitiva, la verdadera significación de la APS deberá tomar en consideración todos los elementos señalados pero vistos desde una conceptualización totalizante: la contextualidad en el sistema de salud, el interés, participación e ideología de los grupos sociales en relación con el sector, la tecnología en los diversos subsectores de salud y sobre todo, las relaciones que estos componentes en conjunto mantienen con la sociedad global y su inserción en los conflictos y luchas de la misma.

ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE LA PRACTICA MEDICA EN RELACION CON LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD*

EDUARDO L. MENÉNDEZ*

1. A partir de los resultados de una serie de investigaciones que venimos realizando en el CIESAS, y que pretenden focalizar problemáticas que consideramos básicas para el sector salud, haremos algunos comentarios referidos a las relaciones entre práctica médica, conjuntos sociales y atención primaria.

1.1. En nuestra primera intervención comenzamos a comentar algunos puntos que considerábamos particularmente interesantes. Partíamos del supuesto de que la mayoría de los problemas prioritarios de salud/enfermedad en un país determinado suelen aparecer como obvios a la mirada técnica y uno de los primeros problemas disque metodológicos radica en superar el nivel de esa obviedad manifiesta, para preguntarnos en profundidad sobre las condiciones que fundamentan dicha obviedad, en la medida de entender radicalmente el problema a analizar y no meramente enunciarlo.

Para declarar lo que estamos diciendo daremos dos ejemplos; podemos afirmar que en casi cualquier sociedad es obvio que los "pobres" mueren más, aún cuando hay algunas investigaciones que lo ponen en duda. Pero dejando de lado estos trabajos —sólo conozco cinco en la bibliografía sobre mortalidad diferencial— lo que sí podemos señalar es que si dicha obviedad se traduce exclusivamente en la realización de investigaciones epidemiológicas que ponderan estadísticamente la mortalidad diferencial y que aún hallando las causalidades en procesos estructurales limitan su discurso a lo obvio, permanecemos en un plano enunciativo que necesariamente en términos ideológicos conducirá la práctica técnica a opacar, negar o marginar estos procesos diferenciales. Más aún, si dichas investigaciones sólo definen el problema, inclusive a partir de causas es-

* Publicado en Salud y Sociedad, N° 16 Año 5, 1988.

** Antropólogo y Maestro en Salud Pública. Jefe del Proyecto Antropología Médica del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

estructurales sin tomar en cuenta la práctica de los conjuntos estratificados, los resultados conducirán a otro tipo de obviedades, la de la denuncia ideológica que "olvida" analizar por qué los "pobres" aceptan morir más.

Por otra parte, la lectura de las tasas históricas de cirrosis y de accidentes viales en Argentina, conducen a establecer como obvia la gravedad del proceso de alcoholización entre nosotros; sin embargo esta problemática ha sido de muy escasa reflexión y acción en Argentina, por más que recurrentemente se la enuncia y recurrentemente se la deja de lado.

Partir de lo obvio de los problemas prioritarios en salud, nos conduce a poner en primer plano a dicha obviedad y a analizar su significación con las problemáticas prioritarias, no para reemplazar el análisis de los problemas por los de su obviedad, sino porque el análisis de dicha significación puede evidenciar por qué determinados programas, en particular los de atención primaria, fracasan o permanecen en el nivel de lo meramente enunciativo.

Justamente uno de esos procesos obvios nos conduce a recordar que la problemática salud/enfermedad se establece, se construye, tanto a través de la práctica médica, como a través de la práctica de los conjuntos sociales y que son ambas prácticas tomadas conjuntamente las que deben constituir el punto de partida metodológico para describir y explicar las relaciones de eficacia y eficiencia, de dominación y subordinación que operan en el tratamiento de los problemas específicos de enfermedad. En un nivel manifiesto esta obviedad puede ser aceptada, inclusive por las más rígidas expresiones del modelo médico, pero la asunción radical de la misma conduciría a consecuencias metodológicas que cuestionarían la hegemonía del modelo médico, por lo cual en la práctica la unidad se mantiene escindida.

Si bien el trabajo médico implica estructuralmente a los conjuntos sociales, esa unidad tiende a ser constantemente separada, focalizándose el análisis en la acción de equipo de salud, ya que en los hechos se supone que el factor determinante del proceso curativo y/o preventivo radica en las actividades médicas. Aquí opera lo que constituye una constante de las prácticas técnicas: la secundarización de los conjuntos sobre los cuales operan, su localización de hecho como sujetos sociales no activos o por lo menos no exclusivamente receptivos.

De hecho la unidad práctica médica/conjuntos sociales se constituye en función de objetivos aparentemente comunes: curar y prevenir, donde cada uno adquiere un rol específico que se supone está determinado por las habilidades técnicas desiguales. Esto aparece como un dato obvio, que en la medida que no se cuestione, que no se lo piense y programe no dará lugar realmente a la incidencia positiva en las actividades de la atención primaria.

Como veremos de inmediato esta escisión tiene que ver por lo menos parcialmente con las funciones no técnicas que cumple la práctica médica y que la mis-

ma opaca en función tanto de su identidad profesional, como en función de los procesos de reproducción institucional más generales.

1.2. Relacionado con lo que estamos diciendo, en nuestra intervención anterior señalábamos además dos hechos, la capacidad del concepto de transacción para poder comenzar a explicar esta relación supuestamente escindida y segundo la necesidad de preguntarnos sobre el significado plurifuncional de la práctica médica, el cual no se agota en las actividades de curar y prevenir, sino por el contrario, implica reconocerle toda una serie de funciones, las cuales permitirían entender la negación de la unidad práctica médica/conjuntos sociales, ya que dichas funciones aparecen expresando no sólo actividades para las cuales dicha práctica evidencia capacidades técnicas, sino otras que la ubican como una institución de control social e ideológico.

El concepto de transacciones tal como lo manejamos fue acuñado por nosotros a partir del análisis de procesos de automedicación en contextos urbanos y de una investigación sobre el desarrollo de los servicios de salud en Yucatán (México) entre 1890 y 1978. En esta oportunidad no tenemos el tiempo suficiente para extendernos sobre el significado de dicho concepto; pero en principio señalamos que el mismo implica procesos de relación dinámica entre conjuntos sociales, relación que en el caso de la práctica médica/conjuntos supone reconocer que las dimensiones teórico/técnicas de la primera se sociologiza e ideologiza inevitablemente como efecto de los procesos transaccionales, y que éstos implican procesos de apropiación en función de las posibilidades, alternativas y opciones que se estructuran en los procesos de relación. La transacción no supone aceptación, unilateralidad, subordinación, sino que implica acciones de apropiación que pueden tener las orientaciones enumeradas, pero que deben ser analizadas en cada situación históricamente determinada. Que dichos procesos de apropiación sean, por ejemplo, subordinados o no, dependerá de las fuerzas sociales que se hagan cargo de los mismos.

Si bien el concepto de transacción ha sido aplicado inicialmente por nosotros a las prácticas de autoatención, en recientes investigaciones sobre el proceso de alcoholización por una parte y sobre Mortalidad Infantil y Mortalidad Preescolar en contextos campesinos y "marginales" urbanos por otra, hemos podido observar nuevamente la capacidad no sólo descriptiva, sino explicativa de este concepto.

En lo que respecta a las funciones de la práctica médica, podemos concluir que ésta cumple una función manifiesta y aparentemente dominante, la curativo/preventiva, pero que además cumple otras tres funciones básicas en forma directa: normatización, control y legitimación y una función básica indirecta, la referida a los procesos de reproducción económico-ocupacional (industria de la salud). El análisis de estas funciones ha sido realzado por nosotros en varios tra-

bajos y actualmente lo estamos haciendo respecto de un problema específico: el "alcoholismo". Es importante señalar que estas funciones operan sintetizadamente, como estructura inconciente en el caso de las tres funciones directas y que las mismas van adquiriendo hegemonía respecto de las funciones curativo-preventivas.

A nivel inmediato y manifiesto, la práctica médica y los conjuntos sociales se relacionan a partir de un objetivo común, la curación y secundariamente la prevención. Es en torno a estos objetivos que se generan los procesos transaccionales, y es a partir de las otras funciones que cumple la práctica médica (y que no aparecen como objetivos manifiestos) que dichas transacciones se constituyen no sólo en torno al cuidado de la salud/enfermedad, sino también en torno a las condiciones sociales e ideológicas que la práctica médica legítima, normatiza, controla.

A partir de las funciones especificadas, la práctica médica aparece como la que dinamiza la relación con los conjuntos; la que impone las condiciones donde se juegan las transacciones; la que a nivel no manifiesto propone normas y controles que aparecen tanto a la mirada médica como a la de los conjuntos, como medidas técnicas que no obstante estructuralmente tienden a favorecer la reproducción social e ideológica de la dominación.

En este análisis somero es importante subrayar, que mientras para los conjuntos sociales el objetivo central en relación con la práctica médica es la de obtener algún tipo de solución al problema de enfermedad planteado, para la institución médica en el nivel aparente también dicho objetivo es el central, pero según sean las condiciones específicas en que opere la práctica médica, serán las otras funciones las que aún a pesar de la propia práctica del equipo de salud cobren el carácter de hegemónicas.

Es el reconocimiento de estos procesos lo que parcialmente puede conducir a explicar el mantenimiento y la hegemonía del modelo médico, aún cuando éste evidencie una constante y creciente ineficacia respecto de problemas que como los de la mortalidad por accidentes viales o por cirrosis se constituyen en primeras causas de muerte y ante los cuales el modelo médico tiene poco que proponer a partir de su propia especificidad.

Si al analizar la práctica médica discriminamos que ésta cumple otras funciones además de las curativo/preventivas, y que estas funciones pueden ser inclusive hegemónicas estaremos dando cuenta de por qué el sistema en el cual se incluye, la respalda, resignifica y contribuye a su reproducción.

1.3. Es justamente dicho objetivo común, que es dominante para los conjuntos, el que sobredetermina la notable dinámica de apropiación del saber de los médicos que opera a partir de los conjuntos; apropiación que no sólo refiere a contenido del saber, sino también a las formas y orientaciones, lo cual general-

mente y en forma más o menos apresurada ha conducido a muchos científicos sociales a plantearlas como inevitablemente subordinadas. Al respecto y con fines de ejemplificación, haremos referencia a dos casos a los cuales consideramos como paradigmáticos tanto de este proceso de apropiación, como de la relación médica con el mismo.

Durante las décadas de 1930 a 1950 numerosas investigaciones daban cuenta en América Latina, Africa, Sureste Asiático de la resistencia a la penetración de la medicina científica por parte de las comunidades campesinas, que por otra parte constituían el sector mayoritario de la población. Uno de los indicadores preferidos era la persistencia de las prácticas curativas locales, sobre todo de la herbolaria respecto de los fármacos producidos a partir de la investigación científica. En menos de dos décadas dicho proceso se invirtió y el desarrollo espectacular de la medicación y automedicación por parte del campesinado pasó a ser entendido como expresión de los procesos de subordinación ideológica. En términos críticos ni las interpretaciones basadas en la "resistencia", ni las que pretenden encontrar subalternidad en casi toda expresión de los conjuntos sociales daban cuenta del fenómeno procesado. Pero ahora no vamos a discutir estas interpretaciones dizque teóricas, sino a señalar un proceso que leído de determinada manera, fue revertido a partir de haberse generado la apropiación por parte de los conjuntos, hecho que no había sido previsto, ni por los investigadores sociales, ni por la práctica médica.

Durante la década de los 50 y 60 los modelos dominantes de interpretación de los procesos de oferta y demanda de psicoterapia en Argentina consideraban prácticamente imposible que determinadas capas sociales que actualmente demandan psicoterapia pudieran solicitarla en función de una determinada concepción depositada casi exclusivamente en el discurso psicoanalítico (para ser más correcto en los discursos psicoanalíticos). Determinados procesos sociopolíticos, institucionales y de profesionalización, que incluyen los años del "proceso" (1976-1983) en forma protagónica, condujeron a una notable expansión del mercado consumidor de psicoterapia. Justamente el proceso ha conducido de hecho a la psiquiatrización y psicologización de la vida cotidiana en Argentina, lo cual a mediados de la década de los '60 aparecía como uno de los ejes de enfrentamiento de las corrientes críticas en psicoterapia que ulteriormente participaron —por supuesto que en forma crítica— de dicho proceso de psicologización y psiquiatrización que cada vez comprende más capas sociales en nuestro país.

Los conjuntos sociales en función de necesidades objetivas y subjetivas necesitan apropiarse de las prácticas generadas por el Modelo Médico Hegemónico. En este momento no podemos analizar las características de este proceso apropiativo, pero sí subrayar la constante disposición de aprendizaje que opera en los conjuntos; disposición por apropiarse del saber médico que lleva justamente a la

práctica médica a negar la autonomía posible de los conjuntos sociales respecto de las actividades de salud.

Consideramos a esta negación como un emergente del autoritarismo estructural del MMH; autoritarismo que es producto de un proceso de institucionalización específico, así como de las funciones que dicho modelo cumple. Es en relación con la reproducción profesional, y con las funciones que la práctica médica (y por supuesto también la psicológica) cumplen para sí y para el sistema que dichas prácticas y saberes necesitan negar la autonomía de los conjuntos tanto a nivel de discurso científico, como en la aplicación de las actividades específicas, por más que en los programas y en determinadas propuestas de tipo salubrista afirmen frecuentemente que están de acuerdo con la autonomía de los sujetos sociales, que en este caso quiere decir "comunidad".

Es en función de lo que estamos proponiendo, que el saber y la disposición de apropiación de los conjuntos sociales se nos aparece como una de las principales estrategias de la atención primaria.

Pero al señalar esto estamos reduciendo nuestras actividades a lo que tradicionalmente se denomina "educación para la salud". Tampoco estamos afirmando que el saber y la práctica médica son superfluos, prescindibles o fácilmente apropiables. Por el contrario consideramos que el saber y la práctica médica, tomados como totalidad abstracta, representan hasta ahora la opción más correcta en términos técnicos y las más eficaces en términos prácticos y es justamente por ello que los conjuntos sociales tratan de apropiarse como pueden de los mismos. Coherentemente con esta perspectiva reconocemos que los procesos de apropiación implican generalmente sintetizaciones esquematizadas y "empobrecidas" respecto del nivel técnico inicial.

Reconocer la necesidad y disposición de apropiación por parte de los conjuntos sociales no implica pensar en la "educación para la salud", tal como es planteada tradicionalmente por los programas de atención primaria. Para nosotros no implica sólo saber más sobre prevención específica, sino que supone sobre todo una estrategia de saber que conduzca a un proceso creciente de autonomía sobre los procesos de salud/ enfermedad. Dentro de esta concepción los padecimientos de mayor incidencia deben saber ser atendidos y tratados por las propias organizaciones básicas, se llamen familia nuclear, familia extensa, grupo de pares, vecindario, redes sociales, etc., simplemente porque la mayoría de ellas son las que **estructuralmente** detectan, diagnostican, atienden y recurren o son inducidas a recurrir a una figura externa cuando no saben qué hacer o cuando buscan satisfacer otras necesidades distintas de las curativas.

Para nosotros, la cuestión está en reforzar este saber y esta disposición a la apropiación, reconociendo la racionalidad de la síntesis ideológica-teórica y no excluyéndola, así como supone reconocer también los procesos de esquematiza-

ción, "empobrecimiento", reorientación funcional que operan en dicha síntesis.

Este tipo de aproximación metodológica conduce potencialmente a reducir la medicalización de los procesos donde se incluye y sobredetermina la enfermedad, y se orienta a sociologizar y si es posible politizar (en el sentido de tener poder de acción y decisión) sobre dichos procesos.

La educación para la salud aparece como un instrumento utilizable para favorecer los procesos de autoatención, en la medida que dicha educación trabaje sobre la racionalidad de los conjuntos sociales, asuma la necesidad y disposición de apropiación y entienda el saber no sólo referido a determinados contenidos de acción en salud, sino remitiendo dicho saber a la causalidad de los principales problemas y ligado a las especificidades de los conjuntos y a los límites económico-político e ideológicos que condicionan los procesos transaccionales dentro de los cuales juega el saber.

En la intervención de ayer decíamos que es obvio que la desnutrición incide básicamente en los estratos sociales subalternos pauperizados. Una investigación epidemiológica nos dará la incidencia y prevalencia a través de tasas de desnutrición de primero, segundo y tercer grado; pero qué hacer con esta información más allá de aplicar criterios de vigilancia nutricional y ulteriormente paquetes de medidas que oscilan entre técnicas de rehidratación, distribución vertical de alimentos, sugerencias a la autoproducción de alimentos y a la preparación de comidas de bajo costo y alto rendimiento proteico-calórico. La educación nutricional no enseña las causas de la desnutrición, ni por qué hay desnutrición diferencial, ni por qué la misma es estructural y no meramente episódica en determinados contextos. Tampoco enseña que lo que hace el equipo de salud es meramente reparativo, y que en la práctica opaca la determinación real de los procesos.

Esto no supone que nos opongamos, aunque sea teóricamente, a la realización de determinado tipo de actividades educacionales. Generalmente los conjuntos sociales las necesitan y las demandan y aún cuando sólo operen como paliativo cumplen una función importante, aunque subordinante. El pragmatismo que orienta el proceso de apropiación implica que las transacciones que operan a partir de los estratos subalternos tengan que ver con la necesidad de supervivencia física, lo cual en un nivel manifiesto tiende a estructurar una relación de subordinación. Nosotros proponemos una estrategia de educación para la salud que a partir de estos reconocimientos evidencie las causales tanto de la desnutrición, como de la subordinación al MMH y que cree o tienda a crear las condiciones de su superación.

Conectado con esto, podemos recordar que ayer se nos hablaba del escaso desarrollo de los comités de higiene y seguridad industrial en Argentina, y de la necesidad de impulsar su organización. Como sabemos dichos comités debieran

generar algo así como una suerte de vigilancia epidemiológica continua sobre las condiciones que afectan a la salud durante el proceso productivo, y dicha vigilancia debiera expresar el conocimiento de los propios trabajadores sobre los factores que inciden negativamente en su salud laboral. Justamente es dentro de este campo donde con mayor claridad puede percibirse lo que estamos proponiendo como estrategia desmedicalizadora. Referir todo proceso de enfermedad a las condiciones que lo generan, supone comenzar a subordinar lo patológico a dichas condiciones y no a patologizar todo proceso social sea conflictivo/contradictorio o no. Además referir los problemas a la contextualidad de los conjuntos, al saber/no saber de los mismos, aparece como determinante para poder incorporarlos a una real estrategia de atención primaria.

En toda una serie de trabajos realizados con equipo interdisciplinario y que entre 1976 y 1983 supuso el estudio de 14 comunidades, al tratar de obtener información sobre los principales problemas que afectaban a dichas comunidades reiteradamente se señalaban los siguientes problemas: falta de trabajo, falta de dinero, falta de alimento, falta de agua, falta de otros servicios y casi siempre en este orden. Para el sector médico del equipo este tipo de respuestas implicaba que los conjuntos sociales no estaban preocupados por los problemas de salud/enfermedad; que los mismos serían considerados secundarios por la población; que los estratos subalternos son menos sensibles a la incidencia de la enfermedad. Otra mirada y otra profundidad indicaría otra lectura. Primero señalaría que la población en función de sus propias condiciones inmediatas percibe, por lo menos parcialmente, a la enfermedad como una variable dependiente de fenómenos estructurales y que son estos los que quieren solucionar. Segundo que dado que la enfermedad y en algunos de estos contextos la mortalidad, son parte constante de la vida cotidiana, la preocupación se orienta hacia procesos sociales y económicos que aseguren la salud, más que combatan la enfermedad.

Prácticamente en todas nuestras investigaciones en las cuales se ha incluido la dimensión epidemiológica, hemos trabajado con el perfil epidemiológico obtenido por el equipo de salud, pero también hemos construido el perfil epidemiológico que surge de la percepción de los conjuntos sociales. Como es obvio ambos perfiles tienen una notable coincidencia, generándose diferencias en cuanto a la racionalidad técnico-ideológica que avala uno y otro diagnóstico. Pero lo importante a subrayar es que el saber de los conjuntos expresa constantemente un alto grado de similitud con el saber médico, y sin embargo dicho saber y sobre todo su racionalidad no es tomada en cuenta por la programación técnica, inclusive cuando de programas de atención primaria se trata.

Ahora bien, para concluir y para que no haya falsas interpretaciones, subrayamos que aquí no estamos generando ningún lamento fúnebre sobre la supuesta pérdida del "saber popular", sobre su ponderación como saber primigenio y co-

recto. No, por el contrario, consideramos que el saber de los conjuntos es en términos comparativos y desde una perspectiva técnico-científica de menor complejidad, corrección y elaboración que el conocimiento médico. Además, como ya lo analizamos en un trabajo anterior al re-veer la categoría "tradicional" en las investigaciones en antropología médica, para nosotros todo saber popular es dinámico, más aún dentro de determinados contextos puede ser el que evidencie mayores cambios, dada la necesidad de producir estrategias de supervivencia, es decir que paradójicamente sería el menos "tradicional". Nosotros lo que afirmamos es la existencia de saberes y prácticas que los conjuntos ejercitan cotidianamente, que estructuralmente realizan, que necesariamente apropian sintetizadamente y que de hecho debe constituir el núcleo de los programas de atención primaria y que el MMH en su desarrollo dominante conduce a marginar y a integrar verticalmente. En nuestro análisis de la aplicación de este tipo de programas en Yucatán entre 1920 y 1978 hemos podido evidenciar la continua escisión entre un discurso médico comunitario-hegemonizante y una práctica médica vertical y subordinativa, que reproduce la hegemonía del modelo, aún cuando esto conduzca a limitar, a hacer perder eficacia a las acciones implementadas para abatir los principales padecimientos.

GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

- 1.- Informe de Alma-Ata - O.M.S. - Serie Salud para Todos N° 1.
- 2.- Necesidades de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la A.P.S. - Cuadernos de O.M.S. - Informe Técnico N° 77.
- 3.- Líderes de A.P.S. - Categorías, funciones y requisitos - Cuadernos de Salud Pública - O.M.S. N° 82.
- 4.- Estrategias de la enseñanza - Aprendizaje en la A.P.S. - Inés Durana - O.P.S. Cuaderno N° 433.
- 5.- Extensión de cobertura en A.P.S. Mario Testa - Salud en América Latina: aspectos prioritarios de su administración - Edit. Fondo de Cultura Económica 1983. México.
- 6.- Salud para Todos - Ruy Pérez Tamayo - Serendipia - Edit. Siglo XXI - Colección Salud y Sociedad.
- 7.- Atención primaria y extensión de la cobertura - Cuadernos Médico Sociales de Rosario N° 3.
- 8.- Atención Primaria - Cuadernos Médico Sociales de Rosario N° 34.
- 9.- Evaluación del programa de A.P.S. en el área I de Rosario - Cuadernos Médico Sociales de Rosario N° 41.
- 10.- La atención primaria de la salud en el interior de la Pcia. del Chaco - Julio Monsalvo - Salud y Sociedad N° 2 - Córdoba.
- 11.- Conceptualización de la A.P.S. - Grupos de investigación y difusión de la A.P.S. - Escuela de Salud Pública - U.B.A. - Mimeo 1985.
- 12.- Salud para todos en el año 2000 - Documento oficial de O.P.S. - O.M.S. N° 173.
- 13.- Articulación intersectorial - Mario Rovere - Mimeo 1987.
- 14.- Participación popular y A.P.S. - Seminario 13 y 14 de julio de 1985 - Mimeo - Comité de defensa de la salud, de la ética y los derechos humanos del pueblo argentino CODE-SEDH.
- 15.- Atención primaria de la salud: La experiencia china - O.M.S.
- 16.- Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de la salud - Informe de expertos - O.M.S. N° 690.
- 17.- Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 - Principios básicos y cuestiones esenciales - Serie Salud para Todos N° 2 - O.M.S.
- 18.- Estrategia de salud para todos en el año 2000 - Serie Salud para Todos N° 3 - O.M.S.
- 19.- Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000 - Serie Salud para Todos N° 4 - O.M.S.
- 20.- Plan de acción para aplicar la estrategia mundial de salud para todos - Serie Salud para Todos N° 7 - O.M.S.
- 21.- Primer Seminario - Taller de Investigación en ciencias sociales y salud - Secretaría de Ciencia y Técnica - Publicación de junio de 1986 - Distintas referencias de trabajos e investigadores.
- 22.- Servicios de salud para todos. El caso de Costa Rica - Boletín de la O.P.S., vol. 101 N° 1, julio de 1986.
- 23.- Trampolín para la acción de salud para todos - Mahler Halfdan - Crónica de la O.M.S., vol. 40 N° 3.

- 24.- A diez años de Alma Ata - R. Loewe y J. M. Alvarez Mansilla - Revista de Salud Pública de Méjico. Volumen 30 N° 5 - Setiembre 1988.
- 25.- Inmunizaciones y A.P.S.: Problemas y Soluciones - Publicación científica O.M.S. N° 417
- 26.- Personal sanitario para la salud para todos: Progreso o Estancamiento - Crónica de la O.M.S. - Volumen 40 - 1986.
- 27.- Segundo Seminario Nacional de APS y Participación Popular - CODESEDH y MO-SIS - Mimeo Córdoba 1989.
- 28.- A.P.S. ¿selectiva o integral? - Debabar Banerji - Foro Mundial de la Salud - Vol 5 N° 5 - Año 1984.
- 29.- Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo - Daniel Grodos y Xavier de Béthuna - Cuadernos Médico Sociales de Rosario N° 46 - Diciembre 1988.
- 30.- Estrategia global de la salud para todos en el año 2000 - World Health Statistic Quarterly - Volumen 42 N° 4 - 1989.
- 31.- Concepto de Atención Médica Primaria - Rafael Borroto - Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud - N° 10 - Agosto 1978.
- 32.- Salud para Todos: evaluación de su situación en varios países - World Health Statistic Quarterly - Volumen 43 N° 1 - 1990.
- 33.- Presupuesto de la Salud para Todos - Revista Salud Mundial - Mayo 1986.
- 34.- Esquema tentativo para el análisis de las implicancias conceptuales y metodológicas de A.P.S. y Salud para Todos en el año 2000 - Dr. Juan José Barrenechea y col. Mimeo O.P.S. - Washington D.C. - 20 de abril al 1° de mayo de 1987.
- 35.- Epidemiología y A.P.S. - María del Carmen Troncoso - II° Seminario - Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud - Tomo I - Secretaría de Ciencia y Técnica - Area de Estudio e Investigación en Ciencias Sociales y Salud. 4 al 8 de julio de 1986.
- 36.- La A.P.S. como puerta de entrada al sistema de salud. Mario Testa - Idem.
- 37.- Experiencia de A.P.S. en Formosa - Hilario Ferrero - Revista Salud y Sociedad N° 14 y 15 - Córdoba - Año 1988.
- 38.- ¿Podemos costear la Salud para Todos en el año 2000? Dra. Sumedha Khanna - Boletín Oficina Sanitaria Panamericana - Vol 94 N° 6 - Junio 1983.
- 39.- A.P.S. en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo, semejanzas y diferencias W. D. Gayndt - Boletín Oficina Sanitaria Panamericana - Vol 94 - N° 5, mayo 1983.
- 40.- Epidemiología y antropología en la A.P.S. - Dr. Silvio Palacios - Boletín Oficina Sanitaria Panamericana - Vol 95 N° 2 - Agosto 1983.

EPIDEMIOLOGIA: ¿CUAL? ¿COMO? ¿Y PARA QUE?

COORDINADOR:

Dr. Julio Monsalvo, Director General de Atención Médica, Ministerio de Salud, Provincia del Chaco.

PANELISTAS:

Lic. Mirta Clara, Psicóloga, becaria de CONICET en Epidemiología Psicológica.

Dra. María del Carmen Troncoso, Epidemióloga, Profesora titular de la cátedra de Medicina y Sociedad de la Facultad de Medicina de Rosario. Integrante del CESS

Dr. José Carlos Escudero, médico, Docente de la Universidad de Luján, Epidemiólogo.

Dr. Leonardo Werthein, Doctor en Epidemiología y consultor de OPS y OMS, Director de Previsión Social del Ministerio de Acción Social de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Monsalvo J.: —Antes de dar lugar a la exposición de los panelistas, tal como lo propusieron los organizadores, plantearé mi punto de vista sobre el particular. Agradezco también a los organizadores por haberme invitado a coordinar esta mesa, con este título, ya que me ha obligado a buscar un espacio de reflexión sobre qué es esto de la epidemiología en nuestro trabajo en salud.

Estoy hablando como un ciudadano que ha tomado como opción vital el trabajo en salud. Después de haber cumplido las bodas de plata con la medicina, gracias a este espacio, comencé a reflexionar sobre mis encuentros con la epidemiología, ya que en mis formaciones de pre-grado no tuve ningún encuentro. Ya considerándome un actor social y en distintas circunstancias de la vida, en estos últimos años de la Argentina, este trabajo que elegí, la salud, se fue encontrando con la epidemiología. Y es entonces que, gracias a la pregunta de los organizadores me puse a pensar ¿es que hay más de una epidemiología?

Yo no soy epidemiólogo. Soy un trabajador de la salud que ha dedicado la mayor parte de su vida útil en trabajos cooperativos, en terreno, especialmente

con la gente y he hecho algo de docencia en distintos niveles. Actualmente, en pre-grado y en una época no muy lejana en la formación de aquellos sanitaristas en el impenetrable chaqueño.

Pero he llegado a la conclusión que aquellas transformaciones en salud obedecen a decisiones políticas, explicitadas y no explicitadas, que intentan o no hacer algo, que tienen determinadas intenciones. Si realmente queremos salir del discurso tenemos que buscar herramientas operativas para plasmar en la gente esta transformación que queremos hacer.

Yo, como trabajador, he encontrado en la epidemiología, en los distintos espacios en los que me ha tocado actuar, una herramienta válida para que esas decisiones sean racionales y puedan concretarse en algunas transformaciones. También creo que no existe nada químicamente puro. Si vamos a hacer epidemiología lo hacemos como actor social, como un protagonista comprometido con algo, con un juicio de valor frente a la vida. Esto era lo que quería compartir con Uds. Mi vivencia como trabajador con respecto a la epidemiología, una herramienta útil para completar las decisiones políticas.

Lic. Mirta Clara: —Yo coincido con lo que dice Julio en el sentido en que también me ubico como trabajadora de la salud y formándome en la epidemiología psicológica, que ya desde su título mismo implica preguntas, que nosotros no tenemos resueltas. La pregunta ¿cuál epidemiología? lleva a dos lecturas; Uds. saben que los psicólogos siempre traemos una lectura desde lo manifiesto y otra desde lo no manifiesto. Una de las lecturas tiene que ver con que si nos remitimos a los paradigmas de los marcos teóricos-técnicos, podemos decir que, como ciencia joven, en construcción, la psicología intenta dar cuenta de si estamos hablando de una unidad de análisis, si estamos hablando de un sujeto, de individuo y para eso tendremos la psicología clínica. Pero si hablamos de individuos en tanto grupos o sectores de clase o si hablamos de nación estamos hablando de epidemiología psicológica. La definiremos entonces alrededor del intento de búsqueda de la determinación del problema de salud-enfermedad en la extensión de un espacio y tiempo históricos y sociales. El para qué sería la transformación del problema salud-enfermedad de la población.

La otra lectura que podemos hacer sobre “cuál epidemiología” tiene que ver con la pregunta de cuántos podemos vivir de la epidemiología. Esta es una pregunta para CONICET, para la OPS, para la Universidad y para todos aquellos lugares en los que trabajamos, transitamos y queremos vivir. Son entonces contados con los dedos de una mano aquellos que queremos investigar y que podemos vivir de la epidemiología.

El otro punto, también cuestión que traigo como pregunta, tiene que ver con que la epidemiología viene de la medicina. Los que intentamos recorrer este ca-

mino, el de los sujetos sufrientes, el de los sujetos con problemas en este país tenemos una contradicción que aparece como una cuestión antagónica y que es relativa a: por un lado todo aquello que proviene de Watson (desde hace 80 años hasta aquí) que es todo lo que viene de la Psicología Objetiva y es medible, observable, cuantificable; por otro lado está el otro paradigma, el que proviene del psicoanálisis, que apunta a la subjetividad, a la interioridad del sujeto y, dicho por lo psicoanalistas, intransferible, imposible de medir, imposible de cuantificar.

Entonces cuando queremos abordar la Epidemiología Psicológica nos falta profundizar en una teoría de la subjetividad que dé cuenta de esta contradicción sobre cuál es la determinación. ¿La determinación es la realidad social, histórica, económica, cultural, jurídica, etc.? ¿O la determinación es la del sujeto que habla desde el inconsciente?

¿Cómo hacer epidemiología, entonces?

Creemos que cuando existe poder político, como decía Julio Monsalvo, en este proceso de democratización iniciado, puede existir un poder popular relativo.

En la Provincia de Buenos Aires desde el Ministerio de Salud, hay una política en salud que intenta desarrollar programas de APS (ATAMDOS) que intenta desarrollar investigaciones epidemiológicas de los trabajadores de la salud.

La cuestión que se plantea es la siguiente: desde sus niveles de organización creciente, desde la prevalencia de la lucha por el salario por encima de la lucha por la salud y desde indicadores que se pueden considerar nuevos y se toman desde Berman, Stolkiner, Zaldúa (cátedra de Psicología Preventiva en UBA), Mimí Langer y que remiten a la participación en la organización, solidaridad entre los individuos, debemos tomar algo que remite a lo que decían Samaja y Efrom, en la Argentina no habrá investigación epidemiológica que lleve dentro de sus variables una que es muy importante, como son los efectos epidemiológicos de la represión y que han provocado una catástrofe social y que ha producido también catástrofes urbanas durante el período 76-83 y cuyos efectos aún perduran. Todo esto tendrá un carácter de condicionante sobre la población argentina. Si queremos construir perfiles diferenciales por sector de clase tendremos que tener en cuenta esta categoría de análisis que es una categoría histórica.

¿Para qué?, tal como lo dije al principio, es la transformación de los problemas de salud-enfermedad de la población.

Dra. María del Carmen Troncoso: —En 10 minutos tres preguntas fundamentales. Bueno, se requeriría mucha inteligencia y una capacidad de síntesis, que poseo pero no mucho, para poder decirles cómo entiendo yo la epidemiología, de qué manera desarrollarla y para qué. Ya que se trata de Jornadas de APS, convic-

ne preguntarse ¿Qué desarrollo tenemos en el campo de la investigación epidemiológica como base de los programas de APS?

Si se recorre la bibliografía, creo que hay muy poco sobre epidemiología aplicada a este campo tan amplio, a esta nueva estrategia para el desarrollo de la atención de la salud de la población. El rol de la epidemiología es muy pobre. Pero esto no es de extrañar por cuanto en la Argentina esta es una disciplina muy poco desarrollada.

Haciendo un poco de historia, yo diría que la salud pública argentina perdió la epidemiología en la década del 50, momento en que, desde la OMS se centró la atención de la salud pública en la atención médica. Esta pasó a ser el personaje principal en la salud pública, quedando la epidemiología en un plano totalmente secundario. En nuestro país la época de mayor desarrollo ha sido la de las enfermedades transmisibles, la época de la gloria, de los Alvarado, toda gente que elaboró los programas de lucha contra el paludismo, el mal de Chagas, la tuberculosis. Es decir que esa ha sido una de las grandes luchas contra las enfermedades transmisibles. Y si leemos las tesis y los trabajos de la década del 30 y 40 sobre estas patologías, se pueden encontrar descripciones epidemiológicas de una precisión y detalle que son cautivantes para cualquier clínico. Hay definiciones epidemiológicas que están a la altura de las que seguimos reproduciendo en algunos de nuestros libros latinoamericanos de epidemiología, de los ingleses o de los norteamericanos. Y no hemos recuperado este saber de nuestros epidemiólogos tradicionales.

Posteriormente hemos recibido la influencia de la epidemiología con mayor desarrollo técnico, la epidemiología con modelos matemáticos y con mayor desarrollo de la técnica estadística aplicada al estudio de las enfermedades en la población. Aquella epidemiología de la que hablo es la que menos desarrollo ha tenido ya que hemos recibido la influencia americana y hemos quedado un poco superitados a ella.

Ha habido como una imposibilidad por nuestra parte de alcanzar ese nivel de las matemáticas aplicado al estudio de las enfermedades de una población.

Pero sí tenemos varias encuestas epidemiológicas. Una de ellas es la tradicional encuesta nacional de morbi-mortalidad que se hizo en la Argentina.

Hay encuestas epidemiológicas bastante extensas, poco profundas y que nos dan alguna información respecto del quantum de la enfermedad de la población.

Pero no nos permiten elaborar demasiadas aproximaciones respecto de por qué la enfermedad tiene estas características en nuestra población.

Y, últimamente, de acuerdo con las corrientes de discusión y polémica latinoamericana se debate bastante sobre "qué epidemiología"; si la epidemiología tradicional, fundamentalmente biológica, nacida de la clínica o si una epidemiología social que trata de desarrollar, indagar, descubrir, explicar, los procesos de

salud-enfermedad en la población por sus determinantes económico-sociales. Esto último es un desafío muy grande desde el punto de vista de la metodología, porque toda la metodología epidemiológica fundamentalmente se ha desarrollado en base a esta epidemiología primero clínica, luego matemática luego estadística, más cuantificable de las encuestas epidemiológicas y de los métodos descriptivos y analíticos de la epidemiología americana o inglesa.

Pero esta nueva epidemiología que trae a los procesos de salud-enfermedad el enfoque histórico social, cuyas distintas explicaciones surgen en América Latina con varios autores importantes como Cristina Laurell, como el grupo de Ecuador, como el grupo brasileño. En Brasil están Da Silva, Rocha Carvaleido, Cordeiro, en Ecuador fundamentalmente Breilh y Granda, en México, además de C. Laurell un grupo de gente que está trabajando en esta corriente, en esta propuesta abierta al desarrollo de una metodología adecuada a una interpretación de los procesos de salud-enfermedad y la determinación social de estos problemas.

Y aquí, decíamos, el desarrollo metodológico es muy importante.

Todo esto ¿para qué? Yo creo que la pregunta final sería la pregunta primera.

O sea, ¿para qué consideramos nosotros que la epidemiología debe desarrollarse en nuestro país? ¿Para qué consideramos que debe enseñarse en nuestras universidades? ¿Para qué creemos que necesitamos epidemiólogos?

Desde hace muchos años se dice que permite hacer un diagnóstico. En todo el período de la planificación normativa de la salud nosotros decíamos: primero el diagnóstico y luego, para la evaluación, diagnósticos en etapas sucesivas que nos permitirían estimar el impacto de los programas, Hoy con la planificación estratégica tenemos que encontrar ese espacio que no está tan claramente definido. El diagnóstico ya no es tan biológico, ya no mide tanto el quantum de la mortalidad para ver en qué medida logramos en 5 años bajar la tasa de 50 a 20, sino que apunta a ver en qué medida los impactos de los programas van cambiando cualitativamente el perfil del proceso de salud-enfermedad en la población. Si además queremos introducir la epidemiología en la APS debemos ponernos a trabajar también en introducir el pensamiento epidemiológico en las facultades de ciencias de la salud. Se deben formar epidemiólogos en el postgrado, investigar y trabajar junto con la gente que está haciendo la atención médica en los programas de APS.

Dr. José Carlos Escudero: —Antes de contestar a las tres preguntas voy a contar una anécdota que creo que contesta un poco a las mismas.

El año pasado estuve en una mesa sobre Antropología y Salud en la Escuela de Antropología de la Universidad de Buenos Aires. En esa mesa un antropólogo explicó como funciona el método antropológico para demostrar la distribución diferencial de las enfermedades.

Este fue un trabajo que se hizo en Vietnam, donde se había demostrado que los inmigrantes recientes que iban desde el litoral vietnamita a las montañas vietnamitas, tenían más paludismo que los nativos de la zona. El método antropológico no sirvió porque aparecieron cosas como la siguiente: los inmigrantes hacían chozas con zancos pero con zancos bajos a diferencia de los nativos de la montaña que hacían chozas con zancos altos. Por consiguiente el mosquito podía subir a picar a los inmigrantes y no a los nativos. Esta era una explicación de la prevalencia del paludismo. Según la explicación que daba el antropólogo los inmigrantes cocinaban fuera de la casa con lo cual no había humo en las chozas y por consiguiente el mosquito, que le escapaba al humo, picaba a los inmigrantes que no tenían las chozas impregnadas de humo. Estas son categorías explicativas para demostrar por qué había una prevalencia diferente de paludismo en Vietnam. Cuando un investigador elige categorías explicativas, también conviene averiguar cuales son las que no elige. Por ejemplo, este antropólogo descartó que las manchas solares tuvieran alguna incidencia en la prevalencia del paulismo. Pero la impresión que a mí me dió es que no incluía, no inocentemente, categorías explicativas que eran relevantes para explicar el paludismo diferencial en Vietnam. Yo le pregunto cuándo se hizo el estudio y contesta que fue hecho en el año 1968. En Vietnam en ese año había una guerra.

En esa guerra pasaba que los norteamericanos habían desarrollado la teoría del "fuego libre" que hacía que todo campesino vietnamita que no estuviera en lugares muy focalizados se lo podía ametrallar y cañonear, lo cual generaba el fenómeno de migración del litoral vietnamita hacia las montañas. Así este antropólogo excluía una categoría de análisis epidemiológico, que era la doctrina del "fuego libre" desarrollada por el Instituto de Tecnología de Massachusetts. Como se bombardeaba el campo había mucha migración urbana. Los modernizadores norteamericanos decían: "Vietnam se está modernizando" porque aumentaba su población urbana.

Con esto quiero plantear lo siguiente: ¿cuáles son las categorías que nos permiten explicar la prevalencia diferencial de las enfermedades y mecanismos de causación diferentes? Para mí, como epidemiólogo la categoría de la doctrina del "fuego libre" empleada por la fuerza aérea norteamericana era una categoría epidemiológica.

Esto me lleva a ver cuál es la epidemiología que podemos tener. Una vertiente importantísima en epidemiología, y yo diría que la dominante, es aquella que viene de la biología ya que la epidemiología ha sido y sigue siendo en gran parte una parienta de la microbiología. Vienen entonces, investigadores con un aparato biológico, bio-médico, lo cual implica tener claros los mecanismos biológicos como la homeostasis, por ejemplo, la curva de Gauss, para describir situaciones de prevalencia, la inferencia estadística como herramienta para

determinación de causalidad y el énfasis tan importante que se pone en cuantificar. Esto genera estudios epidemiológicos, recortados, puntuales exactos, entre comillas, cuantificables y avalados por este aparataje de la inferencia estadística.

Lo que yo quiero remarcar es que existe otra epidemiología que está emparentada con el conjunto de conocimientos de las ciencias sociales. Hoy a la tarde habrá aquí una mesa redonda sobre la crisis económica y ésta crisis, que está afectando a la Argentina, como afecta a tantos otros países del mundo, es un elemento determinante y después vamos a ver a qué nivel de determinación, de la prevalencia diferencial de enfermedades en la Argentina de su distribución despareja en el colectivo social y de diferentes mecanismos de causación. En un sentido amplio, entonces, la crisis es una categoría epidemiológica. Para esta segunda epidemiología yo propondría categorías explicativas que vienen del conjunto de las ciencias sociales, de la historia, de la economía política, de la psicología social, de la antropología, de la sociología. Que todo eso genere categorías de análisis no cuantificables, que nos genere mecanismos de validación que corran paralelos e independientemente de la inferencia estadística. Un excelentísimo libro que he leído sobre la distribución de epidemias en el mundo fue previsiblemente escrito por un historiador y no por un biólogo.

Así que yo quiero postular junto a esta primera epidemiología recortada, puntual, limitada, eficaz, (no niego para nada su eficacia), esta otra epidemiología que se sumerge en el conjunto de las ciencias sociales.

¿Cómo podemos hacer epidemiología? Un poco caricaturescamente voy a hablar de cierto tipo de epidemiología que se hace en los países centrales. Si queremos, por ejemplo, estudiar qué pasa con la arteroesclerosis, nos mandamos un estudio prospectivo, longitudinal, en el cual se toma una población de 45.000 personas, con métodos estadísticos bien refinados, a seguirlas durante 25 años y cuesta 25 millones de dólares.

Esto quiere decir que en los países centrales, en este momento, diferenciales estadísticamente significativos en fenómenos que tienen muy baja prevalencia implica un estudio prolongadísimo y una cantidad enorme de casos. Esto es imposible de realizar en la periferia. Aunque nos dieran el dinero para hacerlo por razones de prurito o de honor no deberíamos usarla en ese estudio. Frente a esto quiero postular alternativas que son viables, como por ejemplo lo que le pasó a un grupo de investigadores italianos que se encontró con este problema de estudiar un fenómeno de muy baja prevalencia tal como es el infarto de miocardio, baja prevalencia en el tiempo, y el fenómeno de pronóstico diferencial a través de dar drogas diferentes. Se ingeniaron para formar una red de comunicación de 5.000 médicos italianos que tenían normatizado el procedimiento para tratar con droga o con placebo a los infartados.

Y como esta gente no tenía dinero, pero tenía un objetivo político, que im-

plicaba que estos 5.000 médicos italianos se involucraran en el proyecto colectivo, terminaron haciendo buena ciencia, ciencia barata y a su vez ciencia que servía para la organización política de los médicos italianos.

Esta es una alternativa al estudio que mencioné en primer lugar.

¿Cómo poder seguir haciendo epidemiología en la periferia ante la crisis?

Veamos cosas como la siguiente: para datos cualitativos, el mejor instrumento de recolección sigue siendo la libreta de campo y una birome. Para datos cuantitativos, si el número de variables no es muy grande y el número de observaciones tampoco, la mejor computadora sigue siendo la hoja tamaño doble oficio, cuadrículada, y no la computadora de mesa. En la periferia el procesador de palabras más costo-beneficioso sigue siendo la máquina de escribir portátil, la tijera y la cola, para armar. Es decir, dentro de esta tremenda situación de escasez, tenemos que pensar cuales son los recursos que factiblemente nos permiten hacer una epidemiología de alta calidad científica, gastando poco dinero.

Lo veo a Bernardo Noguero aquí en la primera fila y me acuerdo de los excelentes estudios que él mostró de trabajos de epidemiología en APS en el hospital de San Isidro. Fue una epidemiología de buen nivel usando pocos recursos.

Esto es lo que nosotros podemos hacer viablemente y confiablemente en nuestra creciente situación de pobreza.

¿Para qué la epidemiología?

Bueno, sirve para mejorar los niveles de salud de nuestra población tan vapuleada y a la vez darle conciencia de por qué está tan vapuleada.

Es decir que la acción de mejoría de nivel no siempre ha sido asistencialista sino que ha sido una acción que por añadidura les permite tomar un grado mayor de conciencia sobre por que estamos tan mal o por qué estamos cada vez peor.

¿Qué nos falta? Lo dijo Mirta hace un rato, nos falta estudiar problemas cruciales y centrales a las sociedad argentina, tal como el asunto del genocidio que acabamos de pasar y que fue un genocidio excepcionalmente perverso, con marcas y golpes en el colectivo nacional excepcionalmente terribles, que van a tardar generaciones en solucionarse. Tenemos que trabajar la epidemiología del genocidio, de la guerra sucia. Tenemos que trabajar, también, aquella epidemiología que nos permita recoger categorías analíticas del conjunto del conocimiento social para explicarnos qué nos pasa en la cotidianeidad. Tenemos que ordenar las observaciones de la cotidianeidad porque la crisis golpea especialmente en la salud mental, por ahora. Vamos a ver qué pasa mañana.

He intentado contestar las preguntas. No sé si lo he logrado.

Dr. Leonardo Wertheim: —Es interesante escuchar los distintos enfoques con que tratamos de definir la epidemiología y creo que los organizadores, en el plantearse cuál, cómo y para qué han puesto un poco el dedo en la llaga.

Yo creo que se puede partir de lo que uno considera una definición de epidemiología. Yo diría que epidemiología es la ciencia del diagnóstico y la predicción en salud en la comunidad. Los objetivos últimos de la clínica y de la epidemiología son los mismos. Una sobre el individuo, la otra sobre la comunidad con un enfoque global que nos permite tener una idea general del estado de salud psíquico, como decía Mirta, con algún estudio del componente histórico, que es importante, para saber de dónde uno viene; José Carlos planteaba los aspectos relacionados con la crisis y yo diría que debe saber de dónde viene, lo que quiere y a dónde va.

Entonces sí podemos definir cuál epidemiología queremos, cómo y para qué la queremos. Yo recuerdo uno de los padres de administración en salud en América Latina, el maestro chileno Gustavo Molinas, decía que el epidemiólogo debía inexorablemente cumplir tres etapas: pensar, ejecutar y medir, conjuntamente con el administrador de salud y su equipo constituido por estadísticos, sociólogos, asistentes sociales y antropólogos. El cuerpo de conocimiento de estos últimos permitiría al equipo de salud observar a la comunidad como sujetos y no como objeto de estudio y trabajo.

Estos planteamientos teóricos de este eminente científico y trabajador de la salud fueron llevados a la práctica y quizá sentaron las bases de una salud pública organizada en América Latina. Se dieron los primeros pasos. De allí surgió posteriormente el primer libro de epidemiología escrito en español. Este libro fue el de Orlando Armijo, uno de los miembros de ese equipo de salud.

Muchos confunden la epidemiología con la estadística y consideran que la recolección de datos constituye una información epidemiológica. A esto debemos decirle un no rotundo. La información no genera acciones de salud y podemos decir que las estadísticas son, muy a menudo, un instrumento utilizado para mentir con apariencia de precisión. Otro aspecto que, creo, debemos dejar establecido, es en cuanto a la investigación epidemiológica, que ha tenido un desarrollo signado fundamentalmente por la carencia de políticas nacionales y la distorsión de las teorías, con una casi nula participación de los servicios de salud, con la consecuencia de que muchas veces reflejan más el o los intereses de las agencias financiadoras de investigaciones que las reales necesidades nacionales o locales.

Podríamos decir que la epidemiología debe contribuir a realizar una síntesis de conocimientos de todo el entorno que tiene importancia para la comprensión de los problemas de salud, orientando las acciones y la capacitación y la investigación para que un equipo multidisciplinario proporcione los servicios de salud que la comunidad necesita y merece.

Tratando de haber establecido, por lo menos algunas premisas y partiendo de que la epidemiología está mirada en términos generales como una cosa aceptada por todos y que se puede hacer desde cualquier terreno, ya sea desde la clínica,

desde la cirugía, desde la estadística, desde la demografía, con técnicas que acrediten poder acceder al profesorado de epidemiología en nuestra universidad. Trabajos en estos terrenos pueden hacer a un profesional maestro de la epidemiología que va a tener nuestro departamento de salud.

Otra cosa que queremos dejar bien establecida es que la epidemiología es una ciencia que tiene su cuerpo de doctrina, que tiene su técnica de trabajo, que tiene su metodología y que debe ser de conocimiento de todo el mundo pero que existe un profesional. Así como existe un administrador para la administración, un político de salud hace la política de salud, entonces un epidemiólogo hace a la epidemiología.

Quizá las situaciones a las que se referían en la mesa al estado en que estaba la epidemiología en el país es producto de una política en la que epidemiología puede hacerla todo técnico o profesional que pueda ordenar más o menos con claridad algunos datos estadísticos. Eso nos ha llevado a que hoy carezcamos de una epidemiología y de un diagnóstico de salud en muchos campos del país.

Decíamos que podemos sintetizar a la epidemiología como una ciencia compleja y sus datos reflejan esa complejidad proveniente de la clínica, de los laboratorios, de los registros estadísticos y en gran medida de la comunidad humana que trata. Esto hace que los elementos que maneja requieran de un equipo interdisciplinario para poder hacer una buena epidemiología, que creo que es una de las categorías que debemos aceptar. Buena epidemiología, de acuerdo a las condiciones y realidades existentes y a los objetivos que perseguimos en el campo de la salud. Los clínicos fundaron la sociedad de epidemiología de Londres en 1850, generalizaron el uso de la palabra epidemiología. Hoy, lamentablemente muchos clínicos o médicos entre comillas, no están al tanto de los problemas de salud que existen fuera de los hospitales, donde la población vive, trabaja, sufre y muere. Esta deformación de la perspectiva y de la experiencia ha causado desequilibrios en la formación de los servicios de salud, el adiestramiento del personal, la integración de los equipos de salud y la formulación de prioridades. A la epidemiología podemos definirla como una ciencia de campo. Cualquier intento de separarla de la realidad concreta para transformarla en algo puramente académico, de laboratorio o de oficina es destruirla. En muchos casos se ha logrado, pero debemos dejar claramente definido que el objetivo de la epidemiología que queremos no es el registro estadístico sino la solución de los problemas de salud de la comunidad.

Podemos decir que gran parte de la información que se obtiene en la investigación de campo es a veces criticada por ser general y por su falta de precisión. Pero uno de los hechos más notables de la epidemiología es que utilizando datos obtenidos en el terreno, en lo que se trabaja en toda una investigación de campo pudo demostrar formas de transmisión, como en el caso del cólera; etiología de

enfermedades crónicas, como en la pelagra y eficiencia de programas en aquellos lugares en donde los programas son medidos y evaluados. Epidemiología ¿para qué? para ser aplicada. La epidemiología es una ciencia para ser aplicada, que debe cubrir bases científicas para la acción, para solucionar lo solucionable; descubrir enfermedades en la comunidad, identificar grupos más vulnerables para predecir la aparición de ciertas enfermedades y para evaluar desde la aplicación de una vacuna, cosa que casi todos miramos casi de costado, un antibiótico, una técnica y hasta un programa de salud. Podemos decir qué epidemiología queremos. Se podría, entonces, generalizar o ampliar el concepto un poco más, preguntando qué salud pública queremos. Queremos una salud pública basada en una epidemiología diferenciada y discriminativa, que dirige sus máximos esfuerzos hacia los sectores de la población que, producto de un estudio socio-epidemiológico profundo, han sido definidos como prioridad según la trascendencia de los problemas que los afectan y la vulnerabilidad de los mismos. Sectores en los que la vigilancia epidemiológica responda a mecanismos bien concretos de información, de decisión técnica, operativa, apoyados en una decisión política que tenga como resultado la solución de los problemas mediante el control de foco o de un programa que nutrique positivamente las situaciones detectadas, para que la meningitis tuberculosa, la sífilis congénita, las muertes por tos ferina, las muertes por sarampión y por desnutrición no sean elementos que estén dominando en el cuadro epidemiológico y constituyendo patologías que hoy nosotros podríamos mirar como superadas totalmente.

De esta manera creo, podremos reconocer nuestra realidad, asumir la situación que enfrentamos y resolverla con la mirada puesta en el futuro.

Julio Monsalvo: —La coordinación ha tomado debida nota del énfasis que han puesto Mirta Clara y José C. Escudero en la importancia de incorporar nuevas categorías de análisis al trabajo epidemiológico. María del Carmen Troncoso ha sido enfática en la necesidad de describir los problemas y también de explicarlos. Y Leonardo Werthein insistió en el punto de que la epidemiología sea aplicada.

M. del Carmen Troncoso: —Las intervenciones de José Carlos siempre son estimulantes para la polémica. Quisiera discutir un poco esto de epidemiología de la pobreza.

Nosotros, un poco por trabajar en el sector público estamos incorporando esta mentalidad de la pobreza. Yo creo que una epidemiología en un programa de APS, desarrollado por un grupo multidisciplinario de trabajadores de la salud, debe ser, antes que nada, una muy buena conceptualización y discusión a nivel teórico y debe haber un muy buen estudio de la metodología más adecuada para realizar los estudios necesarios. Esto implica que sobre todo, lo que se necesita

es inteligencia, reflexión, estudio, es decir actividad intelectual. En segundo lugar, se debe tratar de aprovechar al máximo dentro de las necesidades que determina este estudio previo, la metodología a aplicar y de acuerdo a ella, la técnica.

Si yo me propongo una investigación compleja y hablo, por ejemplo, del genocidio en la Argentina, no puedo pensar en una libreta y un lápiz. Estoy pensando en un problema de nivel nacional de una magnitud tal, que requiere una investigación también de magnitud.

Si yo pienso en el proceso salud-enfermedad en la población con la que yo trabajo, que puede ser un área de una ciudad, en la que hay 50.000 hab. o menos, no me puedo plantear una investigación sobre el genocidio en la Argentina. Me tengo que plantear una investigación sobre los procesos de salud-enfermedad en esa población. Estudiar ese proceso en esa población y allí sí voy a descubrir el impacto de los procesos históricos-políticos en la Argentina sobre la salud mental y física de esa población.

Yo creo que cuando nosotros nos planteamos, con la epidemiología tradicional, desde las patologías, los fenómenos sociales tan graves como ha sido el genocidio en la Argentina lo estamos tratando como una enfermedad. Y entonces tenemos una definición de la entidad nosológica. Entonces lo primero que tenemos que aclarar es si el genocidio es una enfermedad y si es una entidad nosológica como para aplicar el método epidemiológico tradicional.

En cualquier lugar de este país, en cualquier dimensión de población, en el momento de estudiar los procesos de salud-enfermedad, con un enfoque histórico social, vamos a descubrir el impacto de los procesos políticos, económicos e ideológicos.

La otra cosa es lo de la pobreza. Si bien es cierto que trabajamos en hospitales donde a veces no hay ni gasa ni algodón, hoy en la República Argentina, la gente de la clase media está comprándole a los chicos de 14 años una computadora familiar y con ellas se puede hacer mucha investigación.

Por qué no podemos exigir, a nivel de nuestras investigaciones de campo algunas mini-computadoras que nos van a facilitar y permitirán tener más tiempo para pensar qué tenemos que hacer cuando queremos investigar.

Si nos pasamos el día haciendo palotes, y nosotros sabemos lo que es esto ya que tuvimos una investigación que duró tres años haciendo palotes, porque se nos terminó el dinero para pagar una computadora con la que nos habían estafado, con grandes riesgos de multiplicar los errores, entonces yo cuestiono mucho esto de la epidemiología de la pobreza.

José C. Escudero: —Cuando yo definiendo la libreta de trabajo de campo como una herramienta epidemiológica, digo que es necesario pero no suficiente. Que esto quede claro.

Si nos dan una computadora, mejor. Lo que yo quiero plantear es lo siguiente: no tanto la existencia de categorías tan abstractas que no sirven para nada, como sería, en términos concretos, genocidio (y no es que no tenga valor histórico descriptivo, pero el grado de generalidad es enorme), o bien categorías tales como crisis del estado capitalista de excepción, sino que descolguemos de esa categoría tan general algo que sea más operacional. Por ejemplo algo que va a pasar aquí el miércoles cuando se hable de los que les pasó a las víctimas de la represión. En ese sentido, se puede describir lo que pasó y sacar algún tipo de medida que, en primer lugar ayude a aliviarlos como colectivo sufriente y ayude a generar alguna defensa de la sociedad civil frente al reto de otra guerra sucia. Entonces, no a la categoría tan abstracta, que no sirve para nada pero tampoco esta cosa tan recortada y puntual.

Tomaré un ejemplo concreto: en los estudios anglosajones sobre aterosclerosis, donde se sigue a muchísimas personas durante muchísimo tiempo hay un sesgo ideológico implícito. Por ejemplo, se estudia muy bien lo que pasa con el paciente que deja de comer sal, que hace ejercicio, que tiene dieta con poco colesterol, que se le dan hipotensores, etc., y ese tipo de categorías entran fácil en la investigación. Pero, por ejemplo no se estudia otro tipo de categoría epidemiológica que es grado de satisfacción en el trabajo, ya que hay comprobaciones científicas de que la gente que vive satisfecha en su trabajo tiene menos infartos que la gente que vive insatisfecha en su trabajo. Pero, sin embargo, estas categorías que están vigentes, el grado de satisfacción en el trabajo, no se suelen ver en los estudios de los norteamericanos. Quizá porque es un tema un poco escabroso pedir esto, pero tenemos que ver dentro de ese elemento qué categorías juegan. Con respecto a M. del Carmen, estoy de acuerdo que la computadora es mejor que hacer palotes, pero la pregunta es ¿qué pasa si no nos compran la computadora? Defendamos un desarrollo teórico metodológico de los palotes como alternativa, si no, estaremos dependientes de que nos compren o no la computadora. Y si lo que vamos a producir le causa escozor al presunto comprador de la computadora, ¿qué hacemos?

Quiero plantear un ligero desacuerdo y un acuerdo con Leonardo. Me pareció que la versión que él ha dado de epidemiología es como demasiado instrumental y que un poco le huye a la teoría. Los que estuvieron aquí el sábado a la mañana se acuerdan de la polémica entre Testa y Tanoni sobre el papel de la teoría.

Pienso que tenemos que rescatar la teoría, todos hacemos teoría, aunque sea implícitamente. Tanoni mismo hace más teoría de lo que dice y se las arregló para hacer un excelente programa de APS, de lo mejor que ha habido en la Argentina a nivel provincial. Así que, rescatemos la teoría, no como desarrollo instrumental y operativo sino como una especie de marco intelectual que guíe lo que hacemos.

Así es que la epidemiología no es solamente para lograr mañana mejorar la calidad de vida, disminuir la enfermedad, sino una tentativa de explicarnos como funciona el mundo aunque no podamos hacer nada a corto plazo para que el mundo cambie. El acuerdo con Leonardo y que yo comparto absolutamente es que hay una sola epidemiología, ya que estoy en desacuerdo con la epidemiología fáctica y la epidemiología social. Hay una sola. De lo que se trata es generar una epidemiología con categorías explicativas más eficaces. Madre hay una sola, epidemiología hay una sola.

L. Wertheim: —Cuando la Dra. Troncoso en su exposición hizo referencia a la época de las grandes luchas y se refirió a la década del 50, de los programas anteriores y el momento en que empezaron a desarrollarse los primeros grandes programas de lucha antiepidémica o de control, creo que es importante que tanto la Dra. Troncoso como Julio pudieran decirnos un poco sobre si las grandes luchas terminaron en grandes victorias o cuál es la situación con la que hoy nos enfrentamos. Si tenemos que empezar con grandes luchas o empezar a luchar contra cosas que muchas veces, cuando las nombramos nos dicen, pero, ¿todavía existen? Y, con toda premeditación, he planteado en el final de mi exposición el problema de la sífilis congénita, que todavía sigue siendo un azote no en los lugares recónditos de este país. Lo es en la Capital Federal. Un día le pregunté a un grupo de residentes de pediatría cuántas meningitis tuberculosas habían visto en los dos últimos años de su residencia. Cada residente en este establecimiento había visto alrededor de 8 ó 10 y ¡estamos hablando de meningitis tuberculosa! También en algunas investigaciones que hemos estado haciendo en unidades de APS encontramos que, según cicatriz vacunal, la protección contra TBC iba desde el 30 al 50% en un grupo de alrededor de 1.500 escolares de una zona relativamente carenciada. Yo quisiera que nos dijeras, M. del Camen, qué es lo que está pasando con las patologías como la tos ferina, con los porcentajes de desnutrición, qué pasa con una noticia que leí en el diario que informaba que había un aumento de hepatitis y algunos casos de tifoidea. Si se agudiza el pensamiento inmunológico puede aparecer alguna relación con la inundación. Y es absolutamente biológica y clásico, viejo, microbiológico, ya superado, algo en que la gente no piensa, porque en este momento, todo el dinero para investigaciones en epidemiología en el mundo se ha destinado al SIDA y se lo ha enfocado como un problema que afecta. Yo quisiera que me digan cuál es el diagnóstico de salud, no del país ya que es muy difícil, cuál es el perfil epidemiológico local que enfrentan los trabajadores de la salud desde el punto de vista médico, sociológico, antropológico, psicológico, etc.

¿Qué es lo que está enfermando y matando en este momento en cada uno de nuestros municipios, de nuestras áreas programáticas?

M. del Carmen Troncoso: — Estas preguntas requieren mucho tiempo para ser contestadas porque son muy importantes así que trataré de hacer algunos señalamientos.

Un señalamiento es que lo epidemiológico no va a resolver todos esos problemas. La epidemiología es una parte de las ciencias de la salud que aporta con sus posibilidades de conocimiento que la solución no la va a dar ella misma. Lo más que puede dar la epidemiología es un aporte de conocimientos de la problemática de salud-enfermedad.

El otro señalamiento tiene que ver con la expresión de que hay una sola epidemiología. Creo que decir esto es cristalizar la epidemiología; es dificultar los avances que puede permitir una actitud cuestionadora frente a la ciencia. La epidemiología tiene una historia y cualquiera que la practique y que ha leído algunos libros sobre el tema, ha visto repetir, en cada libro esa historia. Esta historia dice que la epidemiología nace como ciencia enraizada en la biología, que se dedica al estudio de los procesos de salud-enfermedad en la población. Ahora, dependiendo del nivel en cuanto al estudio, será la visión que tenga de la problemática. Si yo planteo los grandes problemas de salud en la Argentina hay un nivel, que es el nivel nacional y allí podré realizar estudios de tipo cuantitativo más o menos buenos y alguna teoría respecto de la explicación. Si yo estoy trabajando en un nivel local, es otra epidemiología y ya no puedo partir de las entidades nosológicas. Insisto con esto: si yo trabajo con una población limitada y parto de las definiciones de las entidades nosológicas estudiando la tuberculosis, el mal de Chagas, el infarto de miocardio, aterosclerosis, cáncer de pulmón, etc.. Parto de las definiciones médicas, pero no voy a tener el conocimiento profundo de los determinantes de los procesos de salud-enfermedad por más que le acumule variables económicas y sociales. Tengo que partir de otras categorías, pero no sumando a la categorías biológicas definidas por la medicina; tengo que buscar ese perfil diferente que determine cuáles son las características de estos procesos de salud enfermedad en la población. Y quizá no pueda decir qué prevalencia de tuberculosis con esa definición, qué tipo de tuberculosis, con todos los cuadros clínicos que presenta o cuantas meningitis, porque se llega a un nivel cuantitativo tan débil que no se pueden sacar conclusiones de la variabilidad. Las leyes de los grandes números en los cuales se basa la cuantificación estadística se pierden y cada caso adquiere importancia. Lo que hay que definir son las categorías que una población genera a partir de su participación activa en su definición de su propio proceso de salud-enfermedad. Quizás allí aparezcan otros perfiles y otras definiciones. Y las definiciones tradicionales de las enfermedades que mencioné y otras, quedarán para el nivel macro de los procesos. Y allí probablemente sigan teniendo vigencia las entidades nosológicas que define la medicina.

Pero en un programa de APS, con participación activa de la comunidad, con incorporación de las ciencias sociales, donde la Antropología va a introducir sus categorías, como así también la Sociología y la Salud Mental, yo no puedo seguir pensando en la búsqueda de un número de casos de tuberculosis, de tos convulsa, etc. de acuerdo a la epidemiología tradicional.

Creo que allí surge una nueva epidemiología; nueva en el sentido en que es una etapa superadora para este nivel de trabajo de aquella epidemiología muy importante pero que sirve para definir a los grandes problemas de las grandes poblaciones donde juegan los grandes números.

Creo que todo esto necesita ser discutido ampliamente.

Coordinador Dr. Julio Monsalvo: —Yo quiero contestar, desde el punto de vista de mi vivencia a lo que planteó Leonardo. Yo he vivido la época en la que se canalizaban grandes recursos para las grandes luchas contra una patología determinada. Creo que eso ha tenido su momento histórico de indudable valor, pero creo que acotaba demasiado la perspectiva de los trabajadores de la salud, enfocando un solo problema en forma biologicista y organicista. Llegando al Chaco me tocó vivir un proceso del cual soy parte activa que era un llamado de integración de actividades a nivel local. El nivel local es el área programática a partir de un establecimiento de salud, llámese centro de salud urbano, hospital rural, etc. Este le da un marco legal al director como responsable de la salud de la población en un territorio geodemográfico llamado área programática.

Este proceso se venía dando en los últimos 7 u 8 años y con el advenimiento de la democracia se consolida esta forma de trabajar y qué es lo que vemos. Por un lado una explicitación de objetivos políticos muy sencillos. El Chaco es una provincia subdesarrollada, en la cual la gente se enferma y se muere por patologías de la pobreza y la miseria, que son, desde el punto de vista de la tecnología disponible, perfectamente controlables.

Otro tema era que, de cada 3 chaqueños, uno no tenía acceso permanente a ningún servicio de salud del sistema formal.

Entonces, explicitados los grandes problemas, se explicitan también los objetivos de avanzar en la accesibilidad a los servicios de atención formal y pasar a disminuir esta morbilidad por causas controlables.

Para que Uds. tengan una idea de la dimensión, sobre cinco mil personas aproximadamente, que se mueren por año en el Chaco, se identificaban en un análisis realmente personalizado por profesionales médicos todas las causas que figuraban en los certificados de defunción y se investigaban las Historias Clínicas, tanto en el sector público como en el privado. Se llegaron a identificar a setecientas personas por año que habían muerto por causas controlables.

Esto se fue llevando en forma sistematizada para ver qué ocurría en cada área

programática. Entonces el director del área sabe cuántas personas hay en su jurisdicción, cuántos nacen y cuántos mueren y de éstos que mueren cuántos por causas controlables. Entonces a nivel local no nos interesa tanto la tasa y los porcentajes sino los números absolutos ya que son casos perfectamente identificados, con lo cual los trabajadores de la salud pueden hacer su propia descripción e investigación para poder tomar acciones y medidas correctoras. En este cuadro se demostró que en el año 1985, el 72% de estas muertes evitables ocurrió en el grupo etáreo de menores de cuatro años, especialmente los menores de dos años y en el grupo de madres embarazadas o en post-parto.

Entonces, con un criterio muy simplista de enfoque de riesgos, se definió un programa intensivo y prioritario para la atención de esta población materno-infantil. Esta situación político-técnica ha permitido que los actores o protagonistas de este área programática tengan una visión integral de lo que está pasando en el proceso salud-enfermedad de este grupo poblacional.

Personalmente, pienso que las transformaciones en salud que pueda hacer el mismo sector salud se pueden lograr con el compromiso de los protagonistas a nivel local. No confío demasiado en las grandes discusiones interjurisdiccionales, en los niveles de cúpula, sino que confío en el compromiso de los que están en el nivel local.

Hasta aquí sería la respuesta a Leonardo y me gustaría que el público participe también ya que hay médicos, jóvenes estudiantes, agentes sanitarios, profesionales de distintas ramas.

Yo pregunto si en el estudio de esta epidemiología, no es posible que se puedan delegar algunas herramientas para que epidemiología a nivel local la pueda hacer cualquier trabajador de la salud que pueda usarlas en forma adecuada a las necesidades de su trabajo

J. Carlos Escudero: — De lo que se trata es que las categorías de análisis epidemiológico las maneje cualquiera. Uno puede imaginar las mamás de los chiquitos que empiecen a relacionar el peso de sus hijos con las condiciones de ingreso de la familia.

Por ejemplo anotando en una libreta lo que gana el padre por semana y el peso del chico tendríamos un comienzo de estudio analítico y descriptivo sobre relación entre la desnutrición y categorías condicionantes a nivel familiar. O sea que el método epidemiológico es la libreta y el lapiz y el agente epidemiológico es la mamá.

M. del Carmen Troncoso: — La pregunta sería si esto es epidemiología, porque la historia clínica individual la sabe mucho mejor la mamá que el médico. Es decir si la epidemiología es la interpretación de los procesos de salud-enferme-

dad en la población, entonces la unidad de observación es la población. Aquí yo creo que se plantea algo que es muy importante que es la producción del conocimiento. Es decir quiénes se apropian del conocimiento y quiénes debieran ser los que debieran apropiarse de él. Creo que ésto es un problema de democratización de la ciencia. El hecho de que la mayoría de la población pueda tener acceso al conocimiento científico creo que es una meta importante. Mientras tanto no nos queda más remedio que reconocer que hay niveles de posibilidades de análisis del manejo de cierto conocimiento. Hay un privilegio, lo cual no quiere decir que deba ser mantenido.

Creo que esta idea de investigación participativa es otro tema importante que deberíamos discutir mucho tiempo y que también es una manera de ir abriendo camino hacia la democratización del conocimiento científico.

Pregunta al Dr. Escudero: — ¿Le parece a Ud. que otros profesionales accedan al trabajo en epidemiología y quizá que la población entera participe?

Dr. Escudero: — Sí, clarísimamente. Algunas de las categorías de análisis epidemiológico vienen más de la problemática de las ciencias sociales que de las ciencias biológicas. Dentro de estas últimas hay especialidades. Entonces un microbiólogo, un inmunólogo o un estadístico estarían más capacitados para resolver problemas concretos. Lo que se plantearía sería que en función de la categoría analítica que se considera relevante se admitirían diferentes bagajes intelectuales que provienen de diferentes disciplinas y de manera tal que sin demasiado conocimiento o información adicional se pueda realizar una investigación epidemiológica de primer nivel. Tenemos, por ejemplo, y me refería a esto hace un rato, el trabajo que realizaron Tognoni y sus colaboradores en Italia. Se trataba de averiguar si una droga servía para modificar el pronóstico de mortalidad por infarto después que éste sucede. Como estamos jugando con baja prevalencia del fenómeno y con diferencias estadísticas muy pequeñas, el número de población estudiada tiene que ser enorme. Lo que él hizo fue reclutar a 5.000 médicos italianos para que, con un protocolo de información muy elemental le avisaran por teléfono si le administraban la droga o el placebo al infartado que tenían enfrente. La investigación epidemiológica de primer nivel, internacional, es imposible de practicar ni en Estados Unidos ya que si se hace de otra forma y no con médicos voluntarios, como en este caso, no hay plata que alcance, ni siquiera en USA; considerando que se ha generado un estudio irreprochable metodológicamente y que reclutó a médicos clínicos. Creo que esta es una línea muy estimulante de trabajo epidemiológico que tenemos que seguir.

Pregunta: — Ud. le ha dado a la epidemiología la característica de promover la transformación social. ¿Puede desarrollar un poco más esta idea?

Lic. Mirta Clara: — La cuestión era que la epidemiología tenía que buscar, explicar las determinaciones del proceso salud-enfermedad para su transformación. Si pensamos la palabra transformación desde la salud creemos que podemos lograrla en el proceso salud-enfermedad, pero me parece que la palabra transformación elude a algo mucho más vasto y que desde la salud podemos enunciar en forma de interrogante. Para hablar de transformación social tenemos que referirnos al capitalismo dependiente que existe en nuestro país, a la lucha de clases que existe, a la situación en la que nos encontramos, a la problemática de la derrota de un proyecto popular y que aún vivimos sus consecuencia y que seguirán sintiéndose por muchos años.

Esta pregunta, entonces, tiene varias connotaciones: podemos hablar de transformación desde el punto de vista político, social, económico y entrar en esa discusión. Pero si somos un poco más modestos podemos empezar a hablar de experiencias muy puntuales en las cuales los trabajadores, los sectores populares se expresan, con sus limitaciones, con el atravesamiento delineado por la represión y donde pueden empezar a exponer sus problemas de salud, en asambleas en las que están presentes los profesionales como para verificar una vez más, claramente, que ellos están en contacto con su trabajo, viviendo cotidianamente los problemas que van emergiendo.

Nota de Editores: Por desperfectos en la grabación se perdió el registro de las últimas intervenciones.

LA EPIDEMIOLOGIA COMO GUIA PARA LA POLITICA DE SALUD*

MILTON TERRIS**

Existen pocas dudas de que la epidemiología debe jugar un rol principal en la formulación de la política sanitaria. Un cierto número de factores, sin embargo, limita su influencia: a) las insuficiencias en las profesiones de salud y en la sociedad para comprender la primacía de la prevención, b) la renuencia a aceptar la validez de los descubrimientos epidemiológicos y c) el poder de los intereses privados. Estos factores pueden actuar individualmente, o, más a menudo, en forma conjunta.

Una gran cantidad de alabanzas se dedican a la prevención; en la actualidad, la sociedad hace reactivamente poco por ella. En 1977 el total del gasto nacional en salud en los EEUU fue de 162 mil millones de dólares, o el 8,8% del Producto Nacional Bruto. Casi la totalidad de este gasto se dedicó a atención médica; un 5% fue gastado en investigación y construcción de instalaciones médicas, mientras sólo el 2% se gastó en actividades de salud pública del gobierno(1).

Este grave desequilibrio refleja la orientación casi completamente terapéutica de las profesiones médicas y para médicas, cuyas actitudes se alinean, con relativamente raras excepciones, desde una clara indiferencia hasta una abierta hostilidad hacia la epidemiología, la medicina preventiva y la salud pública.

La incapacidad para apreciar la primacía de la prevención no se limita a las profesiones de salud. Desafortunadamente es compartida por el público en general que gasta grandes sumas en servicios curativos, construyendo grandes complejos —los centros médicos urbanos— como monumentos a su creencia en la importancia del tratamiento. Se han construido nuevos hospitales en cada rincón de la tierra como símbolos secundarios de esta fe.

Grandes ejércitos de trabajadores médicos satisfacen la demanda de atención médica. Los héroes públicos, endiosados en libros, revistas, películas y progra-

* Traducido de "Epidemiology as guide to health policy" Annual Review of Public Health 1980; 1:323-44. Publicado en Cuadernos Médicos Sociales N° 22.

** Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Comunitaria New York Medical College.

mas de televisión, son los cirujanos y otros clínicos que realizan milagrosas curas en las instalaciones hospitalarias. Aquellos que detentan el poder en los asuntos de salud son generalmente los jefes de los servicios clínicos, los representantes de las sociedades médicas, los directores de hospitales, los administradores de programas de atención médica.

Si sometemos a análisis crítico este punto de vista fervientemente apoyado por el público respecto a la atención médica, estamos obligados a presentar conclusiones más calificadas. La relevancia de la atención médica para la salud pública está determinada fundamentalmente por su impacto sobre la mortalidad y morbilidad. Cien años atrás la atención médica era ampliamente inefectiva en estos términos, y la mayoría del progreso subsiguiente en la disminución de la enfermedad y la muerte surgió de la actuación de otros factores.

Enfermedades infecciosas

Según el censo de mortalidad de 1850, aproximadamente tres quintos de todas las muertes en los EEUU eran causadas por enfermedades infecciosas, incluyendo (en orden de importancia) tuberculosis, disentería y diarrea, cólera, malaria, fiebre tifoidea, neumonía, difteria, escarlatina, meningitis, tos convulsa, sarampión, erisipelas y viruela. Como afirma Smillie, la mayor proporción de estas muertes se debía a "factores desfavorables del medio ambiente, aguas contaminadas, sistemas indescriptibles de eliminación de excretas, hacinamiento, con condiciones de vivienda vergonzosas, leche mala, comida mala, moscas por millones, alimentación escasa, largas horas de sobretrabajo y gran ignorancia y descuido" (2).

El cólera, la disentería y la diarrea, y la fiebre tifoidea desaparecieron principalmente como resultado de medidas de control del medio ambiente dirigidas al agua, la leche y el suministro de alimentos. La diarrea infantil sucumbió gracias a estas medidas de control del medio ambiente, al desarrollo de clínicas infantiles independientes de los servicios de atención médica, a la educación sanitaria y a la extensión de la atención médica para incluir atención preventiva del niño sano.

La declinación de la malaria fue fundamentalmente un fenómeno social, causado, como Smillie señala por "una transición desde condiciones pioneras a un cultivo de la tierra mejorado, mejor alojamiento rural, más ganado, mejor drenaje de los suelos, transporte rápido, sustitución del molino de la aldea y su estanque por una molienda centralizada, y todos los demás componentes de una civilización adelantada". En años más recientes, la malaria ha sido expulsada de sus últimos reductos por medidas planificadas de control ambiental.

La difteria, la viruela, la tos convulsa y el sarampión han sido controlados

por programas públicos de inmunización. La neumonía, la escarlatina, la meningitis y la crisipela pueden haber retrocedido por cambios sociales de largo término incluyendo la mejora de la vivienda con una consiguiente declinación del hacinamiento. La intervención médica comienza a ser efectiva solo con el uso profiláctico y terapéutico de antibióticos durante las décadas pasadas.

La tuberculosis ha declinado fundamentalmente debido a la elevación del nivel de vida, ayudada por medidas de control de salud pública tales como aislamiento y programas de detección de casos. Aquí la atención médica cumple una función preventiva aislando a las personas infectadas en los hospitales para tuberculosos. Más recientemente, el tratamiento con nuevas drogas ha capacitado a la atención médica para ser más eficaz en la reducción de la infección, la morbilidad y la mortalidad.

El tratamiento de la sífilis con drogas efectivas, ha jugado un rol muy importante para controlar la infección y por lo tanto prevenir la diseminación de la enfermedad y reducir la mortalidad y morbilidad. Por otro lado, la atención médica probó ser ampliamente menos eficaz para enfrentar el tétano y la poliomeilitis, enfermedades que están siendo virtualmente eliminadas por programas de inmunización de salud pública. La fiebre puerperal fue controlada inicialmente mediante el control del medio ambiente hospitalario; este fue el factor preponderante, junto con el establecimiento de clínicas públicas de salud prenatal y la mejora de la atención obstétrica, en la reducción de la mortalidad materna.

En resumen, pues, las fuerzas principales que actuaron para bajar la morbilidad y mortalidad proveniente de enfermedades infecciosas durante los últimos 100 años han sido los cambios económicos y sociales, las medidas de control del medio ambiente, la inmunización, la educación sanitaria y otras actividades de salud pública. La atención médica por sí misma ha jugado un rol secundario, limitado en su mayor parte a dos funciones principales: el alivio del sufrimiento, una notable contribución de la atención médica para todas las enfermedades, y que no puede ser sobrevaluado en cualquier consideración de la relevancia de la atención médica para la salud de la población y la reducción de la severidad de la enfermedad a través de medidas de apoyo, una función que la atención médica realiza con éxito diverso sobre enfermedades específicas. Fue solo durante las últimas décadas que el advenimiento de nuevos agentes quimioterapéuticos y antibióticos ha capacitado a la atención médica para superar estas funciones y realizar una mayor contribución para la salud de la población mediante el tratamiento definitivo y la curación de las enfermedades infecciosas.

Enfermedades no infecciosas

Cuando dirigimos nuestra atención a las enfermedades no infecciosas, encon-

tramos considerablemente menos éxito en la reducción de la mortalidad y morbilidad, con dos áreas de excepción importantes: a) las enfermedades por deficiencia nutricional, incluyendo escorbuto, raquitismo, pelagra, bocio endémico y otras, que han sido ampliamente eliminadas en EEUU y otros países industrializados mejorando los niveles de vida y mediante el enriquecimiento y la suplementación de la alimentación, y la educación sanitaria de la población, b) las enfermedades ocupacionales que han sido sustancialmente reducidas por el desarrollo de programas de salud pública y la utilización de leyes compensatorias para el obrero, para proporcionar un estímulo a la prevención.

La atención médica ha comenzado a ser cada vez más eficaz para la reducción de la morbimortalidad por traumatismos, ya sea debido a accidentes o violencia. Sin embargo los accidentes siguen siendo una causa importante de muerte. La inmensa matanza a través de las dos grandes guerras mundiales es un triste recordatorio de que la única respuesta definitiva para el control de los traumatismos se relaciona con los medios sociales de prevención.

La intervención quirúrgica tiene un incuestionable valor para una variedad de enfermedades que incluye, entre otras, hipertiroidismo, úlcera péptica, apendicitis, colecistitis, y coleditiasis, hernia y hemorroides.

La terapia de sustitución ha reducido la mortalidad y morbilidad por enfermedades como la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, la enfermedad de Addison y la anemia perniciosa. La diabetes mellitus, sin embargo, sigue siendo una importante causa de muerte en los EEUU.

El valor de la terapia para el cáncer varía con respecto a la localización, tipo histológico y estado de evolución de la enfermedad, el cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte en los EEUU.

La eficacia del tratamiento varía para otras importantes causas de enfermedad. En asma y otras enfermedades alérgicas, el enfoque más valioso es prevenir el contacto con antígenos, aunque la terapia de desensibilización puede ser útil cuando es imposible evitar tal contacto, sin embargo, no hay una cura real. La úlcera péptica, la gota y la epilepsia son enfermedades crónicas en las cuales el tratamiento de ataques agudos debe ser seguido por terapia preventiva destinada a reducir el número y severidad de las recurrencias.

A pesar de la declinación de la enfermedad del corazón de etiología sifilítica y reumática, y de la contribución de la cirugía para corregir ciertos defectos cardíacos congénitos y producidos por el reumatismo, la enfermedad del corazón sigue siendo la causa principal de enfermedad y muerte. El tratamiento de la enfermedad coronaria permanece siendo sólo moderadamente efectivo a pesar de los dramáticos avances en el tratamiento de los corazones afectados.

No existe todavía disponible una terapia efectiva para problemas mayores como artritis, enfermedad cerebro vascular y bronquitis crónica. El tratamiento pre-

ventivo con litio ha probado ser efectivo para limitar la recurrencia de la psicosis maniaco-depresiva. No existe cura, sin embargo, para la esquizofrenia.

Esta revisión, necesariamente breve, indica que la contribución de la atención médica para mitigar el peso de las enfermedades no infecciosas es sustancial pero limitada; aunque curativa para algunas, es solamente parcialmente efectiva en la mayoría de estas enfermedades. La debilidad es ampliamente inherente a la atención médica ya que cuando los cambios patológicos han alcanzado el estadio en el cual producen síntomas que requieren tratamiento, las posibilidades de revertir la situación quizás han dejado de ser o existir.

Como en las enfermedades infecciosas, el mayor potencial para mejorar la salud de la población se relaciona con la prevención. La exactitud de esta afirmación se hace evidente si tomamos en cuenta estos hechos: la eliminación de enfermedades por deficiencia nutricional y el control de las enfermedades ocupacionales, el éxito de la epidemiología y la salud pública para disminuir la prevalencia de caries dentales por fluoridación, y las significativas y continuas contribuciones de la epidemiología para una mejor comprensión de las causas y medios de prevención de las principales enfermedades no infecciosas.

La segunda revolución epidemiológica

Durante las últimas décadas, se han realizado enormes avances a partir de estudios epidemiológicos de cáncer, enfermedad cardíaca, accidente cerebro vascular y otras enfermedades no infecciosas importantes. Los epidemiólogos han forjado efectivas armas de control, armas que ahora deben ser esgrimidas por los departamentos de salud y dirigidas a nuestros objetivos tradicionales de prevenir la enfermedad, la incapacidad y la muerte. La significación de esas ramas puede ser comprendida revisando su impacto potencial sobre las principales causas de muerte.

La principal causa de muerte enfermedad del corazón responde del 38% de todas las muertes. El noventa por ciento de las muertes cardíacas son el resultado de enfermedad isquémica del corazón. La investigación epidemiológica ha identificado tres principales factores de riesgo —colesterol sérico alto, hipertensión y hábito de fumar— que incrementan las tasas de incidencia y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón. Los estudios epidemiológicos han mostrado también que cada uno de estos factores es susceptible de cambios: por ejemplo el colesterol sérico puede ser disminuído por la sustitución de una dieta de ácidos grasos no saturados, la presión sanguínea alta puede ser controlada por drogas apropiadas y el hábito de fumar puede ser reducido gracias al impacto de conocimiento adecuado. Estamos alcanzando la etapa final del período de investigación

y el comienzo del tiempo para la acción de los departamentos de salud locales, estatales y federales.

El cáncer responde por el 18% de todas las muertes, muchas de las cuales todavía no pueden ser prevenidas. Para algunos tipos de cáncer, sin embargo, se ha logrado un progreso considerable a través de la investigación epidemiológica. Sabemos que el hábito de fumar produce cáncer de pulmón, boca, faringe y laringe. Y hay evidencia creciente de que el consumo del alcohol está relacionado a cáncer de boca, faringe, esófago, laringe e hígado. La importancia del papel de los rayos X y otras fuentes de radiación en la etiología de la leucemia y otras formas de cáncer ha sido demostrada, y los efectos de una variedad de carcinógenos industriales ha sido comprobada. Se han desarrollado métodos efectivos de screening para el cáncer de mama y el cervical.

Las enfermedades cerebrovasculares, que suman el 11% de todas las muertes y constituyen la tercer causa de muerte, eran completamente no-prevenibles 25 años atrás. Ahora sabemos que la incidencia de tales enfermedades —causadas fundamentalmente por hipertensión y arterioesclerosis— puede ser reducida significativamente mediante tratamiento a largo término de la hipertensión y presumiblemente también mediante la prevención de la arterioesclerosis.

Los accidentes constituyen una causa de mortalidad particularmente trágica porque a menudo afectan a niños y personas jóvenes. En realidad constituyen la principal causa de muerte por debajo de los 35 años de edad. Para todas las edades, se ubican en el cuarto lugar de importancia, si la atención que se les otorga estuviera relacionada con su significación para la salud de la nación, deberían, indudablemente, ser retirados de la lista de las principales causas de muerte. La investigación epidemiológica ha profundizado nuestra comprensión respecto al huésped, agente, y factores ambientales involucrados en diferentes tipos de accidentes, e indicado las medidas preventivas que pueden ser utilizadas. Un importante hallazgo puede ser citado como ejemplo: el descubrimiento de niveles altos de alcohol en sangre en el 50% de los conductores responsables de accidentes automovilísticos con resultados fatales. Las implicaciones de este hallazgo con claras, pero efectivas acciones de salud pública tienen todavía que ser tomadas en los EEUU.

La influenza y la neumonía, quintas en importancia, continúan en declinación, presumiblemente por el uso de vacunas contra la influenza para individuos de alto riesgo y por las mejoras en la terapia con antibióticos.

La bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares crónicas obstructivas —en sexto lugar entre las causas de muerte— resultan fundamentalmente del hábito de fumar y de la polución del aire. La mayoría de estas muertes podrían indudablemente ser prevenidas por acciones efectivas de salud pública contra estos agentes. Por otro lado no puede esperarse una significativa declinación en la

tasa de mortalidad por diabetes mellitus, que está en séptimo lugar en la lista, con el conocimiento y los métodos disponibles actualmente.

La cirrosis hepática, que no apareció entre las diez principales causas de muerte en 1965, fue la décima causa en 1969 y ha sido la octava desde 1973. Este rápido aumento entre las causas de mortalidad ha sido mostrado por los epidemiólogos como una función del consumo de alcohol. En la medida en que aumenta el consumo de alcohol en la población, también aumenta el índice de mortalidad por cirrosis, y cuando el consumo cae, lo mismo sucede con la tasa de mortalidad.

La arteroesclerosis figura novena en la lista, y es prevenible mediante las mismas recomendadas para para la enfermedad isquémica del corazón. La última es distocias y traumatismos del parto, y otras causas de mortalidad en la temprana infancia, que han continuado disminuyendo, presumiblemente por la mejora de las prácticas obstétricas y pediátricas.

A medida que se revisan las diez principales causas de muerte, y los tratamientos para su control que los profesionales han diseñado para nosotros, resulta evidente que grandes declinaciones de la mortalidad no son sólo posibles sino inevitables, en virtud de ataques decididos de la salud pública sobre las causas de muerte vulnerables. Sin embargo, poderosas barreras obstruyen el camino.

Obstáculos “científicos” para la política de salud

Entre los obstáculos que se presentan a la epidemiología para actuar como una guía de la política de salud, se encuentran los puntos de vista de los clínicos que no desean aceptar la validez de los descubrimientos epidemiológicos. A comienzos de siglo, por ejemplo, cuando el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York declaró que la tuberculosis era una enfermedad transmisible y propuso una serie de medidas para prevenir su contagio, la Junta Médica del Dispensario Alemán del WestSide adoptó resoluciones referidas a que la declaración de la tuberculosis como enfermedad contagiosa “no es enteramente correcta y no es la opinión de muchos clínicos distinguidos” (3).

Uno de los principales obstáculos para la aceptación de los hallazgos epidemiológicos por parte de los clínicos se relaciona con el carácter de la evidencia. Esto fue verdad durante la primera revolución epidemiológica, el control de las enfermedades infecciosas, y lo es nuevamente ahora, durante la segunda, cuando el problema se relaciona con las enfermedades no infecciosas. A mediados del siglo XIX, John Snow llegó a conclusiones extremadamente seguras respecto a la etiología y prevención del cólera mediante la utilización de evidencia “meramente estadística” (que constituye el término de menosprecio para la epidemiología por parte de clínicos y legos, es decir el estudio de la enfermedad en grupos

humanos de población), sólo más tarde hubo confirmación por la así llamada ciencia real, es decir el estudio de la enfermedad en ratas, ratones y cobayos. El experimento natural de Snow en el mundo real de Londres tuvo que ser validado más de un cuarto de siglo después por experimentos llevados a cabo en laboratorios.

Y lo mismo sucede hoy. Los epidemiólogos han llegado a conclusiones notablemente seguras sobre la etiología y prevención de múltiples enfermedades, tales como cáncer de pulmón, enfermedad cardíaca isquémica y enfermedad cerebrovascular, mucho antes de que los científicos de laboratorio tengan éxito en descubrir los mecanismos patológicos precisos que se encuentran involucrados. Puesto que, como en la época de John Snow, la última información todavía no está disponible, los epidemiólogos tienen dificultades para obtener la aceptación de sus conclusiones científicas y sus recomendaciones para la acción preventiva. La controversia sobre el cáncer de pulmón es tal vez el ejemplo más dramático de las luchas que los epidemiólogos han tenido que desarrollar para superar ese obstáculo.

Intereses creados y política de salud

A menudo es verdad que las así llamadas objeciones científicas frente a los hallazgos epidemiológicos reciben un poderoso apoyo de intereses privados comprometidos en gran medida con el posible uso de tales hallazgos como una guía para la política de salud. En 1897, cuando la Junta de Salud de la ciudad de Nueva York convirtió a la tuberculosis en enfermedad notificable, la profesión médica condenó la acción —no sólo las sociedades médicas del condado de Nueva York y del condado de Kings sino también la Academia de Medicina de Nueva York se opusieron oficialmente. El Medical Record reaccionó con un editorial que afirmaba, “lo realmente odioso de esta reforma al código sanitario es su carácter ofensivamente dictatorial y desafiadamente obligatorio... La profesión como un todo ha considerado con ojos celosos, los abusos de la Junta ante privilegios anteriormente bien reconocidos de los médicos”. En un editorial posterior, las objeciones fueron más explícitas:

“No hay objeción en informar los casos pulmonares para propósitos estadísticos... Sin embargo, la función extraordinaria asumida por la Junta resulta ominosa y amenazante —el deseo de asumir el control oficial de los casos después de haber sido reportados, y no sólo esto, por medio de edictos bacteriológicos alarmantes interferir con el médico en el diagnóstico y tratamiento del paciente, y además, por la creación de una sospecha pública de su ignorancia, privarlo posiblemente de uno de los medios de legítima subsistencia” (3)

En nuestros días, tal vez el más evidente ejemplo de intereses privados que

intentan impedir la aceptación de hechos epidemiológicos es el establecimiento del Comité de Investigación de la Industria del Tabaco. La historia de la salud ocupacional está repleta de tales casos. Estas actividades no se detienen en el nivel científico: las industrias poderosas y otros intereses privados son capaces de ejercitar considerable influencia para prevenir que la epidemiología cumpla su rol como guía de las políticas de salud gubernamentales.

El único antídoto contra su poder es una comunidad informada y movilizada. Como escribió Hermann Biggs en el Monthly Bulletin del Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York, aproximadamente una década después de su victoria en la campaña contra la tuberculosis:

“La enfermedad es ampliamente un mal extirpable. Continúa afligiendo a la humanidad, no sólo debido a un incompleto conocimiento de sus causas y la falta de higiene individual y pública adecuada, sino también a que es extensivamente fomentada por condiciones industriales y económicas duras y por viviendas miserables en comunidades congestionadas. Estas condiciones y consecuentemente las enfermedades que surgen de ellas, pueden ser extirpadas por una mejor organización social. Ningún deber de la sociedad actuando a través de sus agencias gubernamentales, es superior a esta obligación de atacar las causas de enfermedad removibles. El deber de liderar este ataque y concientizar a la opinión pública sobre el hecho de que la comunidad puede comprar su propia protección de salud corresponde a todos los individuos, organizaciones y personal de salud interesados en los movimientos de Salud Pública. La necesidad de la provisión de más y mejores instalaciones para la protección de la salud debe provenir en último análisis de la educación de la opinión pública de manera que la comunidad comprenda vívidamente tanto sus necesidades como sus poderes”.

Obstáculos ideológicos a la política sanitaria

Es obvio que la segunda revolución epidemiológica, al igual que la primera requerirá acciones gubernamentales de diferente tipo dirigidas a proteger la salud del público. Una de tales acciones es la imposición de barreras financieras frente al tabaco, al alcohol y otras sustancias perjudiciales.

Quizás la más frecuente e importante pregunta que se formula sobre dicha acción se refiere a su efecto sobre las libertades civiles. ¿No es éste otro ejemplo de actitud de “Hermano Mayor”, de interferencia gubernamental en la libertad personal y la libertad de los individuos para hacer con sus vidas lo que deseen?

La respuesta a esta pregunta tiene cierto número de facetas. Una es que el individuo tendrá libertad de elección. Si realmente quiere fumar o beber nadie se lo impedirá. Puede pensarlo dos veces antes de gastar más dinero en este tipo de cosas, pero sólo dependerá de él si las compra o no.

Otro aspecto se relaciona con el hecho de que, cuando las compañías petroleras incrementan fuertemente el precio de la gasolina, nadie levanta la cuestión de las libertades civiles o la palpable interferencia con la libertad de los individuos para hacer lo que quieran con sus coches, sus fines de semana o sus vidas. Aún más serio es el actual incremento sin precedentes en el precio de la comida y otros artículos de primera necesidad, que amenaza la libertad de elección tanto como la salud del pueblo de este país, si no de todo el pueblo, al menos de aquellos en circunstancias pobres o moderadas. Todavía no se protestó contra este aumento sobre la base de interferencia con la libertad de los individuos, aún cuando estuvo causado en gran medida por la política del gobierno federal, que ha sido incapaz de tomar medidas efectivas contra la inflación.

Debemos entonces plantear la pregunta: ¿Qué inflación y con qué propósito? ¿Nuestra libertad como pueblo soberano para defendernos del cáncer de pulmón y otros, de la bronquitis crónica, del enfisema pulmonar y de la enfermedad coronaria, y de tener literalmente millones de vidas castigadas por la enfermedad, la incapacidad y la muerte? ¿O la libertad de las compañías de tabaco, entre otras, para continuar realizando ganancias sobre los cuerpos de sus víctimas? Estas víctimas no son una abstracción. Probablemente ninguna persona que lea este artículo habrá dejado de tener algún pariente cercano o amigo que haya muerto innecesariamente y demasiado temprano, a menudo en la flor de vida, como resultado del hábito de fumar.

Si permitimos que esta situación continúe, dando libertad a las compañías de tabaco y a otras, para que difundan su mensaje mientras rechazan la intervención con la excusa de la libertad, seremos cómplices de las consecuencias letales. Además, estaremos traicionando la tradición de la salud pública una tradición que destruyó la libertad de las compañías de agua para vender agua contaminada, que prohibió a los granjeros y distribuidores la venta de leche no pasteurizada, y que incluso convirtió en obligación para los niños la vacuna contra la viruela.

Nuestros predecesores en la salud pública dejaron de lado la libertad individual no sólo de tener viruela, sino también de enfermarse de cólera, fiebre tifoidea y otras enfermedades difundidas por agua y la leche. Lo hicieron privando a los individuos de su libertad para beber agua contaminada y gustar la lecha natural que, como todas sabían en aquellos días, era mucho más sabrosa que el producto pasteurizado. Necesitamos actuar en nuestro propio tiempo con la visión y el coraje que los primeros trabajadores de la salud pública demostraron cuando establecieron una libertad más grande. La libertad de gozar de la salud y la vida, como una obligación fundamental del gobierno.

El enfoque del estilo de vida para la política de salud

Un resultado de las presiones de intereses privados, y de los obstáculos ideológicos creados por esos intereses, es el desarrollo de un enfoque para la política de salud que, esencialmente, afirma que no se necesita política de salud.

El economista Victor Fuchs, por ejemplo, toma la posición razonable de que la prevención de la enfermedad es más importante que la atención médica para la salud, pero lleva el argumento aún más lejos en términos de su filosofía:

“El énfasis sobre la responsabilidad social puede aumentar la seguridad, pero puede ser la seguridad de un zoológico —comprada a expensas de la libertad... El mayor potencial actual para mejorar la salud del pueblo norteamericano debe encontrarse en lo que ellos hacen y lo que no hacen, para y por ellos mismos. Las decisiones individuales sobre dieta, ejercicio y hábito de fumar son de crítica importancia, y las decisiones colectivas relacionadas con la polución y otros aspectos del medio ambiente, también son relevantes”.(4)

Para Fuchs, las decisiones individuales son de importancia crítica; las decisiones sociales son “también relevantes” pero limitadas a problemas tales como la polución.

Fuchs utiliza el término “estilo de vida” para describir lo que considera como el más importante determinante de la salud y la enfermedad. Tal vez el ejemplo más ampliamente conocido de enfoque de estilo de vida es el informe escrito por Mark Lalonde, el anterior ministro canadiense de Salud y Bienestar. En un interesante intento —por ampliar las bases teóricas y prácticas de la salud pública en Canadá, Lalonde propone que el área de la salud debe ser abierta en cuatro elementos: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención médica. Después de revisar los principales problemas de salud de Canadá concluye que además del sistema de atención médica y el problema colectivo del medio ambiente, “debe aceptarse la culpa individual para muchos de los efectos deletéreos sobre la salud de los respectivos estilos de vida. La vida sedentaria, el hábito de fumar, la sobre alimentación, la conducción bajo estímulo alcohólico, el abuso de drogas y el no uso de cinturones de seguridad, figuran entre las muchas contribuciones a la enfermedad física y mental sobre las cuales los individuos deben aceptar alguna responsabilidad y en relación a las cuales deberían tratar de corregirse.”(5)

La mayor debilidad de este enfoque es que concibe los estilos de vida individuales como si existieran en un vacío. La sociedad no tiene nada que ver en el asunto. Además, la sociedad no tiene ninguna responsabilidad; como afirma Lalonde “debe aceptarse la culpa individual” o como dice Fuchs cerrando su libro, “el mayor potencial para mejorar la salud se relaciona con lo que las personas hacen y no hacen para y por sí mismos. La elección es nuestra” (4). Por ello

Fuchs tiene mucho que recomendar sobre la organización social de la atención médica, pero nada sobre medidas sociales para cambiar estilos de vida. Lalonde tiene una larga lista de recomendaciones para influenciar estilos de vida, pero parecen consistir ampliamente en moderados programas de educación sanitaria, y unas pocas propuestas regulatorias muy débiles.

En realidad, esta falta de un programa para medidas sociales efectivas es inevitable dada la fundamental ideología del enfoque sobre el estilo de vida. Esta ideología que pone el acento sobre la culpa de los individuos y por consiguiente libera de responsabilidad a la sociedad, ha logrado una buena dosis de popularidad en los años recientes entre aquellos que aconsejan un “descuido benevolente” de los problemas de pobreza. En una refutación cuidadosamente razonada de estos puntos de vista William Ryan las caracteriza como “Culpar a la Víctima”.(6)

La técnica de “culpar a la víctima” no es nueva en la sociedad norteamericana, y simplemente se ha vuelto más sofisticada. La salud pública en nuestro país ha sido estorbada por diferentes versiones del enfoque de estilos de vida desde sus primeros comienzos. Hablando en la Legislatura del Estado de Nueva York en 1865, Stephen Smith señalaba que la primera entre las causas señaladas de la alta mortalidad en la ciudad de Nueva York era la gran inmigración extranjera. El consideraba que los inmigrantes eran víctimas propiciatorias, y los defendía del informe del inspector de la Ciudad en 1860:

“La mayoría de los niños que llegan a esta ciudad desde puertos extranjeros, si bien sufriendo los efectos de un prolongado viaje, malos alojamientos y peor comida, no traen ninguna enfermedad determinada más allá de aquellas que, con adecuada atención, alimento y aire saludable, pueden ser fácilmente superadas. Las causas de esta excesiva mortalidad deben ser buscadas en esta ciudad, y son fácilmente relacionables con las miserables habitaciones en las cuales padres e hijos están obligados a habitar; en los angostos callejones, las casas de alojamiento, con sus cientos de ocupantes, donde cada uno cocina, come y duerme en una sola habitación, sin luz o ventilación, rodeados por la suciedad, una atmósfera pestilente, fétida y mortífera, con nadie para consolarlos o aconsejarlos, o para prestarles ayuda cuando la enfermedad los ataca”.(7)

Culpar a la víctima es tan injustificado hoy como hace 120 años. Es difícil de aceptar la idea que fumar es un asunto individual cuando es bien conocida que la propaganda de los cigarrillos que cuesta más de 300 millones de dólares por año, transformó el hábito de fumar de una adicción menor a una importante; que el mercado femenino fue desarrollado por una propaganda cuidadosamente diseñada, y que el mercado juvenil fue el siguiente en ser abierto por una campaña sistemática dirigida a los periódicos colegiales y las revistas para jóvenes.

Las industrias de bebidas alcohólicas han mejorado en gran medida las cam-

pañías propagandísticas de la industria del tabaco. El siguiente extracto muestra cómo los estilos de vida individuales son creados. Proviene del The New York Times del 26 de diciembre de 1974:

"Las compañías de licores son igualmente grandes clientes de la Colege Marketing and Research Corporation... Una de las primeras actividades de la Corporación es organizar reuniones para probar licor en los "campus" universitarios. Se hicieron 400 el año pasado, siendo la mayor para 4.000 personas, y una en el Estado de Florida, donde sólo se sirvió un "Mexican Sunrise" con tequila José Cuervo... La corporación está extendiendo estas reuniones de prueba a los complejos de departamentos y a la Cámara Junior de Comercio, lo que aumenta su amplitud demográfica pasando de jóvenes entre 18 y 24 años a los que se ubican entre 18 y 34".(8)

Si el consumo de alcohol es simplemente un asunto de elección individual, es difícil explicar el hecho que en Gran Bretaña las mayores tasas de muerte por cirrosis hepática se produzcan en la clase social 1, la clase más rica, mientras en los Estados Unidos las tasas más altas se encuentran en el grupo más pobre, los trabajadores no calificados de la clase social 5.

Los estilos de vida individuales no pueden explicar por qué la adicción a las drogas en los EEUU está ampliamente confinada a los barrios bajos y a los ghettos en los habitan los grupos minoritarios. O por qué los hombres negros tienen menos infartos de miocardio que los blancos. O por qué diferentes tipos de accidentes tienen tan netas divisiones y diferentes tasas de ocurrencia en diferentes segmentos de la población.

El problema con el enfoque del estilo de vida es que tiende a desconocer la epidemiología, dado que reduce todo a un singular factor o hábito y su uso o no uso; no se otorga ninguna atención a las otras variables en el medio ambiente social que afectan dicho uso. Tal vez esto refleja una reacción auto-protectora, porque la maquinaria social requerida, para cambiar las variables significativas es difícil de lograr. Las industrias cuyos intereses son amenazados por programas preventivos tienen grandes recursos financieros disponibles para bloquear la acción gubernamental efectiva. Sin embargo, esa acción puede y debe ser realizada en interés de la salud de la población porque eventualmente el público comprenderá y la demandará.

UN POLITICA DE SALUD BASADA EN LA EPIDEMIOLOGIA

Si la epidemiología es utilizada como una guía para la política de salud, esta última deberá estar basada en la primacía de la prevención. Como representativos del público, los departamentos de salud tendrán como principal objetivo el desarrollo de programas para prevenir las principales causas de muerte. Los pro-

gramas tendrán tres componentes básicos: protección del medio ambiente, detección de casos y educación sanitaria. Excepto para inmunización, estos son los principales enfoques utilizados efectivamente en las campañas contra las enfermedades transmisibles durante la primera revolución epidemiológica. Es sólo el contenido lo que será diferente.

Control del medio ambiente

Durante la primera revolución epidemiológica, el control del medio ambiente estaba dirigido principalmente contra vehículos y vectores de agentes vivientes, mientras actualmente los agentes son fundamentalmente de naturaleza fisicoquímica. La estrategia fundamental, sin embargo, sigue siendo la misma: crear barreras ambientales entre agente y huésped. Una amplia variedad de métodos fueron utilizados en el primer período, tales como construcción de sistemas de provisión de agua y sistemas de depuración, fumigación de viviendas, regulaciones exigiendo la pasteurización de la leche, y hospitalización de individuos con tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.

Durante el período actual, las medidas disponibles para control del ambiente pueden ser agrupadas en aquellas que son regulatorias por naturaleza, y aquellas que están basadas en consideraciones financieras. Entre las primeras pueden estar las siguientes:

1. Leyes que proscriban toda propaganda de cigarrillos y alcohol, y prohíban fumar en las áreas públicas.
2. Leyes que exijan que sólo se utilicen grasas no saturadas para la cocina comercial y que las etiquetas especifiquen el monto y grado de saturación de las grasas contenidas en las comidas empaquetadas.
3. Reglamento para prevenir la polución del aire y el agua, accidentes y exposición a la radiación, carcinógenos y otras sustancias tóxicas en la industria, en las instalaciones de atención médica, en la comunidad en general y en el hogar.
4. Reglamento exigiendo la instalación de dispositivos de seguridad en vehículos de motor, que disminuya las velocidades máximas permitidas en las autopistas, y revoque los permisos de conducir de las personas que sean descubiertas conduciendo bajo la influencia del alcohol.

Las medidas financieras son de dos tipos: aquellas que crean una barrera financiera ante un agente, y aquellas que subsidian su remoción o sustitución. En el primer grupo se puede incluir (a) un aumento en el impuesto de cigarrillos y alcohol para llegar a un aumento de su precio del 400 o 500% y (b) un impuesto sobre las comidas con alto contenido de grasas saturadas para aumentar su costo relativo. El segundo grupo incluiría (c) ayuda a los granjeros para cambiar la alimentación del ganado de manera de producir carne con bajo contenido de grasa

saturada, (d) subsidios para bajar el precio relativo de las comidas ricas en grasas no saturadas, y (e) apoyo financiero y de otro tipo para ayudar a los granjeros a transferir el uso de su tierra de tabaco y alcohol hacia cosechas no letales.

Una simple lectura de estas medidas propuestas convencerá aún al más ingenuo que será difícil legislar e implementarlas. Aquellos que se oponen a ellas tienen mucha más influencia que los médicos y comerciantes del pasado, quienes, temiendo perder su comercio, resistirán las actividades de salud pública y las regulaciones para la prevención de enfermedades infecciosas. Entre ellos se puede incluir la industria del tabaco, la industria de las bebidas alcohólicas, vino y cerveza, y la industria en general en razón de los costos de prevención de las enfermedades ocupacionales y accidentes y el control de la producción ambiental. A menos que el cambio hacia cosechas no letales sea subsidiado, existirá una seria oposición por parte de los granjeros. Si la pérdida de ingresos en propaganda derivada de la prohibición de la publicidad sobre tabaco y alcohol no es compensada por un uso equivalente de los medios de comunicación de masas para educación sanitaria sobre sustancias letales, habrá una fuerte oposición de los fabricantes de opinión en los periódicos, revistas e industrias publicitarias.

Existe poca duda, por lo tanto, de que cualquier intento serio para cumplir la promesa de la segunda revolución inmediatamente enfrentará al interés público—la salud del pueblo de los EEUU— contra formidables intereses privados. El resultado de dicha confrontación dependerá ampliamente de que los departamentos de salud se movilicen para asegurar el apoyo de los ciudadanos de la nación. Este apoyo puede ser logrado y la resistencia puede ser superada porque la preocupación pública sobre estos temas es muy grande. Una vez que el público comprenda realmente este punto, será difícil para cualquiera, no importa cuán poderoso sea, continuar demorando la implementación de la exigencia sobre las medidas efectivas de salud pública que deben ser tomadas.

Detección de casos

Durante la primera revolución epidemiológica, la detección precoz y tratamiento de la enfermedad fue ampliamente utilizada en el control de tuberculosis y sífilis. En las enfermedades no infecciosas, el concepto ha sido extendido hasta incluir no sólo la detección de la enfermedad sino también la identificación de factores de riesgo. Ejemplos de detección de enfermedad incluyen el uso de la citología para cáncer de cuello, exámen clínico y mamografía para cáncer de mama y determinación de la presión sanguínea para hipertensión. La determinación del nivel de colesterol sérico, y las historias de hábitos de fumar y de beber son ejemplos de detección de factores de riesgo.

La detección de casos es valioso si los test son relativamente baratos, fáciles

de realizar, y señalan bien la sensibilidad y la especificidad. Desde el punto de vista de la prevención como algo diferente de la investigación epidemiológica, los test deberían ser hechos sólo si la enfermedad que ellos descubren puede ser tratada en forma efectiva. Estudios controlados de resultado han demostrado ya el valor de la detección para la hipertensión y el cáncer de mama. Para los factores de riesgo en la enfermedad isquémica del corazón los estudios de resultados se están realizando ahora. No se han hecho estudios controlados de cáncer de cuello, pero evidencias crecientes indican una significativa correlación entre la declinación en incidencia y mortalidad con tasas anuales de screening citológico.

No puede desarrollarse aquí una discusión completa del valor de la detección para una amplia variedad de enfermedades. Debería señalarse, sin embargo, que la detección puede ser utilizada efectivamente para la detección y corrección de deterioros. La detección de defectos visuales es particularmente útil por la facilidad de la prueba y la disponibilidad en la mayoría de los casos de lentes correctivos relativamente baratos.

El tratamiento después de la detección del caso presenta problemas especiales. Cuando el paciente busca atención por una enfermedad, la motivación para aceptar el tratamiento es relativamente alta. Cuando no existe una enfermedad manifiesta y cuando el tratamiento debe ser mantenido durante un largo período de tiempo, como es común en los programas de detección de casos, la motivación depende de una comprensión de posibles resultados futuros por parte del paciente que sea equivalente, o casi equivalente, a la del médico. La educación, —por lo tanto, se vuelve esencial—. Igualmente importante se hace la remoción de impedimentos para el tratamiento tales como los pagos según honorarios por servicio, largos períodos de espera, y falta de atención personal. Debe ser asegurado el fácil acceso a los servicios; por esta razón, el tratamiento a largo plazo y la supervisión serán probablemente más efectivos en el lugar de trabajo. Los servicios de salud ocupacional deberán tomar, por lo tanto, una nueva dimensión durante la segunda revolución epidemiológica.

Educación sanitaria

Resulta claro de la discusión que hemos entrado en un nuevo período en la historia de la salud pública en el cual la educación sanitaria ocupará nuevamente una posición central más que periférica. Los nuevos programas para prevenir la cardiopatía isquémica, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes, la cirrosis hepática y las enfermedades obstructivas pulmonares crónicas, deberán estar estrechamente relacionadas con la educación para la salud.

Esta relación tiene dos aspectos principales. El primero es la necesidad de educar al público para comprender la base científica de los nuevos programas de

salud. Sin una opinión pública bien informada será imposible contrarrestar la oposición de intereses privados que ubican su propio bienestar económico por encima de la salud de las personas. El segundo aspecto es la necesidad de educar a los individuos para cambiar su conducta en interés de la prevención de la enfermedad. Esto puede hacerse con mucha más efectividad si la contraeducación, tal como la propaganda de tabaco y alcohol, es prohibida. Además el presupuesto para educación sanitaria en los niveles local, federal y estatal necesita ser por lo menos equivalente a los presupuestos anuales de propaganda de las compañías de tabaco y alcohol que presumiblemente alcanzan los 500 millones de dólares.

Estos fondos deben ser utilizados para tareas mucho más complejas que la venta de cigarrillos o whisky. El cambio de los hábitos alimenticios no es fácil de lograr, aunque debe recordarse que esto ya ha sido realizado una vez en este siglo. La tabla "básica 7" que adornó cada departamento clínico de salud y cada consultorio de enfermería de salud pública debe servir como un recordatorio de que la educación para la salud juega un importante papel en el cambio de la dieta americana desde la carne, el pan y las papas hacia una dieta más balanceada en la cual la leche, las frutas y los vegetales tengan un lugar importante.

Una tarea aún más difícil, quizás, es educar a los individuos para que realicen tratamientos durante años aún cuando no tengan síntomas de enfermedad. En hipertensión, por ejemplo, el tratamiento debe ser continuado a lo largo de la vida del individuo aunque su única justificación sea una medición tomada por un médico. La magnitud de la tarea está indicada por el hecho de que alrededor de un sexto de la población de 18 años y más sufre hipertensión.

El serio problema de la dependencia del tabaco, alcohol y otras drogas es conocidamente difícil de tratar. El éxito que una considerable proporción de médicos norteamericanos e ingleses han tenido para abandonar su hábito de fumar, sin embargo, indica que la dependencia puede ser superada. Dado que no se puede considerar que los médicos tengan una mayor voluntad que sus semejantes en otras ocupaciones, se debe concluir que en la base de su éxito están su mayor conocimiento y comprensión. Claramente, existe un futuro para la educación sanitaria de aquellos que ya son adictos, pero aún mayor importancia tendrá el uso de la educación para la población joven, destinada, en primer lugar, a prevenir la dependencia.

Cuando enfrentemos esas responsabilidades, será necesario impartir la educación sanitaria con criterio humano, entendida como un intercambio entre individuos. Esta advertencia no debería ser necesaria, pero vivimos en una nación en la cual las máquinas parecen haber dominado y deshumanizado a hombres y mujeres. Ejemplo de ello es el intento de resolver los problemas de brindar atención médica decorosa al pueblo norteamericano, por medio de buena administración, investigación operativa, análisis de sistemas y computarización de todo lo que está a la vista.

No cometamos aquí el mismo error volviendo todo hacia la televisión; si lo hacemos, quedaremos completamente desilusionados. Los medios masivos deben ser utilizados, por supuesto, incluyendo televisión, radio, periódicos, revistas y posters. Pero, además necesitaremos herramientas sencillas, tales como folletos y boletines de información en diferentes idiomas, películas, diapositivas, exhibidores y materiales didácticos para los maestros. Lecturas, charlas, grupos de estudio, sesiones de preguntas y respuestas, y sobre todo entrevistas personales para la educación de pacientes individuales deberían comenzar a ser prácticas comunes para enfermeras de salud pública, enfermeras de hospitales y clínicas, educadores en salud, nutricionistas, dietólogos e, incluso, los médicos.

En efecto, podríamos referir el ejemplo del Servicio Sanitario Nacional de la Unión Soviética, donde se exige a todos los trabajadores de la salud dedicar por lo menos cuatro horas al mes para educación sanitaria, y donde se establece que los estudiantes de todas las escuelas médicas al igual que en otras escuelas para trabajadores de salud, reciban clases y entrenamiento de campo en educación para la salud.

POLITICA SANITARIA BASADA EN LA EPIDEMIOLOGIA: BENEFICIOS Y COSTOS

En 1971-73, la tasa de muerte por cardiopatía isquémica en los EEUU fue de 327 por 100.000 habitantes.(9) Un cierto número de países, más o menos comparables a los Estados Unidos en distribución por edades de la población y desarrollo industrial, tuvo índices considerablemente menores durante el mismo período: Suiza, 109; Italia, 137; Bélgica, 186; Holanda, 190 y Canadá 229.(10) Es difícil atribuir que esto se deba a diferencias genéticas, el peso de la evidencia señala como responsables, diferencias en los hábitos alimenticios y en otras diferencias ambientales.

Si en EEUU se adoptaran medidas de salud pública eficaces con respecto a los principales factores de riesgo como el colesterol sérico, hipertensión y hábito de fumar, no sería exagerado suponer que la tasa pueda ser reducida por lo menos en un tercio, para aproximarla a las tasas relativamente altas de Bélgica, Holanda y Canadá.

Existe también una buena razón para creer que si llevamos a cabo seriamente una investigación para cubrir y tratar la hipertensión a escala nacional, el porcentaje de la incidencia de la enfermedad cerebrovascular puede disminuir, por lo menos, en un tercio. Un éxito modesto en retirar del medio ambiente el cigarrillo y otros elementos carcinógenas podría resultar en una declinación del 10% en la incidencia de neoplasmas-malignos.

La mortalidad por accidentes, envenenamientos y causas violentas puede ser fácilmente disminuída en un tercio, aplicando el conocimiento que ya existe sobre la epidemiología y control de diferentes tipos de traumatismos. Esta posibilidad no es utópica, entre 1973 y 1975 la tasa de mortalidad por accidente en vehículos automotores disminuyó un 21%, de 26,5 por 100.000 en 1973 a 20,9 en 1975, como resultado de la nueva legislación relacionada con la escasez de gasolina, que estableció un límite máximo de velocidad de 55 millas por hora en las carreteras nacionales.(9)

El control del consumo de alcohol puede jugar un papel principal en la disminución de la mobimortalidad debida a accidentes, envenenamientos y violencia. Además podría reducir fuertemente el porcentaje relativo a la octava causa de muerte: cirrosis hepática. Mediante medidas gubernamentales apropiadas dirigidas fundamentalmente a aumentar el precio del alcohol, el Reino Unido bajó sus tasas de mortalidad por cirrosis de 10 por 100.000 en 1915 a 3 en 1933, un 70% de declinación en menos de 20 años; la tasa ha permanecido en este nivel desde entonces. Similar acción es muy necesaria en los EEUU, dado que nuestra tasa de 15 por 100.000 en 1975 fue un 25% más alta que el índice de 12 por 100.000 en 1975. Tal acción podría indudablemente salvar miles de vidas y bajar considerablemente el enorme costo engendrado, no sólo por la cirrosis sino por todas las consecuencias sociales y para la salud del consumo de alcohol.

Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, que constituyen la sexta causa de muerte en EEUU, son causadas principalmente por el hábito de fumar. La importante mortalidad por estas enfermedades se podrá reducir en la medida en que un programa en contra del tabaquismo de carácter preventivo tenga éxito.

Una evaluación parcial y tentativa de los costos de enfermedades prevenibles puede ser hecho utilizando los datos preparados por Cooper & Rice sobre los costos de amplias categorías de enfermedad en los EEUU en 1972.(11) Hay sólo aproximaciones groseras, pero que indican que un programa preventivo efectivo podría, según una estimación conservadora, salvar cada año por lo menos 400.000 vidas, 6 millones de años persona en vidas humanas y 5 mil millones en costos médicos.

¿Cuáles serían los costos para poner en práctica este programa? Esto puede y debe ser estimado pero en este punto los datos todavía no están disponibles. Sabemos que los programas de prevención secundaria, tales como control de hipertensión, generalmente serán más caros que aquellos dirigidos a medidas preventivas primarias. El costo de bajar el límite máximo de velocidad a 55 millas por hora ha sido mínimo, y sin embargo, esta sola medida salvó 11.000 vidas en 1975.

Además, algunas de las medidas propuestas, tales como una mayor imposición a cigarrillos y alcohol para aumentar su precio, son en realidad productoras

de ingreso, aunque éstos no sea su objetivo. Tal ingreso puede y debe ser destinado para el programa preventivo total.

Con un ahorro anual estimativo de por lo menos 400.000 vidas, 6 millones de años-persona y 5 mil millones en costos médicos, es difícil concebir que los costos de la prevención puedan, ni siquiera remotamente, acercarse a los beneficios, sin considerar cuán comprehensivo y costoso pueda ser el programa.

Se ha objetado, sin embargo, que el programa preventivo simplemente salvará a personas que morirán más tarde con un presunto mayor costo para la sociedad. Desde este punto de vista, el análisis de costo beneficio debería ser longitudinal en vez de transversal. En este método está implícita la duda relacionada con el valor de añadir 10 o 20 años a una vida individual, junto al temor de que la persona implicada terminará siendo una carga para la sociedad.

Esta actitud negativa hacia la prevención está basada en una consideración estática de costos y beneficios. Los beneficios del programa preventivo pueden volverse sorprendentemente mayores de los que ahora pensamos. Por ejemplo, prevención de la aterosclerosis puede tener un efecto altamente significativo sobre la función cerebral en la vida posterior. Si esto ocurriera, gran parte de la patología de la conducta y la insuficiencia mental en los grupos de mayor edad puede desaparecer y el alargamiento de la vida resultar también en una existencia mucho más fructífera y feliz. Similares consideraciones pueden aplicarse a las deficiencias físicas causadas por enfermedad cerebrovascular, que indudablemente declinarán como resultado de los programas de control de la hipertensión y la aterosclerosis.

Estos cambios afectarán también el rubro costos del análisis de costo-beneficio, porque una disminución de la incapacidad física y mental disminuirá su peso sobre la sociedad. Resulta riesgoso, por consiguiente, llevar a cabo un análisis de costo-beneficio que base los costos o beneficios futuros sobre la experiencia actual, real o presunta. Aún si los datos de la experiencia actual son seguros, el análisis tiende a ser tan poco válido como lo sería el uso de una tabla de vida basada en las tasas de muerte específicas por edad de 1980 para predecir la expectativa de vida de los niños nacidos en ese año.

Financiación de la política

Hay dos enfoques posibles para financiar una política nacional efectiva basada en la epidemiología. Una requiere un cambio en el interior del área de la salud, la otra un cambio en áreas externas a la salud.

Grandes sumas están disponibles potencialmente en el interior del área salud para financiar la prevención. En 1940 el total de los gastos nacionales de salud fue de 3.900 millones de dólares, o sea 4.1% del Producto Nacional Bruto. Para

1977 habían llegado a 162.000 millones, o sea el 8.8% del P.N.B.(1) Casi la totalidad de la última suma se dedicó a atención médica; el 5% fue gastado para investigación y construcción de instalaciones médicas, mientras sólo el 2% se destinó a actividades gubernamentales de salud pública.

Desafortunadamente, los gastos masivos de atención médica han sido sólo parcialmente productivos: los médicos han desaparecido de las áreas rurales y los sectores pobres de las ciudades, la atención médica primaria se ha vuelto difícil de obtener aún para los pudientes, y la falta de servicios para algunos ha sido balanceada por una plétora de servicios innecesarios, tanto quirúrgicos como clínicos, para otros. Los 154 mil millones de dólares gastados en atención médica en 1977 se destinaron fundamentalmente a la atención proporcionada por médicos en una práctica individual, un tipo de práctica que ha sido superada por lo menos desde hace cuarto de siglo. Estos fondos son gastados casi completamente sobre una base de honorario por servicio, una forma de pago en la cual el fenómeno negativo descrito anteriormente es inevitable, en la cual el honorario tiende a crecer más que el servicio, y en la cual el médico tiende a resultar enriquecido por encima de su genuino y bien reconocido valor para la sociedad.

Una buena cantidad de derroche se produce en los fondos gastados en atención médica y es necesario tomar un camino sensible para salir de este pantano. En lugar del pago por honorario-por servicio, los médicos en el área salud deberían ser pagados, como la mayoría de los norteamericanos, recibiendo salarios acordes con su formación, trabajo y mérito. En interés de la calidad de la atención, es preciso que ellos trabajen junto con otro personal sanitario en centros comunitarios de salud que estén relacionados con hospitales y otros servicios para conformar una red nacional de atención médica que sirva a las comunidades en cualquier lugar del país.

Mediante este tipo de sistema racional, será posible proporcionar servicios efectivos de salud para toda la nación por mucho menos del 8.8% del P.N.B. Es difícil estimar cuánto puede ahorrarse. Cualquiera sea el monto, por lo menos una parte de los fondos debe dedicarse al sector salud, no sólo para pagar el programa preventivo, sino para mejorar los servicios de salud. Será esencial, construir centros de salud, para asegurar mayor equidad en la atención hospitalaria, transformando las salas en habitaciones de una o dos camas, crear en cada comunidad un servicio médico de emergencia que responda a su nombre, desarrollar un serio programa de educación de postgrado no sólo para médicos sino para todo tipo de personal de salud, y establecer programas comprehensivos en las áreas descuidadas de enfermedades crónicas y envejecimiento, enfermedad mental y atención odontológica.

La otra alternativa es buscar fuera del área salud los fondos para financiar la prevención. Sería desafortunado que el personal de salud pública tuviera que

competir con el de otras agencias que cubren las necesidades de la población. Educación, bibliotecas, vivienda, bienestar, recreación, parques —todas tienen un impacto importante sobre la salud, y ellas y las agencias de salud pública trabajando en forma conjunta forman una verdadera asociación para la defensa de la salud.

Los individuos y agencias que están relacionados con el funcionamiento de la salud y otros servicios humanos enfrentan un obstáculo importante en la aparente santidad del presupuesto militar. En el año fiscal 1973, el último año de la guerra de Vietnam, el presupuesto militar fue de 74 mil millones de dólares. En el año fiscal 1979, un año en el que no hubo guerra, el presupuesto militar fue de 115 mil millones, o sea alrededor de un 55% más alto que en 1973. La propuesta presidencial de presupuesto militar para el año fiscal en 1980 es de 126 mil millones de dólares, 10% mayor que en 1979. (12)

Una significativa reacción ante este aumento es la afirmación del Reverendo Theodore M. Hasburgh, Presidente de la Universidad de Nôtre Dame: "Me siento mal cuando las prioridades sociales deben ceder el lugar a las prioridades militares".(12)

Un enfoque modesto para cambiar las prioridades es la enmienda Transfer, que propone tomar 12 mil millones del presupuesto militar y utilizarlos para necesidades internas.(13) Otro consiste en adoptar una política nacional de reducción de fondos federales para atención médica según honorarios-por-servicio, y reasignarlos a las actividades de salud pública del gobierno. Semejante enmienda de transferencia en Salud podría ser utilizada para duplicar el 2% de fondos de salud disponibles para prevención. En 1977 ésto hubiera creado un presupuesto de salud pública de 7.460 millones de dólares(1) y hubiera hecho posibles los primeros grandes pasos hacia la realización del potencial de la segunda revolución epidemiológica.

Estas propuestas de transferencia son eminentemente razonables. Indudablemente, salvarían cientos de miles de vidas norteamericanas. Pero ellas no prosperarían sin dirección y educación de la opinión pública. Hermann Biggs, el creador del eminentemente práctico refrán: "La Salud Pública es Comprable" tiene una profunda comprensión de la dinámica de las victorias en salud pública. Todos los que están interesados en prevención y en el desarrollo de una cuidadosa política de salud basada en la epidemiología, necesitan pensar y actualizar su análisis:

"Ningún deber de la sociedad, actuando a través de sus agencias gubernamentales, es superior a esta obligación de atacar las causas removibles de enfermedad. El deber de dirigir este ataque y movilizar la opinión pública sobre el hecho de que la comunidad puede comprar su propia protección de salud corresponde a todos los funcionarios de salud, organizaciones e individuos inte-

resados en movimientos de salud pública. La provisión de instalaciones más numerosas y mejores para la protección de la salud pública debe provenir en último análisis de la educación de la opinión pública, de manera que la comunidad comprenda vívidamente tanto sus necesidades como sus poderes.”(13)

REFERENCIAS

- 1.- Gibson, R.M. Fisher, C.R. 1978. Natth heal expenditures, fiscal year 1977 Soc. Secur. Bull. 41:3-20.
- 2.- Smillie, W.G. 1952. The period of great epidemics in the United States (1800-1875). In The History of American Epidemiology. St. Louis: Mosby.
- 3.- Winslow, C-E. A. 1929. The Life of Hermann M. Biggs. Philadelphia: Lea & Febiger.
- 4.- Fuchs, V.R. 1974. Who Shall Live Health. Economics, and Social Choice. New York: Basic.
- 5.- LaLonde, M. 1974. A New Perspective on the Health of Canadians, A Working Document. Ottawa: Gov. of Canadá.
- 6.- Ryan, W. 1971. Blaming the Victim. New York: Vintage.
- 7.- Smith, S. 1973. The City That Was. NY Acad. Med. Repr. Metuchen, NJ: Scarecrow Repr. Corp.
- 8.- Dougherty, P.S. 1974. Advertising: Making bids for youth market. New York Times. Dec. 26, 1974.
- 9.- Annual summary for the United States, 1975. DHEW, Public Health Serv. 1976. Monthly vital stat. Rep. Provisional Stat. 24 (13)
- 10.- United Nations, 1975. Demographic Yearbook. New York: United Nations.
- 11.- Cooper, B.S., Rice, D.P. 1976. The economic cost of filmess revisited. Soc. Secur. Bull. 39:21-36.
- 12.- New York Times. Jan. 23, 1979.
- 13.- New York Times. Letters, April 3, 1978.



GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE EPIDEMIOLOGIA

- 1.- La revolución Epidemiológica y la Medicina social - Miltón Tenis. Editores: Siglo XXI. México 1980.
- 2.- La epidemiología en la Planificación de la Atención a la Salud. E.G. Knox- Editores Siglo XXI- México 1981.
- 3.- Ciudad y Muerte infantil- Investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado: un método. Jaime Breilh, Edmundo Granda, Arturo Campaña, Oscar Betancourt. Ediciones C.E.A.S. (Centro de Estudios y Asesoría en Salud). Ecuador 1983.
- 4.- Epidemiología: Economía, Medicina y Política" Jaime Breilh- Editores: V. Central. Ecuador 1979.
- 5.- Los nuevos rumbos de la Epidemiología. Jaime Breilh y Edmundo Granda. Ciencias Sociales y Salud en América Latina: tendencias y perspectivas. Editor: Everardo Duarte Nuñez. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo- Uruguay 1986.
- 6.- Las enfermedades Tropicales del análisis de "Factores al análisis de los "procesos ". Saúl Franco Agudelo IDEM anterior.
- 7.- Evaluación del programa de atención primaria del área 1 de Rosario Carlos Blosch, María del Carmen Troncoso, Ena Richiger y Leticia Hachuel- Cuadernos Médicos Sociales de Rosario N° 41 Setiembre 1987.
- 8.- La Epidemiología y el Método científico Alan Chalmees- Cuadernos Médico Sociales de Rosario N° 48- Junio 1989.
- 9.- En defensa de la Ciencia y de la Epidemiología- Mervyn Susser- IDEM anterior.
- 10.- Clases sociales y enfermedad (introducción a una epidemiología diferencial). Mario Timio. Editorial Nueva Imagen. México. 1980.
- 11.- Teoría del conocimiento y epidemiología. Una invitación a la lectura de John Suow". Dina Czeresnia Costa y Nilson do Rosario Costa. Cuadernos Médico Sociales de Rosario N° 49-50. Diciembre 1989.
- 12.- Epidemiología: principios, técnicas, aplicaciones- Jenicek Milos y Robert Cléroux- Editores Salvat.
- 13.- A Epidemiologia Social. Antonio Ruffino Netto- Rev. Medicina HCFMRP- USP e CARL 17 (1 e 2): 29-33; 1984.
- 14.- Individuos enfermos y poblaciones enfermas- Boletín Epidemiológico Org. Panamer. de la Salud Vol 6 N° 3- Año 1985.
- 15.- La investigación epidemiológica: uso y perspectivas- Pedro Luis Castellanos- Mimeo Setiembre 1983.
- 16.- El desarrollo de la Epidemiología en la Argentina- Mimeo- Mendoza- Marzo 1989.
- 17.- Fortalecimiento de la capacidad nacional en epidemiología. Boletín de Epidemiología Org. Panam. de la Salud Vol 6 N° 2 año 1985.
- 18.- Seminario de Epidemiología de la República Argentina- Mar del Plata- Diciembre 1985.
- 19.- La epidemiología entre fuegos. Jaime Breilh- IVº Congreso Latinoamericano y Vº Congreso Mundial de Medicina Social. 3 al 7 de agosto de 1987. Quirama. Colombia- Publicación patrocinada por el Instituto de Seguros Sociales Seccional de Antioquía.

- 20.- El proceso de salud- enfermedad en el primer año de vida (Iº y II parte) Carlos Bloch y col. Cuadernos Médicos Sociales de Rosario N° 32 y 33.
- 21.- Análisis de riesgo: alcances y limitaciones para el administrador de salud- Renate Plaut- Boletín Of. Sanit. Panamericana Vol 96 N° 4 Año 1984.
- 22.- La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud - XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP). Taxco, México, 15 al 19 de noviembre 1987. Publicación serie Desarrollo de Recursos humanos N° 88 - Organización Panamericana de La Salud.

RELATOS DE EXPERIENCIAS E INVESTIGACIONES

Debido a lo numeroso y extenso de las presentaciones decidimos colocar algunos datos sobre las mismas de manera tal que permitan a los interesados ubicarlas donde estén publicadas o comunicarse directamente con los protagonistas.

- I) *Asambleas de Salud, Barrio Guadalupe- La Matanza, Buenos Aires- Mimeo del CODESEDH. Luis Saenz Peña 611 - Tel. 38-4743. Capital Federal.*
- II) *Experiencia de APS en áreas rurales en Misiones Dr. Eduardo Vassiliades- Alvear 1345- Posadas- Misiones.*
- III) *Area programática del Htal de Ingeniero Juárez- Formosa Dr. Hilario Ferrero y Lic. Susana Zomoza- Hospital de Ingeniero Juárez- Formosa.*
- IV) *APS en el área urbana de Rosario-Santa F. Cuadernos Médico Sociales Nº 41. Asociación Médica de Rosario - España 401- 2000 Rosario.*
- V) *Educación para la salud en el centro de salud del barrio La Gloria- Mendoza. Revista Salud y Sociedad Nº 9-10. Movimiento por un Sistema Integrado de Salud-Regional Córdoba- Vélez Sarsfield 1278- Tel: 65707- 5000 Córdoba.*
- VI) *Aproximación a los problemas de Salud Mental en los choferes guardas del servicio urbano del transporte de pasajeros de Córdoba- Dr. Héctor Scia. Revista Salud y Sociedad Nº 9-10 (ver V)*
- VII) *Efectos Emocionales de los accidentes ferroviarios en el conductor de trenes- Equipo de salud mental del Programa de Salud de Ferroviarios. Revista Salud y Sociedad Nº 17-18. (Ver V)*
- VIII) *Articulación intersectorial en Salud Mental y Educación en Río Negro. Cuadernos Médico Sociales Nº 43. Tel: 0920-23073 Laprida Viedma- Río Negro.*
- IX) *Programa de Salud Escolar en Tucumán (PRONADEP) Dirección Nacional de Sanidad Escolar. Saavedra 15. Capital Federal. Tel: 47-6861-5093*
- X) *APS en Salud Mental y Alcoholismo, San Martín de los Andes Dr. Wille Arrue- Hospital de San Martín de los Andes. Pcia. del Neuquén.*
- XI) *La industria de la Madera- Aserraderos. Dirección Nacional de Higiene y Salud en el trabajo- Ministerio de Trabajo de la Nación- Paraná 26- 6º Piso- TE.: 37-0611-38-0121.*

XII) Condiciones de Salud y Respuestas Sociales (Instituto de Ciencias Antropología y Salud del Instituto de Ciencias Antropológicas- Facultad de Filosofía y Letras- 25 de Mayo 217- Primer Piso. Sección Antropología Social. TE: 30-2733

XIII) Talleres barriales y zonales en APS- CODESEDH (Ver I).

XIV) APS en el área programática de Sauzalito-Chaco Hospital de Sauzalito- Sauzalito- Pcia. del Chaco.

XV) Control de la mujer embarazada en el barrio San Pedro- La Matanza- Dr. Schwarcz Alberto- Htal. de la Matanza.

XVI) Universidad y Trabajo Comunitario en Córdoba. Secretaria de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Córdoba y Federación Universitaria de Córdoba.

XVII) Trabajo Comunitario en el Barrio Santa Rita —San Isidro- Hospital de Niños- San Isidro- Pcia. de Buenos Aires.

XVIII) Programa de Salud de Ferroviarios- PROSAFE— Programa de APS de la obra social para el personal ferroviario - Tel: 953-7856/9484.

XIX) Nuevas Tecnologías Informatizadas- Dirección de Higiene y Salud en el trabajo- Ministerio de Trabajo de la Nación (ver XI),

XX) Adicciones, adolescencia y tiempo libre (Htal. de Palomar y Fondo de Ayuda Toxicológica FAT).

XXI) Grupos Institucionales de alcoholismo- Servicio de Salud Mental del Htal. de General Roca- Río Negro CP 8332.

XXII) Trabajo comunitario en salud mental en el barrio General Belgrano Capital Federal- Centro de Salud N° 5- Barrio General Belgrano. Cap. Fedéal. TE: 687-4570.

XXIII) Influencia del medio ambiente de trabajo sobre la salud de los trabajadores de enfermería- Movimiento Solidario de Salud Mental- Díaz Velez 4093- TE: 982-3961.

XXIV) Internalizar y resistir: Saber obrero y salud, los trabajadores gráficos- Equipo de Antropología y Salud del Instituto de Ciencias Antropológicas de la Fac. de Filosofía y Letras- UBA- Cuadernos Medico Sociales N° 45.

LA SALUD Y LA CRISIS ECONOMICA

COORDINADOR:

Dr. Horacio Barri. Médico Sanitarista Secr. del Movimiento por un Sistema Integrado de Salud. Córdoba.

PANELISTAS:

Lic. Jorge Katz. Economista CEPAL

Dr. Mario Testa. Investigador del Centro de Estudios Médicos y Sociales (CESS).

Dr. Miguel Teubal, Doctor en Economía Agraria en la Universidad de California. Investigador del CONICET. Prof. de la Facultad de Sociología.

Dr. Aldo Ferrer, Profesor Titular Política Económica de UBA.

Dr. Barri: — Agradecer la designación para coordinar esta mesa, es cómo cuando a uno le regalan un leoncito chiquitito, que luego irá creciendo, y uno no sabe si agradecer o qué... Porque, como médicos, tenemos una escasa formación, y en este momento del conocimiento, y después de muchos años de oscuridad y silencio, los códigos que manejan las profesiones, hacen bastante dificultoso el conocimiento y el entendimiento mutuo.

Pensé entonces en una frase que decía Scalabrini Ortiz con respecto a la Economía: "Si les interesa el tema de la Economía, pregunten; si les responden y no entienden, vuelvan a preguntar; y si vuelven a no entender, seguramente les quieren macanear". Porque en última instancia, los problemas de la Economía, como cualquier otro problema, son entendibles.

Hablando de ese tema de enmascarar la verdad con códigos, el Modelo Médico, es un representante fiel de esa situación. Muchas veces por miedo a enfrentar la situación, o a enfrentar a los pacientes, otras por ignorancia, para cubrir nuestra ignorancia; muchas veces más por intereses, para que el cliente no se vaya, o para poder demostrar que nuestra tarea es realmente necesaria y costosa, solemos enmascarar cuestiones de la realidad.

Parangonemos la Economía con el Modelo Médico Hegemónico —no es que

esté totalmente de acuerdo con esta postulación, habría que discutirla, pero sirve para entendernos con respecto al sistema—, creo que en la Economía pasa exactamente lo mismo: hay un enmascaramiento de la situación, hay una codificación que no permite verlo en toda su magnitud.

Inmersos como estamos en la parte más dolorosa de la realidad cotidiana, que son los enfermos, el problema de la Economía está omnipresente entre nosotros, y las preguntas nos rondan y nos preocupan. En ese sentido, la relación entre la Salud y la Crisis Económica es tan obvia, que hasta Reagan probablemente esté de acuerdo; van a empezar las diferencias cuando nos preguntemos el por qué y qué medidas tomamos. Entre las tantas mentiras que el discurso hegemónico larga —y me refiero al conjunto de la población— y de alguna manera prende, está por ejemplo el famoso tema de los capitales que necesitamos para revertir la crisis: a lo mejor es cierto, a lo mejor se necesitan, pero en el discurso no aparece en ningún momento el capital que genera el trabajo y que nos roban en forma permanente. También cuando se habla de la crisis global o mundial, creo que se escamotea la verdad, porque en una crisis —y esto lo sabemos los trabajadores de la salud— nada se crea ni se destruye, todo se transforma; acá es evidente que la mayoría de la población argentina está en crisis, y que estamos padeciendo la crisis y que hasta sectores de la burguesía están en crisis, pero hay sectores que ganan con la crisis, y creo que esto es importante tenerlo en cuenta cuando uno analiza esta situación: los grupos transnacionales diversificados, se han enriquecido y siguen haciéndolo con la crisis. Respecto a la deuda —que es como el cáncer, donde se dicen incluso las mismas mentiras—, el sistema permite hablar hasta de la moratoria, pero se escamotea el hecho de que, aunque la deuda se pudiera pagar mágicamente, mientras siga el intercambio desigual, se reproduciría inmediatamente.

Tengo confianza de que en este panel, a pesar del poco tiempo que tenemos, iremos “arrimando” al conocimiento algunas certezas. Me gusta mucho un refrán chino que dice “Problema conocido, mitad resuelto”.

Los que pretendemos dejar de lado el viejo concepto de “profesional liberal”, y queremos pasar a ser “trabajadores”, con todo lo que eso implica, y más aún: queremos dejar de ser trabajadores de la enfermedad y pasar a ser trabajadores de la salud; nosotros, no queremos ser mas expectadores pagos de un drama injusto y repetido. Esta es la esencia de por qué acepté coordinar esta mesa, para poder empezar a discutir estas cuestiones esenciales.

La mecánica de la mesa es que habrá una exposición de 15 minutos de los panelistas, y después ustedes podrán hacer preguntas. Falta uno de los panelistas, que es Carlos Abalo.

Dr. Teubal: — Intentaré dar una perspectiva crítica sobre la crisis económica actual, como marco más global para tratar de entender los problemas de la salud.

Creo que existe la tendencia a considerar los fenómenos económicos —entre ellos la crisis económica— como algo inevitable e imposible de afrontar; como si la economía se rigiera por leyes propias, que no tienen nada que ver con las aspiraciones populares ni con la sociedad. Esta idea de las leyes de la economía, que parecen tan difíciles de entender y otras veces tan simples, de alguna manera impiden que se piense en términos alternativos respecto de la política económica corriente. Es en este área donde ha hecho estragos cierto posibilismo: por eso se dice en muchos círculos oficiales que no existen alternativas a la política económica actual, que nadie tiene un proyecto alternativo serio y viable, etc. La economía, tal como se la considera cotidianamente, en cierto sentido se ha vuelto un dogma: se repiten continuamente los mismos diagnósticos, se presenta siempre la misma medicina; pero esta medicina genera una profundización de la enfermedad, y caemos en una profundización de la crisis que padecemos. Entre los cánones que se repiten habitualmente está el que dice que es el Estado, el déficit fiscal, el que tiene toda la culpa del proceso inflacionario y de la crisis económica; que existe un excesivo gasto público improductivo, que el Estado está sobredimensionado, etc.; por eso lo que hay que hacer es aumentar las tarifas públicas, reducir el gasto público, reducir la inversión. Pero todas estas reducciones de inversión —incluso de inversiones básicas como son salud, educación, vivienda, alimentación—coadyuva a profundizar la crisis.

Ahora, más allá de la perspectiva corto-placista, se plantean una nueva etapa en el modelo que se viene impulsando: hay que privatizar, desregular y abrir la economía al exterior. Estos son los nuevos cambios estructurales que se plantean para la economía y la sociedad, dentro de un neoliberalismo económico monetarista, que se ha vuelto moda a escala mundial.

Voy a plantear una hipótesis crítica, que no creo descabellada: que gran parte de esta crisis económica actual es fruto de esta política económica, de las prioridades o valoraciones sociales que ella supone. En la política económica hay una escala de prioridades: primero, pagar la deuda, o los intereses de la deuda, o sea, portarse bien con el exterior, y luego están distintas maneras de ver cómo se resuelven las necesidades básicas de la sociedad: la salud, la vivienda, la alimentación, la educación. Es inevitable que, dentro de este contexto, estas necesidades quedan rezagadas: después de pagar los intereses de la deuda, después de realizar los ajustes para que las cuentas cierren, recién entonces se puede pensar en las necesidades básicas de la población. Pero habría que preguntarse previamente, cómo llegamos a esta situación actual, cuáles fueron los factores que determinaron que llegáramos a esta situación. Se dice corrientemente que el Estado está fundido; pero, ¿por qué se fundió el Estado? Por qué, si está fundido el Estado, se siguen pagando 4 mil millones de dólares en concepto de deuda externa, que representa como el 5% del producto bruto nacional, o sea, de todo lo que se pro-

duce en el curso del año; esto representa a su vez como el 50% de las exportaciones, y es mucho más de lo que fue el superávit de la balanza comercial del último año, o sea, la diferencia entre importaciones y exportaciones. Se exportó más de lo que se importó, pero lo que se pagó en intereses fue mucho mayor que ese saldo positivo. Creo que es cierto lo que se dice habitualmente: que no hay plata para pagar a los docentes, a los enfermeros, a los científicos; pero sí parecería que hay plata para pagar los intereses de la deuda externa. Es un problema político, si se quiere. Por otra parte, se aceptan una serie de condicionamientos sobre la política económica para poder acceder a nuevos préstamos y conseguir la llamada "plata fresca", que se utiliza casi íntegramente para pagar la deuda vieja; entonces es un círculo vicioso que no termina nunca. Todo el mundo sabe que, en última instancia, la deuda es impagable. En muchos círculos del gobierno se reconoce que la situación por la que atraviesa nuestro país y Latinoamérica en general, es absurda; que además de la fuga de capitales, hay una transferencia neta de recursos a los centros financieros internacionales, transferencia que es mucho mayor a los nuevos ingresos que percibe Latinoamérica en su conjunto. Se trata del tan mentado Plan Marshall al revés, según el cual América Latina, crecientemente empobrecida, financia el creciente déficit fiscal de los Estados Unidos; como consecuencia, tanto en nuestro país como en muchos otros, caen las inversiones públicas de todo tipo, no sólo en obras de infraestructura económica sino también las inversiones en bienestar social.

Si se reconoce esto, por qué no se actúa en consecuencia? Por qué no se modifican los fundamentos de la política económica o al menos se intenta limitar sus consecuencias más nefastas? Quisiera relacionar estos condicionamientos que impone la deuda externa, con la crisis actual. Por una parte tenemos la transferencia de recursos que se realiza cada año, y por otra la política económica más global, que se impone al país como consecuencia de la deuda externa, ya que, para poder seguir consiguiendo nuevos préstamos, el país debe aceptar los condicionamientos del FMI, y todo esto impulsa una creciente crisis. Veamos un poco el tan mentado déficit fiscal del gobierno y de las empresas públicas, y recordemos ciertos aspectos de su origen. Hubo un determinado momento durante el Proceso Militar, en que se endeudó significativamente a las Empresas Públicas y al Estado —fue allá por el año '81—, para conseguir divisas para financiar la fuga de capitales que se avizoraba cuando la "tablita" cambiaría de Martínez de Hoz hacía agua; era un momento en que todo el mundo esperaba una devaluación importante, y se sacaba el dinero fuera del país, pero no existían divisas suficientes como para financiar esta fuga de capitales; entonces, fue allí donde se endeudó significativamente el sector público, tanto las empresas como el gobierno central. Gran parte de estas empresas quedaron con esa deuda financiera, que no se utilizó para renovar equipos ni para mejorar servicios largamente progra-

mados, sino para financiar la fuga de capitales de las grandes empresas nacionales y extranjeras, que eran —según los datos que aparecieron publicados— los principales deudores de la deuda externa. Y posteriormente, gran parte de la deuda privada, mediante diversos artilugios, fue transferida al Estado —aquí no se discutió el tan mentado intervencionismo estatal— y desde entonces el país en su conjunto se hizo cargo de la deuda, y aparecen año tras año los denominados “ajustes” que el país tiene que soportar como para seguir pagando los intereses de esta deuda. Como contrapartida, vemos que, de los 55 mil millones de dólares de deuda que tiene el país —que representa el 70% del Producto Nacional—, se estima que existen 30 mil millones de dólares depositados en el exterior que pertenecen a nuestro país. Eso fue un punto de partida que tuvo un impacto significativo sobre la evolución futura del país y de las finanzas públicas y el déficit fiscal. Por otra parte, si el Estado está en quiebra, esto se debe en lo esencial a que a lo largo de estos años el gobierno se preocupó más en mantener la credibilidad externa que la interna —fue un ejemplo de buen comportamiento frente a los demás países del continente, según los círculos financieros internacionales—; negoció duramente plata fresca, tasas, spread, y otros negocios que surgieron en su momento; se evitó complicar al sistema financiero internacional en una moratoria como la de Brasil, y ni siquiera puso limitaciones al pago de los intereses en función de, por ejemplo, nivel de exportaciones, como en su momento realizó Perú. Lo que quiero señalar con esto, es que el problema tiene mucho que ver con quiénes se benefician y quiénes se perjudican con determinada política, qué actividades, a su vez, se van beneficiadas y perjudicadas con esa política. Cuando cayeron los precios internacionales de nuestros productos de exportación, eso incidió sobre las cuentas fiscales, y nuevamente se tuvo que recurrir a otros tipos de ingresos fiscales (aumento de tarifas públicas, de impuestos a los cigarrillos, etc.) para poder cuadrar las deudas. Como consecuencia de esto, se reinició el proceso inflacionario y se ahondó la crisis que sufrimos en la actualidad. Estos son elementos del marco más general de la situación de crisis que vivimos, y es evidente que influye sobre el deterioro creciente de las condiciones de vida de la población y de su acceso a la salud, a la educación, a la vivienda. Simplemente quería señalarlos para ayudar a promover el debate en torno a estos temas.

Dr. Katz: — Creo que es importante que en el medio de la crisis que está viviendo el mercado de la salud en la República Argentina, esta casa se plantee por primera vez seriamente debatir el problema. Voy a tratar de explicar en el curso de mi intervención, por qué creo que esta es la peor crisis que ha sufrido el mercado de la salud en la historia de nuestro país; de allí la importancia que le otorgo al hecho que el grupo de gente joven de esta casa realmente quiera abrir un debate amplio y generalizado sobre las circunstancias presentes.

Me encantaría hablar de economía política, y agregar una cantidad de cosas al planteo que Miguel nos hace de determinantes macroeconómicos de la crisis, pero si lo hiciera sería quizá defraudarlos a ustedes que en realidad vienen a hablar del campo de la salud y no de la economía política; simplemente puntualizaré algunos agregados, ya que básicamente estoy de acuerdo con el planteo que hace Miguel. Yo acotaría que su visión mira particularmente el escenario doméstico, y creo que sería necesario agregar a ese diagnóstico el dato de que Argentina tiene hoy los peores precios internacionales de los últimos 30 años, con lo cual se ha visto obligada a reducir las retenciones que se le aplicaron prácticamente a través de todas las últimas décadas al sector agropecuario para financiar parte de los gastos del sector público, para así compensar la caída de los precios internacionales; entonces, una parte del déficit fiscal es producto también de que la comunidad como un todo se está haciendo cargo de que nuestro sector agropecuario no pierda participación en la distribución del ingreso, como hubiera ocurrido si aquí hubiera funcionado un sistema de patrón-oro, como ocurrió en la primera parte de nuestra formación institucional.

El otro tema que también agrega mucho al déficit fiscal, es algo que a ustedes les atañe muy directamente; que el sistema previsional en la República Argentina, que históricamente tenía saldos positivos y aportaba como un recaudador neto para las finanzas del Estado, por motivos que hacen a la creciente participación relativa de la población pasiva en la sociedad argentina, ha pasado a ser un retirador neto de fondos del sector público, con lo cual agrega nafta al incendio del déficit fiscal. El tema de las provincias, y el hecho de que el pacto federal de esta sociedad ha permitido que se viva en un marco de política macroeconómica nacional que a veces plantea toda clase de antagonismos con los marcos provinciales, y que entonces el Estado Federal termina financiando programas de absorción ocupacional de determinadas provincias.

En fin, hay una lista muy larga de elementos que se le agregan a la discusión del déficit fiscal, que como economista me hubiera gustado plantear, pero que no lo voy a hacer simplemente porque quiero hablar de otro tema.

Admitimos que hay una crisis de financiamiento del sector público, originada en todas estas cosas que planteaba Miguel y a lo cual agregaría estos puntos precedentes. Estando el presupuesto público en esta crisis de desfinanciamiento creciente, cada uno de los sectores sociales que históricamente dependen del presupuesto público, tienen su propia problemática de crisis. Hoy nos vamos a dedicar a mirar la problemática del sector de salud en particular.

La primera afirmación que quiero hacer es que, a medida que va creciendo el desfinanciamiento de todo el sector salud, la puja distributiva que se genera entre los distintos mercados que intervienen en la prestación de los servicios de salud, es lo que va condicionando la organización social que la medicina tiene en la

República Argentina. Es decir, que ella cada vez tiene menos de respuesta a las necesidades reales de la gente, y cada vez tiene más de reflejo la puja distributiva entre los distintos efectores que están detrás. Dicho de otra manera, el 70 u 80% del gasto global que hace esta sociedad en salud, que son unos 5.200 millones de dólares (estamos hablando de unos US\$ 180 por habitante por año, más o menos), se divide entre tres grandes grupos de prestadores de servicios: los médicos (ya sea que trabajen en el sector público o privado), las clínicas y sanatorios privados, y los laboratorios farmacéuticos. Con los datos del I.N.O.S. de los últimos meses —ya que no hay datos del sector privado como para comparar—, vemos que el sector médico se lleva el 28%, las clínicas y sanatorios privados, el 22% y los laboratorios farmacéuticos el 30% aproximadamente; cuando sumo esto, tengo el 80% del total.

A medida que la torta se va haciendo relativamente más chica en relación a lo que es el costo de la medicina —que va creciendo por la aparatología, la complejidad, las drogas nuevas, etc.—, y en la medida en que el Estado va teniendo cada vez menos capacidad regulatoria —estamos presenciando un creciente desdibujamiento de la capacidad regulatoria del Estado—, la puja distributiva entre médicos, clínicas privadas y laboratorios farmacéuticos, para ver qué porción se lleva cada uno, es lo que me va determinando la organización social que la medicina va adquiriendo en el mercado doméstico, más que lo que podrían determinar las necesidades reales de la gente. Frente a esta imposibilidad del sector público de normatizar, de acreditar agentes y decir estrictamente qué es lo que quiere como servicio médico prestado a la comunidad, son los mercados los que van generando la atención médica que la gente recibe; y entonces, lo que estos mercados van produciendo gradualmente, son distintos tipos de prácticas restrictivas, de formas en que cada uno de estos prestadores pelea la distribución del ingreso. Cuánto se consume de consulta ambulatoria? Cuánto se consume de días de internación? Cuánto se consume de prácticas quirúrgicas? Cuánto se consume de fármacos? Cuánto se consume de diagnóstico por imágenes? Todo ello no será estricta respuesta a la condición clínica del enfermo, sino a cómo cada efector decide pelear la distribución del ingreso. Y entonces encontramos que en cada uno de los tres mercados se van produciendo formas de comportamiento, conductas, prácticas restrictivas, que no obedecen a lo que la gente necesita, sino a lo que el efector decide hacer para no perder terreno en esta puja por la participación que le toca de la torta. Así, si un médico está por cobrar A 10 por una consulta ambulatoria, decide que tendrá que ver varias veces al paciente, en 5 ó 6 consultas ambulatorias, para reunir en 5 visitas de 5 minutos cada una, lo que en conjunto tendría que haber captado por una consulta clínica bien hecha, de media hora o de 45 minutos; pero, claro, para citarlo por segunda o por tercera vez, tiene que pedir diagnóstico por imágenes, tiene que pedir bioquímica, tiene que

sobre-consumir en una cantidad de elementos que hacen a la prestación del servicio. Cuando una clínica decide tener tantos días de estadía para una apendicitis, o decide tal tasa de cesáreas para los partos, o decide tal género de imputación en materias de placa radiológicas, etc., lo que en verdad está haciendo es recrear, en base a su conducta prestacional, la forma como decide pelear la distribución del ingreso. Lo mismo pasa con los fármacos: cuando un laboratorio discontinúa un producto farmacéutico donde se ha perdido, por el control de precios, el margen de rentabilidad del producto, y lo reemplaza por el mismo producto con "R" o "forte" o "Vitamina B-12", pero con precios dos veces arriba, lo único que está haciendo, es recreando una práctica restrictiva, con la cual pelea la distribución del ingreso.

El segundo punto que quisiera marcar es que esto no se resuelve dejando que el mercado regule, porque el mercado no regula. Entonces, cómo llego yo, desde esta situación en la que estoy hoy, con un Estado crecientemente desdibujado, incapaz de normatizar, de acreditar efectores y de controlar ex-post la gestión. No puedo irme a la receta liberal que dice que simplemente desregulemos el sector de servicios y dejemos que cada cual reciba lo que puede pagar. Esto es atentatorio a la equidad distributiva, en un marco donde un 30% de la sociedad doméstica simplemente no puede pagar la atención médica. Estamos en una situación muy curiosa, donde un 60 ó 70% de la comunidad recibe sobreprestación en atención ambulatoria, en internación, en fármacos, y un 30% de la sociedad no tiene acceso ni a la atención ambulatoria, ni a la internación, ni al farma.

Es una situación muy curiosa de inequidad distributiva, que considero que el mercado no corrige; el mercado lo que va a hacer es seguir acentuando esta inequidad distributiva, donde cada quien va a terminar recibiendo lo que pueda pagar.

En este marco, se confrontan estos tres grandes grupos prestadores (médicos, clínicas y sanatorios, laboratorios farmacéuticos), cada uno de los cuales a su vez está representado por grandes grupos corporativos que defienden sus intereses (COMRA, COMFECLISA, CILFA). Estos 3 grandes grupos negocian con otro gran grupo corporativo que es el INOS, conjunto de obras sociales donde se cubre aproximadamente un 70% de la sociedad local (dado el tema de la doble cobertura podría ser un poco menos —el 65 ó 67%—, pero siempre un poco más de los dos tercios de la sociedad local). Entramos aquí en un complejo tema de tipo político, asociado a la particular relación que el Estado político ha tenido con el movimiento sindical, en el marco de la historia política de la República Argentina desde los años '40 hasta este momento.

El sistema de obras sociales alberga a su interior una profunda inequidad distributiva. Es un sistema donde algunas obras sociales brindan servicios por 180 a 200 dólares a sus beneficiarios por año, y otras obras sociales brindan servicios

por 20 ó 30 dólares a sus beneficiarios anualmente; hay una profunda divergencia en cantidad y calidad en lo que cada una de las 350 obras sociales que tenemos brindan. No estoy discutiendo acá el problema de la propiedad de las obras sociales —que es como se lo quiere ver en el marco del debate político— sino de qué manera esta sociedad se las ingenia para resolver la inequidad distributiva existente en el interior del sistema, quien quiera que sea su dueño (si es el Estado, como quería Aldo Neri, o si es el sistema gremial, como quiere el aparato gremial).

Aquí empezamos a darnos cuenta que en el marco de las obras sociales hay un tema muy complejo que es el de la solidaridad revertida: las obras sociales de menos ingresos, que no pueden brindar a sus beneficiarios cobertura en cantidad y calidad, terminan trasvasando su gente al hospital público, y de alguna manera subsidiando a las obras sociales más ricas, porque a pesar de atender a su gente en el hospital público, igual contribuyen al Fondo de Redistribución del INOS. De esta manera, tiran su demanda hacia el efector público —el cual está claramente desfinanciado y no puede hacer frente a este subsidio a las obras sociales más pobres— y derivan sus recursos hacia el Fondo de Redistribución, que financiará a las obras sociales más ricas. Por eso digo que tenemos un sistema de solidaridad revertida, que en lugar de subsidiar hacia abajo subsidia hacia arriba.

Esta problemática, junto con la de los tres mercados que hablábamos al principio, lo único que están diciendo es que este modelo no se puede regular sólo, y necesita un aparato regulatorio que lo maneje. Esto significa un grave problema de tipo político para la sociedad argentina, porque en realidad lo que está discutiéndose en nuestro país contemporáneamente, no es cómo modificar la organización social de estos mercados prestadores, sino quién paga el déficit que tiene la totalidad del sistema. Fíjense que cuando se trata el Seguro Nacional de Salud, lo único que se está discutiendo es quién se va a apropiarse de los 400 millones de dólares más que le vamos a meter al sistema como incremento de financiamiento; pero nadie se pregunta cuál es la organización de los mercados que va a terminar apropiándose de estos 400 millones de dólares incrementales una vez metidos en el sistema, ya que nadie está cuestionando la organización actual de los mercados. Y hasta que no nos sentemos a cuestionar las prácticas restrictivas sobre las cuales está organizado cada uno de los mercados, vamos a seguir discutiendo cómo emparchar el déficit, pero no cómo cambiar el sobre-consumo de ambulatorios, de internación, de farma, etc. Se trata de ver cómo recomponemos la organización de estos mercados prestadores para bajar y llevar a niveles realistas de consumo, en función de lo que la gente necesita efectivamente. Observemos que cuando algunos de los mercados prestadores reacciona —el ejemplo típico es el caso de la COMRA cuando habla del Formulario Terapéutico Nacional—, lo que dice es: bajemos los ingresos de otro sector prestador para

El problema entonces, es cómo se rearticulan los distintos grupos sociales internamente y también internacionalmente, ya que una rearticulación interna de grupos sociales, también significa una rearticulación internacional del país en los circuitos donde se realiza esta articulación. Cuando se repite en las plazas públicas que no hay que pagar la deuda, o cuando el gobierno dice que sí hay que pagarla, eso significa en cada caso, una forma específica de rearticulación. No pagar la deuda tiene consecuencias sobre cómo nos vamos a reinsertar internacionalmente frente a los mercados en el terreno económico, o en otro tipo de relaciones internacionales.

Estos son los problemas que, a mi modo de ver, plantea la situación de crisis. Coincido con Jorge Katz que los mecanismos de financiamiento organizan subsectorialmente al sector; creo que las formas de financiar son las que determinan esta organización. No estoy tan seguro en hablar tan enfáticamente de los distintos mercados, porque la idea de mercado —y aquí me meto posiblemente en la boca del león— en el caso de la salud, no existe, ni siquiera para aquellos pacientes que van a un consultorio privado y pagan la consulta. Digo que no existe un mercado, porque no es un mercado en el sentido de los alimentos, por ejemplo, donde uno va y compra, y sabe lo que compra y sabe qué satisfacción va a obtener de eso que compra; pero los que van a un consultorio y piden atención médica, no saben lo que están demandando ni para qué sirve; el que sabe es el médico, que es el que indica la consulta, el que indica qué es lo que tiene que comprar.

Acá se producen todas las distorsiones del mundo, y yo no llamaría a este un mercado, lo llamaría posiblemente de alguna fea manera. Mi posición, desde el punto de vista de un médico que mira con cierta atención estos problemas, es pensar el problema de la crisis, no como un problema del sector salud; creo que no hay una crisis autónoma, original, propia del sector salud; toda crisis es una crisis de la sociedad global, es una crisis de Estado, en el sentido de que había una forma de articulación que cesó de tener vigencia y entonces la crisis es la señal de que hay que buscar una nueva forma de articulación que permita seguir funcionando. Y ese proceso a veces se resuelve con cierta rapidez, pero en general la forma de resolución de la crisis implica un período bastante prolongado —sobre todo en los países subdesarrollados como el nuestro—, que demora cierto tiempo en lograr que estos fenómenos se resuelvan. Porque no se resuelven buscando nuevas fuentes de financiamiento ni estableciendo mecanismos de regulación simplemente, sino a través de estos procesos de rearticulación de grupos sociales, en un Estado que va a cambiar sus características y a adquirir una nueva significación tanto interna como externamente. Esto va a tener obvias repercusiones sobre el sector salud, que se van a expresar en muchos de los terrenos que se están debatiendo aquí.

Dr. Ferrer: — Yo voy a hacer algunas referencias sobre el tema de la crisis económica y el contexto dentro del cual se desenvuelve el sector salud.

Argentina cerró una etapa histórica de su desarrollo en 1930 con un modelo que tuvo su viabilidad y en el cual hubo un consenso social que lo sostenía, e inició otro camino, el de la industrialización, pero no logró en definitiva armar un conjunto de ideas sustentadas en un consenso político básico de la sociedad para sostener un proceso de acumulación, de cambio tecnológico, de comercio exterior.

A este país que todavía no había resuelto estos dilemas fundamentales, y que para colmo en el plano político vivió turbulencias extraordinarias, se le impone ahora enfrentarse con los nuevos desafíos de un deterioro económico profundo, de la pérdida de control de la situación inmediata. Y creo que este es el gran desafío que tiene la democracia hoy en la Argentina.

Una de las cosas muy malas que nos pasaron en la experiencia previa a 1983, fue la violación de las normas de convivencia de una sociedad civilizada, y creo que ahí la sociedad argentina y el sistema político respondieron bien; los argentinos en los últimos 5 años demostramos una lucidez y una capacidad de resolver dilemas en el plano político, que habían sido muy graves y extremadamente dolorosos, con sensatez; hay un nivel de diálogo, de convivencia, de debate que es obvio en toda sociedad pluralista y democrática. Pero nos quedan estos dilemas históricos acerca de qué tipo de país es posible, qué modelo de crecimiento es viable, qué sistema de acumulación, cómo hacemos para participar en la revolución tecnológica, y esto es lo que la democracia todavía no ha encontrado una respuesta, ni ha logrado generar un conjunto de reflexiones y de ideas básicas y de consenso para encontrar un camino viable a nuestro desarrollo.

Cuando se dice que no hay planes alternativos frente a esta situación, creo que esto no es cierto. Hacen falta ideas alternativas que ciertamente tienen que nutrirse de estos dilemas no resueltos, y generar —a partir de la reflexión sobre nuestra experiencia histórica, de la situación internacional, de la posición posible del país en el mundo— un conjunto de respuestas que tengan mayor validez.

Todo esto naturalmente tiene mucha importancia para el sector salud. Katz nos explicó muy claramente que el estancamiento y hasta la restricción del gasto por habitante en materia de salud, genera tensiones distributivas dentro del sector. Ciertamente, si el ingreso por cápita fuera 50% más alto de lo que es, si no se hubieran producido las calamidades que soportamos, podríamos decir que en vez de tener 180 dólares por habitante, podríamos tener casi 300, entonces las tensiones del sistema serían probablemente menores. No hay duda que es más fácil resolver los problemas dentro del marco del crecimiento que el estancamiento. Lo que pase con el sector salud va a estar respondiendo a qué es lo que pase con la economía argentina, qué capacidad tengamos los argentinos de reasumir el co-

mando de nuestros problemas, de poner la casa en orden, de derrotar la inflación, de movilizar recursos, de crecer.

La última conclusión que quiero sacar es algo que ya se ha dicho acá: que aún en este contexto, hay un problema de uso de recursos ya disponibles en el sector, que da lugar a una serie de transformaciones posibles que permitan aprovechar mejor este recurso humano tan valioso que está dedicado al sector salud y que seguramente está muy mal aprovechado. Creo que hay mucho que hacer a nivel de la reorganización sectorial, y sería negativo esperar que el sector salud mejore cuando el país resuelva sus dilemas históricos, vuelva a crecer, aumente el producto per cápita, se pare la inflación, resolvamos el problema de la deuda externa. Todas estas cosas las vamos a ir haciendo, porque cabe esperar que la democracia vaya dando respuestas más lúcidas en el plano económico, como las ha dado en el plano político. Pero a nivel de cada sector, en este contexto, se pueden ir haciendo cosas y en el sector salud se pueden hacer probablemente muchas cosas. Recuerdo lo que contó el Dr. Quirno Costa en las Jornadas del año pasado acerca de las cosas que se estaban haciendo en Neuquén con el tema de la Atención Primaria, y entiendo que hay otras provincias donde también demuestran cómo con imaginación, capacidad organizativa, voluntad de cambio y respaldo político, es posible hacer muchas cosas.

Creo que los que trabajan en la salud y todos los argentinos en general, estamos frente a un cuadro de situación complejo, que requiere respuestas válidas, que no hemos sabido dar hasta ahora. Aún en ese contexto, a nivel de cada sector, es posible encontrar respuestas que vayan contribuyendo a poner el país en marcha.

Dr. Barri: — Hacer una síntesis de la amplitud de los temas que se han abordado es sumamente difícil, pero me parece importante destacar algunas cuestiones.

Creo que a ese ejemplo tan lindo que dio Mario de la descripción de los ideogramas de lo que es la crisis, hemos avanzado fundamentalmente sobre el ideograma del caos, no sobre el ideograma de la oportunidad ni de la creación. Y acá los trabajadores de la salud —o los que pretendemos serlo— debemos plantear algunas cuestiones. Se ha estado hablando del caos del sector de la atención médica; eso no es la salud en su totalidad. En un trabajo de Menéndez que publicamos en la revista *Salud y Sociedad*, él menciona que en una encuesta que se hizo en núcleos poblacionales humildes, ante las preguntas acerca de qué eran los problemas que vivenciaban con más fuerza, decían: el trabajo, el dinero, la alimentación, la vivienda; estas eran las carencias. Para una lectura hecha desde el modelo médico hegemónico, podría parecer que no se interesan en los problemas de salud-enfermedad, y es exactamente al revés, porque en esos temas que ellos marcaban como prioritarios, está el origen y la causalidad de las enfermedades.

Creo que debemos ir desmontando el sistema, que parece apuntar a que la crisis afecta al sector de la atención médica, y no a la remoción de la causalidad, y donde, tal como se mencionó en la mesa, dejarían de tener sentido una serie de cuestiones de la atención médica. De todos modos, no es necesario ir a la encuesta de Menéndez, sino mirar un poco en el pueblo, o generar una práctica en el pueblo.

La contradicción principal de la atención primaria, es precisamente si es primaria o primitiva, como ha dicho Mario en alguna oportunidad. El tema pasa por qué nivel de participación real tiene la población, y dónde participa realmente, el orden de prioridades que establece nuestro pueblo, es precisamente el de la remoción de los causales, pidiendo también después una atención digna de sus problemas de enfermedad, porque por un largo tiempo van a seguir existiendo. Yo creo que esto es lo importante. Suele ocurrir, que en los ambientes que pueden discutir la crisis con elementos, es tan apabullante la descripción del caos, tan lleno de vericuetos y de papeles que a veces confunden a la realidad, que terminan generando la aceptación de cierto escepticismo de que por lo menos esto va a la larga. Yo creo que hay que mirar también al sector de la población, porque está generando, a partir de estos últimos años, formas de rearticulación, formas de reconstrucción del tejido social dañado y casi destruido. En definitiva, es importante empezar a ver qué modelo de país queremos, y ahí solo va a salir qué modelo de salud: si el que nos quieren imponer con los condicionamientos o el que nuestro pueblo decide.

Público: — El directo no-pago de la deuda externa, ¿nos permitiría vivir con lo nuestro? ¿No sería una oportunidad para salir de la crisis?

Dr. Ferrer: — Con el tema de la deuda ha surgido una deformación en el tratamiento de los problemas económicos de Argentina y del resto de América Latina. En el curso de esta década, prácticamente todo el debate ha girado en torno de la cuestión de la deuda y de las alternativas de aceptación de las condiciones de la comunidad financiera internacional y de los bancos acreedores, o de rechazo de esas condiciones con suspensión de los pagos o moratorias unilaterales. Esto no ha sido bueno, porque nos ha hecho perder perspectiva del cuadro de situación global en el cual la deuda es un aspecto importante pero no el único. Incluso podríamos decir que si en este momento desapareciera la deuda externa de Argentina y de América Latina, subsistirían una serie de problemas muy serios en la salud y en muchos otros campos de la realidad social y política del país. Por eso, la cuestión de la deuda hay que ponerla en un contexto amplio, de replanteo de una estrategia de crecimiento, de planteo de la inserción internacional del país, de puesta en orden de la situación. Es muy difícil hacer una política

fuerte frente a los acreedores, de defensa firme de los intereses del país, con una inflación mensual del 15%, con un Estado desequilibrado, con un país que no logra un consenso básico sobre su rumbo económico. De tal manera, opino que la forma de manejo de la deuda es más bien una cuestión táctica, y lo importante es definir las cosas elementales y previas que encuadran el tema de la deuda. Y en la medida que seamos capaces de hacer todo eso, será posible un planteo más firme en la cuestión de la deuda, que puede pasar por ejemplo por la colocación de un límite en la transferencia, la no aceptación de ciertas condicionalidades. Y observar esta respuesta, naturalmente, en un contexto internacional fluido, en el cual se están produciendo ciertos cambios que podrían permitir actitudes más firmes de parte de América Latina y de nuestro país, en la medida en que fuéramos capaces de fortalecer la situación interna. En otros términos, me parece difícil hacer planteos firmes en materia de deuda en el marco de una situación global desordenada.

Público: — El Dr. Katz habló de una distribución del ingreso en los 3 sectores (los médicos, las clínicas y sanatorios y los laboratorios), ¿podría darnos algunos datos acerca de la distribución de los recursos al interior de lo que denomina el sector médico? ¿Por qué medio se opera? Y en qué se gasta el 20% restante. ¿Podría explicar mejor el concepto de mercado de trabajo?

Dr. Katz: —El 20% es un paquete de gastos que incluye otros grupos prestadores: bioquímicos, kinesiólogos, dentistas, etc., cada uno de los cuales tiene a su vez organizaciones corporativas como tiene el grupo médico. Y lo que también está dentro del 20% es la administración del sistema: los costos de salarios de la administración del sistema.

En cuanto a la distribución del ingreso en el mercado médico, vale la pena que les dé algunos números que seguramente a ustedes les van a interesar. Argentina tiene aproximadamente 70.000 médicos, esto es: 1 médico cada 420/430 personas; es una relación mayor que en muchos países europeos, en cuanto a la densidad de médicos. Una ciudad como La Plata tiene 150 habitantes por médico; un partido como Moreno tiene 2.500 habitantes por médico, y muchas zonas del Chaco y de Salta tienen 5.000 habitantes por médico. Es decir que la distribución espacial de los médicos es bastante compleja y deficitaria, y reafirma esto el exceso de oferta en algunos planos de la estructura social y de demanda insatisfecha en otros planes de esa misma estructura. Esto es muy importante, porque cuando uno imagina políticas públicas para operar sobre esta realidad, se podría pensar por ejemplo en imponer condiciones de ejercicio de la medicina, y que nadie pueda ejercer en Buenos Aires si no ejerció dos años en Formosa o en

Creo que debemos ir desmontando el sistema, que parece apuntar a que la crisis afecta al sector de la atención médica, y no a la remoción de la causalidad, y donde, tal como se mencionó en la mesa, dejarían de tener sentido una serie de cuestiones de la atención médica. De todos modos, no es necesario ir a la encuesta de Menéndez, sino mirar un poco en el pueblo, o generar una práctica en el pueblo.

La contradicción principal de la atención primaria, es precisamente si es primaria o primitiva, como ha dicho Mario en alguna oportunidad. El tema pasa por qué nivel de participación real tiene la población, y dónde participa realmente, el orden de prioridades que establece nuestro pueblo, es precisamente el de la remoción de los causales, pidiendo también después una atención digna de sus problemas de enfermedad, porque por un largo tiempo van a seguir existiendo. Yo creo que esto es lo importante. Suele ocurrir, que en los ambientes que pueden discutir la crisis con elementos, es tan apabullante la descripción del caos, tan lleno de vericuetos y de papeles que a veces confunden a la realidad, que terminan generando la aceptación de cierto escepticismo de que por lo menos esto va a la larga. Yo creo que hay que mirar también al sector de la población, porque está generando, a partir de estos últimos años, formas de rearticulación, formas de reconstrucción del tejido social dañado y casi destruido. En definitiva, es importante empezar a ver qué modelo de país queremos, y ahí solo va a salir qué modelo de salud: si el que nos quieren imponer con los condicionamientos o el que nuestro pueblo decide.

Público: — El directo no-pago de la deuda externa, ¿nos permitiría vivir con lo nuestro? ¿No sería una oportunidad para salir de la crisis?

Dr. Ferrer: — Con el tema de la deuda ha surgido una deformación en el tratamiento de los problemas económicos de Argentina y del resto de América Latina. En el curso de esta década, prácticamente todo el debate ha girado en torno de la cuestión de la deuda y de las alternativas de aceptación de las condiciones de la comunidad financiera internacional y de los bancos acreedores, o de rechazo de esas condiciones con suspensión de los pagos o moratorias unilaterales. Esto no ha sido bueno, porque nos ha hecho perder perspectiva del cuadro de situación global en el cual la deuda es un aspecto importante pero no el único. Incluso podríamos decir que si en este momento desapareciera la deuda externa de Argentina y de América Latina, subsistirían una serie de problemas muy serios en la salud y en muchos otros campos de la realidad social y política del país. Por eso, la cuestión de la deuda hay que ponerla en un contexto amplio, de replanteo de una estrategia de crecimiento, de planteo de la inserción internacional del país, de puesta en orden de la situación. Es muy difícil hacer una política

fuerte frente a los acreedores, de defensa firme de los intereses del país, con una inflación mensual del 15%, con un Estado desequilibrado, con un país que no logra un consenso básico sobre su rumbo económico. De tal manera, opino que la forma de manejo de la deuda es más bien una cuestión táctica, y lo importante es definir las cosas elementales y previas que encuadran el tema de la deuda. Y en la medida que seamos capaces de hacer todo eso, será posible un planteo más firme en la cuestión de la deuda, que puede pasar por ejemplo por la colocación de un límite en la transferencia, la no aceptación de ciertas condicionalidades. Y observar esta respuesta, naturalmente, en un contexto internacional fluido, en el cual se están produciendo ciertos cambios que podrían permitir actitudes más firmes de parte de América Latina y de nuestro país, en la medida en que fuéramos capaces de fortalecer la situación interna. En otros términos, me parece difícil hacer planteos firmes en materia de deuda en el marco de una situación global desordenada.

Público: — El Dr. Katz habló de una distribución del ingreso en los 3 sectores (los médicos, las clínicas y sanatorios y los laboratorios), ¿podría darnos algunos datos acerca de la distribución de los recursos al interior de lo que denomina el sector médico? ¿Por qué medio se opera? Y en qué se gasta el 20% restante. ¿Podría explicar mejor el concepto de mercado de trabajo?

Dr. Katz: —El 20% es un paquete de gastos que incluye otros grupos prestadores: bioquímicos, kinesiólogos, dentistas, etc., cada uno de los cuales tiene a su vez organizaciones corporativas como tiene el grupo médico. Y lo que también está dentro del 20% es la administración del sistema: los costos de salarios de la administración del sistema.

En cuanto a la distribución del ingreso en el mercado médico, vale la pena que les dé algunos números que seguramente a ustedes les van a interesar. Argentina tiene aproximadamente 70.000 médicos, esto es: 1 médico cada 420/430 personas; es una relación mayor que en muchos países europeos, en cuanto a la densidad de médicos. Una ciudad como La Plata tiene 150 habitantes por médico; un partido como Moreno tiene 2.500 habitantes por médico, y muchas zonas del Chaco y de Salta tienen 5.000 habitantes por médico. Es decir que la distribución espacial de los médicos es bastante compleja y deficitaria, y reafirma esto el exceso de oferta en algunos planos de la estructura social y de demanda insatisfecha en otros planes de esa misma estructura. Esto es muy importante, porque cuando uno imagina políticas públicas para operar sobre esta realidad, se podría pensar por ejemplo en imponer condiciones de ejercicio de la medicina, y que nadie pueda ejercer en Buenos Aires si no ejerció dos años en Formosa o en

la zona de los maticos. Esto lo hacen varios países no identificables en absoluto con el mundo socialista.

Pero estos números, que parecen ser serios, no son los graves. Los graves son los de la primera derivada: la tasa de movimiento; lo que les dí es un nivel absoluto, y lo grave es la tasa de cambio en el margen: Argentina gradúa 5.000 médicos por año; por lo tanto, para una población de 70.000 médicos, está graduando el 8% por año para una población que crece al 1,5%. En una proyección absolutamente irracional —que obviamente no va a funcionar así—, uno puede imaginarse que las dos curvas se cortan en el infinito y que somos todos médicos. Esto no va a ocurrir, pero desde ya que una sociedad cuya población crece al 1,5% y que gradúa médicos al 8%, tiene un problema en el medio. Y bienvenido que discuta ese problema, porque si lo que sigue haciendo es graduando 5.000 médicos por año, sin preguntarse a qué mercado médico van, está generando una hecatombe. Y bienvenido que discutamos este tema en esta casa, porque detrás de este tema hay temas como el ingreso irrestricto a la Facultad, la calidad en la formación de la gente, el tema de que si no los ubicamos en la Facultad —ingreso irrestricto mediante—, qué hacemos con los chicos de 18 años que no saben dónde ir a parar en la sociedad. En fin, hay una gama de preguntas que es absurdo barrerlas debajo de la alfombra, porque están ahí. Entonces, si en lugar de aparcar a los chicos en un garage a los 18 años, les dejamos hacer 5 años de Medicina, para que después entren al crítico funcionamiento del mercado médico para ganar 20 australes por una guardia, los estamos engañando. No digo que la solución sea eliminar el ingreso irrestricto, sino discutir este tema abiertamente y buscar opciones. Porque si no buscamos opciones igual estamos engañando a los chicos que les decimos que tienen ingreso irrestricto, porque los estamos arrojando a un mercado laboral en relación de dependencia en el cual no van a poder sobrevivir de aquí a 5 ó 10 años —más allá de los que tengan padres con clínicas u otros tipos de organización del trabajo en el cual se inserten relativamente fácil.

Es importante esta pregunta sobre la distribución del ingreso médico, porque los pocos datos que hay (el estudio de Carlos Bloch en Rosario, los datos de Mendoza y los datos de Córdoba), muestran una distribución brutalmente concentrada del ingreso dentro del mercado médico: en 1985, el 10% de arriba de la pirámide médica le facturaba más de u\$s 5.000 mensuales a la Seguridad Social; el 40% siguiente le facturaba u\$s 700 mensuales a la Seguridad Social; y el último 40% de abajo de la pirámide, le facturaba u\$s 100 mensuales. Entonces, cuál es la organización del mercado y del acto médico, ¿qué está detrás de esta pirámide de distribución del ingreso? El chico de abajo, es la ventanilla de ingreso al sistema —vía consulta ambulatoria—, que luego deriva hacia arriba, hacia una práctica especializada. El 60% de los médicos en la Argentina ejercen como especialistas, como mecanismo de diferenciación de producto, para lograr su incre-

mento de la participación relativa del ingreso, lo cual agrega las dificultades de la especialización y la responsabilidad diluída que hay en la interconsulta sobre quién manjea al enfermo. Esto está generando toda una organización del acto médico absolutamente indeseable, desde lo que sería una buena práctica médica.

El conflicto al interior del mercado médico, —de la puja entre especialistas y no especialistas, entre médicos jóvenes y médicos con más años de práctica— se reproduce en los otros mercados: también hay una puja al interior del mercado de clínicas y sanatorios, entre clínicas que trabajan con contratos cerrados y clínicas que no trabajan con contratos cerrados, entre clínicas que hacen cirugía y las que no; y también hay una puja distributiva al interior del mercado de farma, entre capital nacional y extranjero (actualmente, el 56% del mercado es capital nacional y el 44% del mercado es capital extranjero). Esto lleva a que en cada uno de los mercados haya a su vez, un escenario de conflicto interno, y que éste realmente la puja distributiva global, en un movimiento circular.

A ustedes les atañe particularmente el de los médicos. Y me parece de una importancia social inconmensurable, el que en este ámbito se pueda decir algo acerca de por qué graduamos 5.000 médicos por año y qué vamos a hacer con ellos los próximos 20 años.

Público: — Qué es más importante, ¿pagar la deuda externa de 50 mil millones de dólares, o pagar la deuda sanitaria de miles y miles de tuberculosos, desnutridos, etc.? ¿Es esto una falsa antinomia? El planteo de las causas de las crisis que ustedes mencionaron muestra que la misma está condicionada por factores que responden a intereses extranacionales; es obvio que los últimos gobiernos que tuvo la Argentina —incluido el actual— no han podido revertir esa situación. ¿Creen ustedes que eso se ha debido a la incapacidad para la administración, o por qué nuestros gobiernos han respondido a esos intereses extranacionales?

Dr. Teubal: — Anteriormente hice el planteo de que había un orden de prioridades —implícito o explícito— en la política económica, y que no estaba de acuerdo con ese orden.

Comparto plenamente lo que dijo Testa de la necesidad de pensar todo esto en términos de la necesidad de los diversos grupos sociales, y la posible articulación entre ellos para lograr una salida a la crisis. Creo que una de las razones por la cual se ha podido imponer la política económica de estos últimos años —o no se la ha podido revertir— es precisamente por esa profunda desarticulación social y sectorial que se ha generado en nuestra sociedad, y por la incapacidad de rearticular esa misma sociedad e impulsar realmente propuestas alternativas.

Efectivamente, no es un problema de los tecnócratas o de los economistas

—es demasiado serio como para ser considerado únicamente por ellos—. Por otra parte, hay un problema fundamental que subyace en todo esto, que es la distribución del ingreso. No es sólo el tema de la puja sectorial que se da en la economía y que se manifiesta en el proceso inflacionario, sino también el impacto que genera la crisis sobre la distribución del ingreso y sobre el empeoramiento de esa distribución, de modo tal que finalmente, para subsistir en determinados sectores o actividades, se orienten únicamente a sectores de medios y altos ingresos y dejan de lado continuamente los sectores de peores ingresos. O sea, más allá de la puja distributiva, creo que hay un problema de distribución del ingreso, y este es un problema socio-político, de representación y de poder, que se manifiesta en la sociedad.

No comparto la idea de cierto fatalismo que dejó entrever Katz al comienzo, cuando hacía referencia a mi exposición, planteando que esta es una de las peores crisis de los últimos 30 años. Es una de las peores crisis, pero hay que tener presente que tampoco se han tomado medidas para afrontar dicha crisis en lo sustancial. Esta es la primera vez que un gobierno democrático tiene estos índices de decrecimiento de la producción, especialmente de los salarios reales. Anteriormente a esta etapa democrática, existía en nuestro país un especie de ciclo económico-político: había períodos de recesiones bajo dictaduras militares, y venían los gobiernos democráticos y de alguna manera había períodos de expansión de diferentes tipos; este es el único período en que hemos tenido un estancamiento, e incluso una caída, del producto per cápita, y que los salarios reales, especialmente en el último año, han caído tremendamente. La situación de deterioro generalizado del país se manifiesta con esta agudeza. No quiero decir que otras épocas eran mejores, como dirían algunos.

Estoy de acuerdo en que uno tiene que establecer un orden de prioridades a nivel nacional, y debatirlas y ver, en función de eso, cuáles son las posibilidades. Creo que hay factores externos pero también internos que influyen sobre la política económica en términos generales; estos factores internos están interesados al menos en el mantenimiento de determinada situación. Entonces, en función de poder revertir la situación, es necesario no sólo poder articular una serie de grupos sociales de base, sino también tocar determinados intereses; y el gobierno no ha querido confrontación con esos factores de poder, y por eso se ha dejado llevar por las circunstancias, y el deterioro es en parte consecuencia de ello.

Dr. Katz:— Comparto casi totalmente el comentario de Teubalt, pero quisiera agregar algunas cosas. No hay un sólo número que acredite cuánto es realmente el estancamiento de la sociedad local. Hoy fabricamos aproximadamente 70 mil millones de dólares como producto bruto total, pero nadie sabe cuánto hay en negro (si son 15, 20 ó 30); y no lo sabemos porque eso no se puede medir fácil-

mente. Es decir, si el producto bruto nacional es 100 mil millones de dólares, a mí no me sorprendería, cuando 70 mil millones son los que están declarados en la cuenta nacional.

Comparto el diagnóstico de estancamiento. Pero sin embargo algo que parece una verdad a gritos, no lo es; hay un sector en la economía nacional que no está siendo medido y que está en negro: cuánto es, dónde está, quién lo apropia; cuánto se paga en ese sector en concepto de cargas sociales, de seguridad social, de impuestos, etc., no lo sabe nadie. En segundo lugar, respecto al impacto de lo transnacional, a mí me parece muy bien lo que dijo Michel. En 1981, nacionales de acá, giraron 25 mil millones de dólares al exterior, con el fin de la tablita. Realmente hay que pensarlo dos veces cuando se habla de esto de las grandes fuerzas transnacionales que nos están apretando el cogote, hay que pensarlo dos veces, porque estos miles de millones de dólares que salieron en 1981 y que se pusieron en bancos del exterior, son de residentes nacionales; y luego se trasladaron a deuda pública, se socializaron, y hoy son parte de nuestro déficit fiscal, en el marco de un discurso totalmente esquizofrénico (es muy fácil decir que hay déficit fiscal cuando ya se lo regalé al Estado; primero transferí la plata afuera y después socialicé la deuda). No digo que no exista la presión norteamericana, justamente la semana pasada estuvo una delegación de grupos americanos discutiendo propiedad industrial en la República Argentina, para forzar el patentamiento farmacéutico que Argentina no tiene. Claro que existe, y están presionando sobre México, y Brasil también.

Pero seamos realistas en nuestro diagnóstico; esto es una cosa mucho más compleja que simplemente poner el dedo y decir: aquél es el culpable. Hace 10 años, la participación extranjera en el producto bruto industrial argentino era 32%; hoy es 27%. En este sector manufacturero argentino se han ido la General Motors, la Citroen, la Olivetti; ha bajado la participación relativa del capital extranjero ha descendido, pero esto no quiere decir que tengamos menos dependencia del exterior. Hay que discutir muy a fondo estos conceptos, que a veces manejamos, porque son muy complejos y cuando uno rasca la superficie se encuentra con que la cosa es bastante más difícil de digerir. En el marco de esta situación han crecido espectacularmente de 6 a 10 grandes grupos de capitalismo doméstico, imbricados con el aparato del Estado y con el aparato militar (los Bidas, los Pérez Compans, los Garabaglio y Zorraquin), que han ganado mucho terreno en la estructura doméstica y que tienen posiciones de monopolio y de oligopolio en grandes mercados de la economía. Eso no es transnacional, eso es capitalismo doméstico, que además está creciendo más allá de que la participación relativa del sector salarial esté cayendo —como decía Michel— y yo acuerdo. Pero entonces, en el conjunto, lo que está pasando no se conoce bien; se está dando un brutal crecimiento de la heterogeneidad interna, donde hay un sector

moderno de la sociedad que está creciendo muy rápido, y un sector relativamente atrasado que está perdiendo terreno muy rápidamente. Pero este es un diagnóstico distinto a decir que esta es una sociedad estancada. En síntesis, esta es una sociedad que no sabe cuánto produce, porque un tercio lo tiene en negro, y en la cual grupos capitalistas domésticos están creciendo dentro del aparato, mientras se están redistribuyendo ingresos negativamente hacia abajo, y donde el capital extranjero ha perdido terreno. Esto es mucho más complicado que decir que la culpa la tiene el Chase Manhattan; porque esto es cierto, y ya se sabía, pero también es cierto que hay un montón de cambios internos en la estructura social argentina que no están diagnosticados.

Dr. Barri: — Comparto lo que decía Katz en el sentido de que lo nacional o lo extranjero, sean nacionales o cipayos, es la misma cosa; el tema es que ellos son evidentemente los beneficiarios de la crisis, y el pueblo es el que la está padeciendo. Los sectores medios tenemos que decidir de qué lado estamos, ¿no?

Dr. Ferrer: — La afirmación reciente de Katz de que no tenemos que buscar los chivos emisarios afuera, me parece realista. Y aquí rescataría lo que dijo Testa de los ideogramas chinos de la expresión crisis, como caos y simultáneamente como oportunidad. Este es un rasgo muy importante del sistema internacional contemporáneo. Está muy claro que la revolución tecnológica ha acercado a los países, la expansión de grandes grupos económicos, la transnacionalización de los mercados financieros, la expansión de la banca; es decir, este conjunto de elementos que ha llevado a establecer relaciones estrechas entre los países, y en algunos casos, relaciones muy negativas. Pero al mismo tiempo que se da este fenómeno de globalización de la economía mundial, se está produciendo un fenómeno de proliferación del poder, de multiplicación de agentes en el mercado mundial, y también una multiplicación de mercados, de países, de fuentes de tecnología, de fuentes de financiamiento; hay una concentración del poder a nivel mundial, mucho menor de la que había al final de la Segunda Guerra Mundial, cuando los Estados Unidos tenían una posición claramente hegemónica, y representaban alrededor aproximadamente el 50% de la producción mundial; hoy representan alrededor del 20%, y han surgido Japón, Alemania y otros países industriales, incluso estos fenómenos llamados “países de industrialización reciente” que han demostrado su capacidad de salir desde el atraso con ideas y formas nuevas de insertarse en el sistema internacional. Esto es lo característico del orden internacional: en definitiva, en este mundo de globalización, cada país elige la forma en que se inserta, y su modelo de crecimiento. Por eso es correcta la afirmación de Katz, en el sentido de que no tenemos que buscar como causa a nuestros males, una cierta conspiración internacional que nos somete a un deter-

minado orden de cosas, frente al cual no tenemos respuestas. Más bien, debemos observar que la forma en que nosotros nos insertamos en el sistema internacional, depende de la cohesión social del país, de la solidez de su sistema político, de la claridad de sus opciones económicas, de su capacidad de ordenamiento. Desgraciadamente, la experiencia argentina, de 1930 en adelante —y en la década del '70 mucho más—, no ha sido consistente con el fortalecimiento de la posición argentina, de la capacidad de administrar sus recursos y de insertarse en el sistema internacional. Y naturalmente que en este cuadro de desorden, de conflictos y de problemas, los factores externos se hacen extremadamente difíciles de manejar, más aún cuando la presión externa es muy fuerte. En definitiva, en este mundo que estamos viviendo, hay ciertas restricciones externas que están presentes (pero que las soportan también los Estados Unidos y la Unión Soviética), y depende de la capacidad de respuesta de cada sociedad, la forma en que se inserta en el mundo. De allí que la tesis de “vivir con lo nuestro”, es lo representativo del sistema internacional; la capacidad de un país de dar respuesta a este contrapunto entre un sistema global transnacionalizado y el hecho de que en definitiva el camino lo elige cada país en función de su propia capacidad endógena de transformación y de crecimiento. Y esta es la gran responsabilidad: en la medida en que seamos capaces de poner la casa en orden, de resolver nuestros dilemas históricos, y de crecer, podremos encontrar respuestas a estos problemas de la economía argentina.

Dr. Testa: — Creo que esto que decía ahora Ferrer y que mencionó antes Katz, lo que evidencia es esta necesidad de rearticulación. “Poner la casa en orden” quiere decir que tiene que haber una rearticulación de grupos sociales que lleguen a un cierto consenso frente a estos problemas. Pero esta rearticulación tiene algunos condicionamientos económicos, en el sentido que exigen la generación de un cierto nivel de excedente (la reactivación de la economía, etc.) y además una distribución relativamente igualitaria; y estas dos condiciones económicas no están siendo resueltas en el país, lo cual impone una dificultad adicional para lograr esta rearticulación.

Público: — De acuerdo con lo planteado por el Dr. Katz, existen recursos económicos aceptables para el sector salud (u\$s 180 por habitante/año), ¿qué alternativas se pueden suponer —dentro de la realidad argentina de hoy— que modifiquen las características del gasto y satisfagan las necesidades reales de salud y no la puja interna del mercado o de los subsectores del mismo? ¿Hay alguna diferencia entre el mercado médico y necesidad de médicos para la población?

Dr. Testa: — Con respecto a la primera pregunta, creo que efectivamente estos u\$s 180 no hace falta incrementarlos más —en realidad se podrían reducir— para prestar servicios adecuados, en la medida en que esto pudiera hacerse en base a ese ideal que se ha planteado tantas veces, que serían un sistema único de salud, donde se diera una organización como la que tantas veces se ha mencionado por parte de los sanitaristas (regionalizado, con puerta de entrada única, etc.) Así se podría resolver esta cuestión, pero para llevar a cabo eso hay que hacer una revolución. El problema es que nosotros no estamos en una situación revolucionaria ni nada que se le parezca, ni de lejos. De manera que no me parece que haya condiciones para modificar demasiado las características de este gasto; sobre todo cuando las propuestas que se hacen están destinadas a acentuar la puja distributiva, no a limitarla. En estas condiciones, la satisfacción de las necesidades reales de salud, se ve por lo menos cuestionada durante un tiempo. Me parece que los esfuerzos no pueden ser hechos para resolver el gran problema organizativo total de la salud, sino que tienen que ir siendo hechos para crear las condiciones del apoyo social (de la construcción social) que pueda dar el sustento necesario, para hacer que las sucesivas propuestas de aproximación a una solución, sean propuestas legítimas para la sociedad. Y acá hago una diferencia importante, entre una propuesta que sea socialmente legítima (es decir, que sea aprobada mayoritariamente por una alianza de distintos grupos sociales), y una solución que sea legalmente aceptable (y una ley no necesariamente es legítima, porque a veces no tiene el sustento necesario para que se cumpla). Por eso digo que nuestros países son muchas veces cementerios legislativos: la mayoría de las leyes no se cumplen.

El problema es entonces, la construcción de la legitimidad para las propuestas, y esto significa no tanto trabajar sobre la materialidad de la situación (los recursos), sino trabajar sobre los grupos sociales; es decir, ir construyendo estos espacios, estos actores y estos acuerdos sociales que permitan buscar estas respuestas. Respecto a la segunda pregunta, respecto al mercado médico y a la necesidad de médicos para la población, considero que son dos mercados (aunque insisto en no llamar a esto mercado, al menos como se lo considera clásicamente). Uno es el de la gente que demanda solución a sus problemas de salud —eso es lo que Katz llamó el mercado médico—, y otro es el de la fuerza de trabajo de ese mercado médico, es decir, la demanda —por ciertos empleadores— de médicos que vayan a prestar ese servicio. Hay un subsector público que es demandante de fuerza de trabajo de médicos; hay un subsector privado, que uno tendría que hacer un esfuerzo de imaginación como nos tienen acostumbrados los economistas, y decir que por ejemplo, en el subsector privado de las consultas individuales, los médicos son sus propios demandantes de fuerza de trabajo; y hay otro subsector, que es el de las obras sociales que emplean médicos. En síntesis,

hay dos mercados: uno es de fuerza de trabajo, y otro es de los servicios que esa fuerza de trabajo presta.

Dr. Barri: — Con respecto al tema de la redistribución del gasto, en líneas generales comparto lo que dice Mario, pero creo que hay que establecer prioridades. Cuando Katz decía que el Formulario Terapéutico era parte de la puja distributiva y que debería ir acompañando de otras medidas, creo que es un tema para profundizar, ya que si bien viene a poner una parte de orden en el sector, no tiene implicancias solamente distributivas, tiene implicancias fundamentalmente científicas (estamos con una oferta de medicamentos, la mayoría de los cuales o son dañinos o no sirven para nada, y esto no lo podemos permitir). En el caso de los médicos, el interés prioritario —y es lamentable que así sea— puede ser el de la puja distributiva, pero están avanzando sobre un terreno que ellos desde el gobierno lo calificaron como “mecanismos perversos” de este sector.

En Córdoba estamos haciendo una práctica en este momento con el tema del Formulario Terapéutico, y nos encontramos con resistencias, en cuanto que hay que modificar hasta el estudio de la indicación médica, pero eso es fundamental; no porque pueda aportar a ese tanque roto que es el gasto de la atención médica (no estoy hablando de la salud), pero me parece fundamental, y creo que se avanza también en la conciencia de los profesionales que empiezan a replantear eso. Hemos tenido una respuesta todavía chica de los profesionales, pero creo que se puede lograr toda una masa crítica que genere una discusión total sobre ese tema. Se está dando una atención médica de mala calidad, y esto obliga también a un replanteo de esas características, y no podemos esperar a que se resuelva todo para ocuparnos de ese aspecto, que está influyendo sobre la situación cotidiana de la gente. Hay que establecer un orden de prioridades que debe empezar, a mi entender, por el tema de los medicamentos, que habrá que seguir con la normatización de la tecnología, y que después lleva al replanteo de toda la práctica médica. Pero uno no se puede plantear el problema de conjunto, porque genera la angustia que todos sentimos cuando nos referimos a la totalidad del mismo; hay que establecer prioridades.

Público: — ¿Por dónde pasarían los ejes fundamentales para que los distintos grupos sociales se puedan articular y así emerger de la crisis, encontrando soluciones a esto que está pasando?

Dr. Testa: — Creo que esta reunión es un ejemplo de eso que hay que hacer: juntarse y discutir, planteando las posiciones, planteando las experiencias, tratando de ver en qué coincidimos y en qué estamos separados y por qué. Una cosa es clara: esa rearticulación no se podía hacer en la época del gobierno del Proceso;

no había ninguna posibilidad de que nadie dijera nada. Eso condujo a una situación dramática, en la cual el Estado estaba constituido únicamente por el aparato militar de gobierno; y fue tan grave la cuestión, que el intento de reconstruir un Estado llevó nada menos que a la guerra de las Malvinas (que es algo así como suicidarse para ver si de esa manera uno reconstruye algo), y las consecuencias las conocemos todos.

Creo entonces que lo que corresponde es el debate, la actitud de escucha (oír lo que el otro dice y tratar de entender por qué dice eso), inclusive la pelea. Articular no quiere decir ponerse necesariamente de acuerdo; quiere decir debatir y pelear (y a veces pelear duro). Cuando desde la C.G.T. se reclama al Presidente, y éste les dice “esos que lloran”, y los otros le responden que “peor son los que mienten...” están discutiendo, están hablando; no están de acuerdo, pero están tratando de entender por qué el otro dice lo que dice. Y ese debate es lo que lleva en definitiva a la posibilidad de encontrar fórmulas de rearticulación. No es una garantía, porque acá no hay fórmulas previas.

En términos teóricos, se podría decir que la necesidad es la de expansión de los grupos intermedios de la sociedad, o lo que llamaría “el crecimiento de la sociedad civil”; grupos que se multiplican y que van acumulando la fuerza, el poder y la demanda por la resolución de los problemas que tiene el pueblo. Me parece que estas son las formas a través de las cuales se puede ir recreando este espacio social donde se articulen distintos grupos; e insisto en que articulación no quiere decir homogeneidad de opinión, sino acuerdo de cómo funcionar dentro del disenso.

Público: — La descentralización, a nivel de Hospitales Nacionales, es una medida que está en marcha. No se sabe si el estudio para la resolución se hizo con economistas, con médicos solamente o si lo hizo un ministro. La información llega cuando ya está hecho, pero las explicaciones tampoco son claras. ¿Qué significa, entonces, la descentralización, dentro de lo que se habló? ¿Puede servir o no?

Dr. Barri: — Habría que preguntarle a los que determinaron eso. Evidentemente no es una medida de fondo. Habría que ver a qué apuntan y qué estudios las preceden, pero no lo conocemos.

CRISIS Y SALUD EN AMERICA LATINA*

SAUL FRANCO AGUDELO

I. Contexto del Tema

Acostumbrados por un conocimiento y una práctica centenarios a que el personal que trabaja en salud sólo puede referirse con propiedad a los temas relacionados con la manera de conocer, prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades específicas, o con la planeación y administración de servicios de salud, aparece a primera vista desconcertante o inadecuado en nuestro medio que alguien de dicho campo sanitario aborde un tema como el del presente material. Y no por problemas o limitaciones de las personas sino por el objeto de conocimiento y de acción que la práctica social ha ido asignando al saber y la práctica médica. Las fronteras de su objetivo de conocimiento se han ido circunscribiendo a la comprensión de la estructura y dinámica bio-natural de las enfermedades, a la búsqueda consiguiente de mecanismos y tecnologías de prevención, curación o control de las mismas, y a la generación de los modelos administrativos requeridos para convertir en acciones y servicios los logros científicos y técnicos. Tales acciones y servicios conforman también el espacio propio de la práctica médica institucional dentro de una amplísima variedad de modelos.

Siendo estas las fronteras reales del saber y la práctica médicos convencionales, van creciendo, sin embargo, la evidencia histórica y el acumulo de conocimientos que ponen de presente las limitaciones e insuficiencias que dicha reducción ha significado. Simultáneamente nuevos problemas, procesos y necesidades sociales en salud generan preguntas y exigencias cuya respuesta y solución trasciende el terreno bio-natural.

Una corriente nutrida por múltiples y variadas vertientes cuyos orígenes están ya a dos siglos de distancia pero que logró desarrollos importantes en la mitad del siglo pasado y que ha logrado en las últimas décadas del presente siglo avances y presencia significativos, viene planteando que la enfermedad tiene

* Publicado en Cuadernos Médico Sociales N° 16. CESS

también una naturaleza, un contexto de posibilidad, y unas formas de manifestación sociales. Que la problemática de la salud tiene que ver esencialmente con las condiciones y formas de vivir y morir del hombre como acontecimiento histórico-social. Que, en consecuencia, es en la manera de vincularnos a los procesos de producción y reproducción social, y en las relaciones que en función de tal vinculación establecemos, disfrutamos o padecemos, en donde podemos encontrar la génesis y la dinámica de los procesos de vivir, enfermar y morir.

Desde esta perspectiva la crisis económica y político-social actual no es simplemente el marco de referencia o escenario mudo de las transformaciones observables en la dramática realidad sanitaria del continente. Ni menos aún se trata de establecer una relación mecánica o construir artificialmente una relación a nivel del discurso carente de referente en la realidad. No. Muy por el contrario se trata de indagar rigurosamente la complejidad de los procesos que explican y hacen posibles las realidades a veces visibles en el claro-oscuro de los indicadores, a veces ocultas detrás de expresiones o manifestaciones contradictorias, a primera vista, y a veces también ocultadas por hegemonías del saber e intereses contrarios a que se trascienda el plano de las apariencias inmediatas y segmentarias. Y como la crisis que padecemos no es un fenómeno marginal sino la manifestación más actual, ampliada e intensificada de las contradicciones estructurales de la sociedad capitalista, es en su comprensión en donde podemos encontrar buena parte de la naturaleza, racionalidad y dinámica de la problemática sanitaria actual y del futuro inmediato.

Con enfoques diferentes, ha habido avances importantes en el trabajo por comprender la relación crisis y salud. Cuando la gran depresión de los años 30, se realizaron estudios orientados hacia lo que sería la patología del desempleo (1,2). Y es preciso reconocer que en la crisis actual, el aporte teórico-metodológico de investigadores y trabajadores de la salud de América Latina ha sido especialmente rico y ha permitido no sólo comprender más globalmente la relación en estudio sino principalmente desagregar su significado en áreas y grupos sociales específicos y afinar los indicadores más adecuados para la observación de los procesos implicados. (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Baste mencionar que los últimos tres seminarios de los grupos latinoamericano e internacional de Medicina Social han tenido como uno de los temas centrales el de la crisis y la salud, profundizando en cada uno de ellos sobre los nuevos desarrollos e impactos de la relación básica enunciada. Apoyado en tal producción y en una amplia literatura al respecto, pretendo sintéticamente desarrollar los cuatro puntos siguientes.

2. Perfil de la crisis a nivel mundial

Mientras los funcionarios de la CEPAL ven el origen de la crisis en el dese-

equilibrio entre el ritmo de consumo y el de acumulación del capital reproductivo, (10) otros autores plantean una génesis más compleja. Texeira, (7) por ejemplo, resume un contexto más amplio del origen de la crisis y, citando el informe del Fidel Castro a la VII Cumbre de los países no alineados, destaca los siguientes antecedentes de mayor interés en la génesis de la crisis:

— Un proceso creciente de concentración del poder, del capital y de la producción en las economías centrales.

— La extraterritorialidad de estos procesos, con el surgimiento de empresas transnacionales cuyos conglomerados controlan entre el 40% y el 50% del comercio mundial y comercializan entre el 80% y el 90% de los principales productos básicos exportados por los países subdesarrollados.

— El crecimiento del papel del estado en las economías capitalistas, como corolario de este proceso de monopolización.

— La revolución técnico científica que aumentó de forma exponencial la capacidad productiva e implicó la sustitución de ciertas materias primas.

— Reducción continua del papel de la agricultura con el predominio de la industria y el crecimiento de los servicios.

— La creación de un nuevo orden económico que ha implicado una nueva división internacional del trabajo, un nuevo flujo internacional del capital y del comercio que tendió a moverse entre los propios países subdesarrollados.

Con estos factores comunes, la crisis se ha presentado de manera y en períodos diferentes en los países llamados Centrales o Desarrollados y en los dependientes, periféricos o en desarrollo. En los primeros el pico más agudo de la crisis fue en 1975 cuando la tasa anual de crecimiento del producto nacional bruto per cápita se negativizó por primera vez después de la recesión de la década del 30. Declinó la producción y ritmo de inversión, se incrementó la desocupación hasta tal punto que aún hoy cuando ya tales economías informan estar en recuperación, el desempleo continúa incrementándose como en el caso de Francia, Inglaterra y Alemania, país éste último que estima llegar en 1985 a dos millones de desempleados. La aceleración de los ritmos de inflación y los altos niveles de las tasas reales de interés fueron las otras dos grandes manifestaciones de la crisis en los países centrales.

En América Latina en su conjunto la crisis llega a su punto más agudo en 1982. En tal año la tasa anual de crecimiento de su PNB percapita es de -4, como consecuencia, entre otros factores, de la contracción del comercio internacional. La inflación, el incremento del desempleo, el déficit fiscal y la problemática de la deuda externa, son las otras manifestaciones de la crisis en América Latina.

La tasa ponderada de inflación para la región, según la Cepal, llegó en 1982 a un 80%. Según la misma Comisión, en dicho año "Siete de cada diez Latinoamericanos tuvieron que enfrentarse con procesos inflacionarios de excepcional viru-

lencia". En México lo fue en promedio de 125% según el Banco Interamericano de Desarrollo (11). En Brasil entre agosto de 1982 y agosto de 1983 el índice general de precios se incrementó hasta un nivel nunca antes alcanzado en la historia del país: 152.7% (12). En 1984 la inflación alcanzará en Brasil un nuevo record: 200%. Pero es posiblemente Argentina el país plusmarquista al respecto: del orden del 650% será la inflación al terminar este año.

Como consecuencia de la contracción productiva, el ritmo de desempleo se acelera. En la década comprendida entre 1973 y 1982 en Chile se cuadruplica la tasa media de desempleo al pasar de 4.8 a 19.9. En México la tasa de crecimiento promedio anual de ocupación en la industria manufacturera pasa de un positivo 13.3. en 1980 a un negativo -8.4 en 1983 (citado por 8. p.10). Entre 1981 y 1983 en Brasil se cerraron cerca de 360.000 empleos sólo en la actividad industrial (12). Según el Centro Universitario de Documentación, en el Salvador para 1981 el desempleo más el subempleo significó el 62% de la población económicamente activa. En el mismo año la desocupación se elevó a un 25% (18). En Guatemala en 1981, la disminución del cultivo del algodón produjo 40.000 empleos menos. En Honduras en donde hay más de 500.000 personas con empleo solo ocasional, la desocupación superó ya el 20% de la PEA. Para el mismo año de 1981 en Costa Rica un 38% de la PEA o no trabajaba o no tenía empleo estable. El rigor mismo con el cual se usa la categoría de desempleo, la diversidad de indicadores con los cuales trata de medirse y la irregularidad en sus registros, dificultan en todo caso una clara delimitación de una situación cuya gravedad creciente es a pesar de todo, visible y palpable en el Continente.

La deuda externa de los países latinoamericanos venía incrementándose desde la mitad de la década pasada cuando muchos de ellos lograron neutralizar en parte el impacto inmediato del pico de la crisis en los países centrales y las alzas del precio del petróleo recurriendo al endeudamiento. Pero hay un factor adicional agravante: el incremento desproporcionado de las tasas de interés de los préstamos contratados. Según un investigador alemán (13) las balanzas de pago de los países no exportadores de petróleo son muy sensibles a dos factores: el aumento del precio del petróleo —en 1979 la OPEP impuso un alza del 170%— y a la tasas de interés de la deuda. Según el mismo investigador una alza de precio de 5 dólares por barril absorbe el 7% del los ingresos de exportación del Brasil, mientras que un alza de la tasa de interés del mercado europeo —libor— del 5% toma el 13.5%. De hecho la tasa libor pasó de alrededor del 5% en 1977 a cerca del 20% a fines de 1980. Pues bien, en 1982 los tres países que acumulan el 67% del total de la deuda externa latinoamericana —México, Brasil y Argentina—, estaban en déficit fiscal e incapacitados para atender sus compromisos con ella. Para este año el total de la deuda externa latinoamericana se estima en 360.000 millones de US\$ (14), cantidad que sin embargo representa menos de la mitad

del gasto mundial anual en guerras y armamentos en 1983. Conviene a propósito de la deuda hacer algunos comentarios adicionales. Hay que ponderar lo que significa su monto para cada país. Puede ser igual o mayor para Bolivia el peso de los 4.200 millones de dólares que adeuda que para México el de los 96.000 millones de dólares que debe. Además el endurecimiento de las condiciones para los préstamos y el aumento de las tasas de interés van llevando a una absorción creciente de los ingresos de los deudores por el rubro llamado de servicio de la deuda. En Perú, por ejemplo, dicho servicio absorbió el 54.5% del valor total de las exportaciones en 1983 (14). Para el total de los países llamados del tercer mundo tal "servicio" pasó entre 1971 y 1981 de 10.900 millones de US\$ a 111.700 millones de US\$. Según el Banco Interamericano de Desarrollo, durante el período 1976-1980, solamente el Servicio de la deuda externa supuso el 47% de las exportaciones regionales. En el caso del Brasil esta proporción llegó a ser, en 1982, el 97%, proporción sin precedentes (15.p.174). Finalmente hay que anotar que el endeudamiento ha pasado a ser mayoritariamente con la Banca privada y que han aumentado su participación como acreedores los Bancos de Europa y el Japón.

Si nos quedáramos sólo con estos grandes lineamientos del perfil de la crisis comentaríamos, entre otros, el error de seguir alimentando una mirada exclusivamente económica del problema. El informe del fondo de las Naciones Unidas para la infancia sobre el Estado mundial de la infancia en 1984 (15) cuyos datos y análisis son de enorme interés, aunque uno no se identifique con sus propuestas, señala con claridad este peligro. "En todo lo que se ha escrito sobre la recesión, la preocupación se ha limitado de forma abrumadora y casi exclusiva a la economía. Muy pocos autores han analizado y sólo de manera superficial, las "consecuencias humanas de la recesión". (15.p.154). Ciertamente la crisis es también social, política y cultural. Todos los campos de la actividad social han sido fuertemente afectados, al mismo tiempo que sus contradicciones internas y específicas se han hecho más agudas y explícitas en el período de crisis. Enunciamos como ilustración sólo algunos procesos.

A nivel político no sólo se ha incrementado la conflictividad sino que está al orden del día el problema de las soberanías nacionales y la autodeterminación de los pueblos. La ingerencia abierta de organismos financieros internacionales en la gestión económica y político-social de los gobiernos de los países deudores va reduciendo en la práctica la ya estrecha franja de soberanía y autodeterminación. En la última reunión de funcionarios del Fondo Monetario Internacional, su Director el Señor Jacques De Larosiere enfatizó sin rodeos el carácter impositivo de las recomendaciones del FMI. Y así no lo hubiera explicitado, lo sucedido en Brasil, México y ahora en Colombia —en contradicción con el discurso oficial— sería prueba suficiente. El costo social de las recomendaciones del FMI

—Inflación, reducción salarial y del gasto público para posibilitar el pago de la deuda y restablecer la rentabilidad de las inversiones en especial las extranjeras— es altísimo. Los mismos organismos financieros lo reconocen. El BID por ejemplo acepta que la positiva y drástica reducción de la tasa de inflación de México en 1982 fue lograda básicamente a costa de una disminución del 25% en el poder adquisitivo de los salarios (11). En Brasil “El salario mínimo de septiembre de 1983 corresponde a menos del 50% de lo que valía en 1940 y a menos del 40% de su valor real en 1957” (12, p. 31). Con relación a México Laurel anota, citando otras fuentes que “El salario mexicano es hoy la mitad del pagado en “paraísos laborales” como Hong Kong y Singapur, y un décimo del de Estados Unidos. Esta compresión salarial se ha logrado a través de las múltiples maxi y minidevaluaciones y la depresión del salario mínimo en un 52,4% en comparación a 1976” (6, p. 16). Hay entonces un empobrecimiento creciente tanto extensiva como intensivamente. E inclusive, dentro de las tendencias de la división internacional del trabajo en esta crisis, hay autores (16) que destacan el empobrecimiento colectivo mayor de los países dependientes mismos como consecuencia de la intensificación del saqueo de las materias primas de dichos países como una de las vías de salida para los países centrales. Pierre Salama en un interesante artículo titulado justamente “Endeudamiento y empobrecimiento en América Latina”, después de analizar los cambios en las políticas económicas desde los setenta y de diferenciar dos tipos generales de endeudamiento se refiere con énfasis a dos de las principales consecuencias del endeudamiento: la dolarización de la economía y el desarrollo de la penuria alimentaria, de la miseria, especialmente en el campo, en numerosos países.

La presencia de la crisis en el terreno del saber y la cultura, elemento sin duda de gran interés aún en nuestra actual problemática universitaria, amerita desarrollos cuya síntesis prefiero dejar para otra ocasión.

3. Impacto en la crisis en la salud en América Latina

Posiblemente es la salud uno de los campos en los cuales se reflejan más dramáticamente los efectos de la crisis esbozada. E igualmente las condiciones de vivir, enfermar y morir configuran hoy una de las mejores demostraciones del impacto desigual de la crisis sobre diferentes grupos humanos.

Igual si se mira la mayor parte de los indicadores convencionales, que si se observan secuencias temporales y sectoriales de los fenómenos, la validez de la relación objeto de este material se consolida al mismo tiempo que se vislumbran nuevas vetas de trabajo e investigación. Miremos sólo el comportamiento de algunas condiciones e indicadores y enunciemos las posibilidades de algunas propuestas de investigadores latinoamericanos.

Empecemos con el problema de la desnutrición, considerado en general como el mejor indicador predictivo de la mortalidad infantil. Según el informe ya citado de UNICEF(15) los indicadores de desnutrición son expresión de impacto de la crisis. "Por ejemplo, los datos de las regiones más pobres del Norte de Zambia indican que en todas las categorías de edad hasta los 15 años, se ha producido un descenso de la estatura por edad; en América latina el número de niños tratados por desnutrición grave se ha doblado en Costa Rica entre 1981 y 1982, mientras que en el Estado de Sao Paulo, en Brasil, está aumentando el número de niños con bajo peso al nacer" (15.p.154). En Centro América la suma de la desnutrición infantil grado I con la grado II varía entre un 38% de la población en Guatemala hasta un 12.3% en Costa Rica, país que a pesar del dato de UNICEF parece tener las mejores condiciones de la subregión de Centro América continental.

Según el informe más reciente de la Organización Panamericana de la Salud sobre las Condiciones de Salud de las Américas,(19) "Al parecer sólo un 48% de los niños menores de cinco años pueden clasificarse como "normales" en lo que respecta al estado nutricional.....el 14.7% de los niños sufre malnutrición moderada o severa" (19,p.106). La peor situación al respecto se registra en Haití y Honduras en los cuales sólo el 26.8 y el 27.5% respectivamente pueden considerarse normales. En Haití, el 3.2% de los menores de cinco años sufre de desnutrición severa —grado III—. Según el mismo informe la disponibilidad teórica de calorías per capita en toda América osciló de 1975 a 1977 entre un máximo de 3.539 en USA a un mínimo de 2.023 en Guatemala, lo cual en términos reales significa que un guatemalteco dispone en promedio solo de la mitad de las calorías de que dispone un habitante de USA. En cuanto a proteínas, insistiendo una vez más en la relativa falsedad de los promedios, las diferencias son más escandalosas aún: un haitiano dispone de menos de la mitad de los gramos diarios de proteínas de que dispondría un Argentino en el hipotético caso de que las disponibles se distribuyeran uniformemente entre la población.

Estudios en Chile sobre nutrición—desnutrición en el período de la crisis han concluido que la desnutrición afecta al 30% de los menores de 15 años, siendo ascendente o en ocasiones estática la tendencia del problema que en décadas anteriores había sido descendente, notándose además mayor gravedad de la desnutrición en la población rural y observando dos fenómenos nuevos durante la crisis: aparición de desnutrición en familias de nivel profesional y agravamiento del problema en escolares y adolescentes. (9 p.p.11 y 12).

La información disponible sólo llega hasta 1979 en el mejor de los casos por lo cual se requiere una estrecha vigilancia de lo que se registrará en los años más difíciles de la crisis y en los inmediatamente posteriores. No parece lógico predecir una reducción de la tasas de desnutrición o una atenuación de las agudas

diferencias entre grupos étnicos de sectores sociales, ni una lógica entre la producción, distribución y consumo de alimentos en la región. La lógica dominante es la de los intereses de recuperación, acumulación y expansión del capital y no la de la vida de las poblaciones productoras de alimentos. Por eso en Brasil en plena crisis un grupo de investigadores advierte que "no es de extrañar que mientras aumentan las tasas de desnutrición y mortalidad infantil y nuestros nordestinos mueren de sed y hambre, hayamos conseguido aumentar las exportaciones de alimentos industrializados en un 30% durante 1983" (12.p.136).

La tendencia de la esperanza de vida al nacer es otro indicador generalmente aceptado del nivel del estado de salud y del desarrollo socioeconómico. Por lo tanto el perfil de sus variaciones en la crisis es interesante. Globalmente todos los informes muestran un incremento progresivo de la esperanza de vida. Pero con diferenciales no resaltadas con la misma claridad. Entre 1975 y 1980 la mayor esperanza de vida en América registrada por la O.P.S. es la de Canadá, con 73.5 años, y la menor la de Bolivia, con 48.6 años (19.p.18). Eso quiere decir que por cada tres años más que aspire vivir un canadiense, el boliviano sólo puede aspirar a dos más. El informe de las Naciones Unidas sobre población mundial en 1984 establece(20) para los países desarrollados en su conjunto una esperanza de vida hoy de 73 años, frente a 56.5 años para los países en desarrollo. O sea que por cada cuatro años más que aspire vivir un afortunado habitante de los países centrales, nosotros sólo podemos aspirar a vivir tres.

Los contrastes son más agudos aún cuando las categorías de diferencias se relacionan en mayor medida con ingresos y condiciones de vida y de trabajo de grupos humanos. Mientras en México en 1977 la esperanza media de vida era de 62.4 años, la de la nueva pequeña burguesía era de 69.4 años y la de los asalariados agrícolas de sólo 54.2 años. En Brasil, cuando la esperanza de vida en 1982 era en promedio 58.2 años, si el ingreso familiar per capita en el nordeste era inferior a medio salario mínimo, la esperanza se reducía a 48.6 años, inferior en 22 años a la de alguien que por entonces recibiera en la región metropolitana de Sao Paulo un ingreso familiar per capita superior a dos salarios mínimos.

Con base en datos de la seguridad social francesa, Jacques Vallin presentó un gráfico interesante(21) que registra la probabilidad de fallecimiento entre 35 y 60 años en Francia según categoría socio-profesional en dos períodos diferentes: 1955-59 y 1975-80. En todos los grupos socio-profesionales que van desde peones hasta cuadros superiores y profesionales liberales, la probabilidad de fallecimiento disminuyó progresivamente entre los dos períodos. Pero con una diferencia: la pendiente del descenso de los grupos inferiores era sensiblemente menor que la de los grupos socio-profesionales superiores dando como resultado un notable incremento de la diferencia entre los grupos en los dos períodos.

Pasando entonces de los promedios a la desagregación de los componentes,

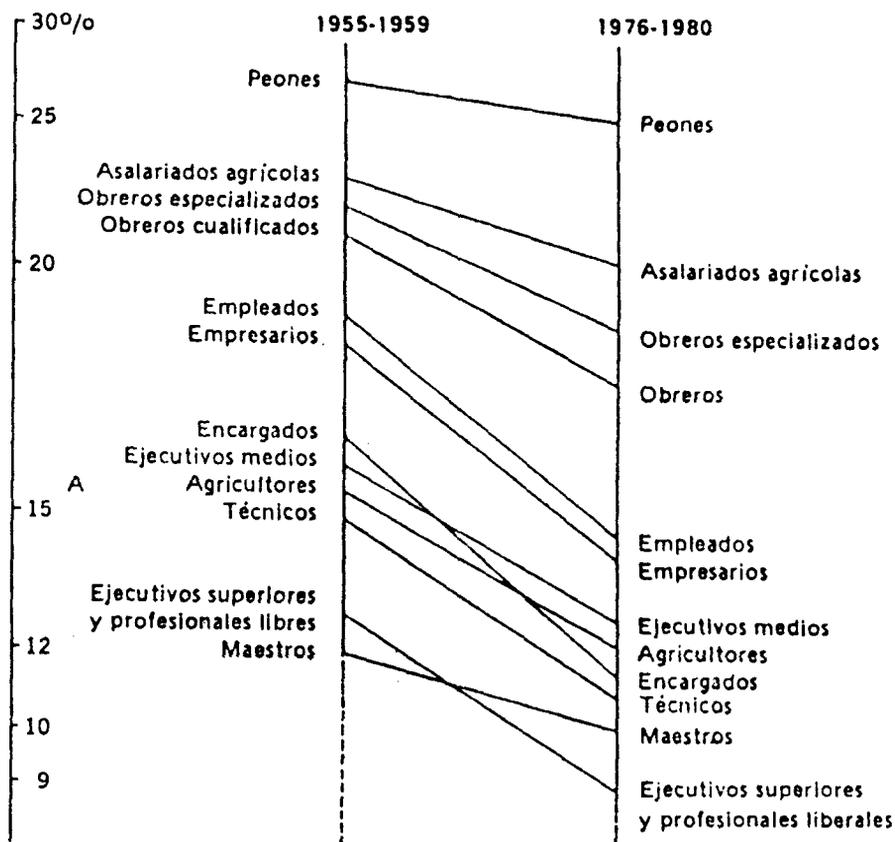
de las diferencias geográficas y etáreas a las diferencias socio-económicas, y de las observaciones puntuales a las de procesos, se hacen más visibles las realidades mistificadas y encubiertas en general, y la estrecha relación que nos ocupa en particular de crisis y condiciones de salud.

Posiblemente el indicador convencional más polémico en la actualidad es el de la mortalidad infantil. A mi manera de ver el núcleo de la polémica radica en que, habiéndose considerado una de las más sensibles y fieles expresiones de las condiciones socio-económicas el proceso de salud-enfermedad, vida-muerte, se ha encontrado contradictorio que los valores del indicador se reduzcan progresivamente mientras las condiciones de vida parecen empeorar. Para algunos investigadores de la década del setenta esto no era una contradicción sino la ratificación de que "las tendencias en la mortalidad son marcadamente neutrales con respecto a los eventos económicos. La miseria económica no es ya una barrera efectiva para un vasto surgimiento de oportunidades de sobrevivida en las áreas subdesarrolladas". Pensadores de este estilo han encontrado nuevas ratificaciones de su verdad al observar el comportamiento de la mortalidad infantil en su conjunto en América Latina aún en la crisis actual, y, más específicamente considerando en particular casos como el de Chile. La desagregación de la mortalidad infantil en dos componentes: neonatal —primer mes de vida— y posneonatal, restantes once meses hasta cumplir el año, no dirimió la polémica pues justamente se observó que las reducciones de la tasa eran mayores en el componente posneonatal que es considerado el más sensible a las condiciones socio-económicas y a la aplicación de medidas sanitarias. Sin ser este el espacio indicado para centrarse en dicha polémica, conviene hacer algunas consideraciones para estimular y continuar el debate.

En primer lugar, es inobjetable la reducción de la mortalidad infantil en la totalidad de los países en los cuales se dispone de información en particular en los últimos 25 años. Pero la reducción no sólo es diferencial en función de los estratos socioeconómicos como acertadamente lo ha trabajado el Centro de Estudios y Asesoría en Salud —CEAS— aún al interior de una misma ciudad en idénticos períodos, sino que además los ritmos varían según los criterios de periodización. El boletín Epidemiológico de la OPS al periodizar por décadas, concluye que "En la década del 70, la gran mayoría de los países de la región experimentaron reducciones de la mortalidad infantil con un ritmo más acelerado que en el decenio anterior... Estas reducciones han ocurrido a pesar de un marco económico desfavorable y, a veces, en países donde se ha observado una evolución socioeconómica regresiva". Si tomamos en cambio como criterio de periodización los momentos de la crisis, reconociendo en la región su mayor impacto a partir de 1980, aún con los mismos datos suministrados por la O.P.S. se puede apreciar un marcado descenso en el ritmo de reducción de la tasa entre los períodos 1975-

DESIGULDADES SOCIALES, DESIGUALDAD ANTE LA MUERTE

(Probabilidad de fallecimiento entre 35 y 60 años
en Francia, según la categoría socio-profesional)
Evolución de 1955-1959 a 1975-1980



Fuente: INSEE

1980 y 1980-1985, con relación al de los períodos 1970-1975 y 1975-1980. Así por ejemplo: Costa Rica disminuye su ritmo desde un 42.4% a 12.3% en los períodos señalados; Chile pasa de un ritmo de descenso de 33.4% a uno de 13.6%. El grupo de C.E.A.S. al establecer tres períodos en la reciente evolución socio-económica del Ecuador: crisis de 1965-1972; bonanza petrolera de 1972-1977, y crisis reciente de 1977 a 1982 encuentra en la tendencia decreciente de la mortalidad infantil pendientes más suaves en los períodos de crisis y una pendiente sensiblemente más pronunciada en el período del apogeo petrolero.

Una periodización que supere los límites impuestos y con demasiada frecuencia intrascendentes de los períodos presidenciales o las décadas cronológicas y que representa en cambio fases importantes de transformaciones histórico-sociales, y un análisis de ritmos e intensidad de los descensos de la tasa, pueden ser, al lado de afinamientos del indicador y mejoría de la calidad de los registros, mecanismos interesantes para avanzar en la superación de una contradicción tal vez más aparente que real.

Una consideración final en este punto de impacto de la crisis en salud en América Latina. Como parte de las políticas puestas por o impuestas a los gobiernos de la región para enfrentar la crisis, ha habido en general una reducción del gasto público, en particular del gasto social y más específicamente del gasto en salud. Tanto en porcentajes de un año con relación a otro, como en porcentajes del gasto en salud dentro del presupuesto total, la reducción es sensible, con diferencias importantes. En México, por ejemplo el gasto en salud se redujo en 1983 en un 25%. En 1984 la reducción es del 14%, siendo mayor en el sector de la seguridad social. En Brasil "como resultado de la crisis los gastos en asistencia médica de la previsión social, como porcentaje del gasto global del sistema de previsión cayeron de 31.6% en 1976 a 21.2% en 1982 y no deben llegar al 18% en 1984" (7.p.49)

Con la ponderación requerida al evaluar la relación entre gasto en salud y mejoría de servicios y condiciones de salud, estas reducciones son en todo caso, un factor contribuyente a la agudización del impacto negativo de la crisis sobre la salud. Si bien la crisis del sistema capitalista ha golpeado también a los países socialistas —a más del desarrollo específico de sus propios conflictos—, Cuba constituye respecto del gasto social un "elemento notable", según la UNICEF, al decidir en 1982 mantener sus gastos en salud y educación, a pesar de una reducción del 13% en el presupuesto del sector público.

Hay muchos más frentes en los cuales se manifiesta el impacto de la crisis sobre las condiciones de vida y trabajo y, por tanto, de salud. Pero considero suficientes los enunciados para configurar el cuadro, animar el debate y poder pasar a algunas consideraciones particulares sobre el caso de Colombia.

4. Algunos aspectos de la crisis en Colombia

Con base en una economía campesina que sirvió de eje a la explotación cafetera de exportación y una economía terrateniente que sirvió de núcleo al desarrollo capitalista agrario el cual se convirtió en dominante, el país ha vivido un proceso de industrialización con dos etapas básicas: una de sustitución de importaciones que va desde los 30 hasta fines de los 60 y la otra basada fundamentalmente en la exportación de manufacturas. Con un alto grado de monopolización y fuertes exigencias de adopción de tecnología que le permita gran competitividad en los mercados internacionales y alta productividad, la demanda de mano de obra ha sido relativamente restringida. La dependencia de la economía colombiana de la exportación del café y otros productos agrícolas como el banana, y de manufacturas, y de la importación de bienes de capital, la hacían sumamente lábil a las fluctuaciones del mercado internacional tal como ha podido observarse con la bonanza cafetera de la primera mitad de los 70 y sus posteriores fluctuaciones y con la profunda crisis en el sector manufacturero en especial el textil en la primera mitad de la década actual. Desde 1979 viene disminuyendo la tasa de crecimiento del producto interno bruto. Desde 1981 el producto interno bruto por habitante ha tenido un índice de crecimiento negativo, que fue en 1983 de 1.2%. Mientras en 1979 el P.B.I. por persona fue de 809 US\$, en 1983 fue de 806 US\$.

Por actividad económica, según la CEPAL, el P.B.I. tuvo para la agricultura, caza y pesca tasa de crecimiento negativo sólo en 1982, mientras que la industria manufacturera los tiene de -2.4 en 1982 y -0.2 en 1983.

Entre 1982 y 1983 bajaron las exportaciones de todos los productos, menos el café. Y las importaciones bajaron en 1983 en 207.7 millones de dólares.

Según el informe del Fondo Monetario Internacional sobre Colombia, entre 1975 y 1981 las reservas internacionales del país fueron superiores a 5.000 millones de pesos. Ya en 1982 el déficit de la balanza de pagos fue de 700 millones de US\$ y en 1983 tal déficit llegó hasta 1.800 millones de US\$.

Consiguientemente el endeudamiento externo se acelera desde 1979. Para 1983 el total de la deuda externa del país es de 10.500 millones de US\$, lo que representa un incremento del 62% con respecto al nivel de 1980. Una tercera parte de dicha deuda es privada, y el resto, pública. En el presente año el servicio de la deuda externa absorbe el 12% del total del presupuesto nacional.

La tasa oficial de inflación fue para 1982 de 23% y para 1983 de 17%.

Según estadísticas de la Fundación para el Desarrollo, divulgadas por el periodista Daniel Samper, la tasa de desempleo abierto se ha incrementado en más de un 50% en los últimos 18 meses siendo los más afectados los jóvenes entre los 18 y los 25 años. El 60% del desempleo es calificado, anualmente más de

90.000 bachilleres engrosan el desempleo y existen en la actualidad aproximadamente 200.000 profesionales jóvenes sin trabajo. Un 23% de los cónyuges ha tenido que buscar un segundo trabajo para poder equilibrar el presupuesto familiar.

Según el mensaje del presidente de la República y el Ministro de Hacienda al Congreso remitiendo el presupuesto para 1985, "algunos pocos indicadores económicos describen la coyuntura actual: los índices de desempleo en las cinco principales ciudades superan el 13%, el déficit efectivo del gobierno central a finales de 1984 se estima en cerca del 6% del PIB y el déficit de la cuenta corriente de la balanza colombiana ha superado los 1.000 millones de dólares en los primeros seis meses de este año".

En ese contexto económico, la situación social representa características preocupantes. El 15% de la población total tiene un ingreso familiar anual equivalente o inferior al salario mínimo, y sólo el 8.4% recibía al año \$ 300.000 o más en 1981 (30.p.157). La proyección de analfabetismo en mayores de 14 años para 1983 era del 14%. Comprendiendo a la población mayor de cinco años, tal porcentaje se eleva en el sector rural al 36.5% y en el urbano es del orden del 14%. Es preocupante la privatización de la educación. Para 1980, a nivel de educación superior, el 70% de los establecimientos eran privados y el 30% oficiales.

Según el estudio nacional de salud, entre 1977 y 1980 cuando apenas empezaba el pico de la crisis, más de la mitad de los campesinos y la cuarta parte del total de la población del país vivían en chozas o tugurios. Y nada indica que la situación haya mejorado. Al contrario, parece claro el deterioro aún mayor de las condiciones de vivienda y, en general, de vida de la mayoría de la población colombiana.

5. Crisis y salud en Colombia

Por la misma vía del deterioro de las condiciones de trabajo, de alimentación, vivienda, transporte, recreación, educación, servicios sanitarios, organización social y participación política, la vinculación de los colombianos a los procesos de producción y reproducción social condicionan su situación de salud en este período de crisis.

Estando aún en la fase aguda de la crisis y no disponiendo ni del conjunto de información oficial suficientemente actualizada para analizar a profundidad el impacto de la crisis sobre la salud, ni disponiendo de suficientes investigaciones actualizadas para elaborar un marco analítico y explicativo alternativo, las siguientes reflexiones y documentación pretenden mejor resaltar algunos hechos y datos sobresalientes del actual perfil de salud del país como referencia para nuevos análisis y actualizaciones y como estímulo a la continuación de la discusión e investigación sobre el tema. Para 1981 el 34,8% del total de viviendas del país

no tenían ningún servicio higiénico. Teóricamente el sector oficial de recursos y trabajadores de salud deben atender al 70% de la población del país, mientras la seguridad social cubre en su conjunto menos del 16% del total de la población y el 14% estaría en condiciones de recurrir a algún tipo de servicios suministrados por el sector privado. Según los datos oficiales del Ministerio de Salud el porcentaje del presupuesto de salud pública dentro del presupuesto nacional se redujo casi a la mitad entre 1974 y 1984, pasando de 11.4% a 6.3%.

La tasa bruta de mortalidad se estima en promedio para el período 1973-1978 en 9 por mil y para el período 1983-1988 en 7 por mil. Pero una vez más las diferencias son importantes: el riesgo de morir en un año es dos veces mayor para quien vive en la región minera y selvática del Chocó que para los residentes en el sector industrial y agroindustrial del Valle del Cauca. Y al interior de ambas regiones es preciso establecer los diferenciales por grupos socio-económicos. Algo semejante está por hacerse con la esperanza de vida promediada en el país en 63.6 para el período 1980-1985.

La tasa de mortalidad infantil al igual que en el Continente, ha venido descendiendo ininterrumpidamente. Entre 1950 y 1955 el descenso significó un 14.8%, mientras que entre 1975-1980 fue de 10.4%.

Por áreas del país las diferencias en mortalidad infantil son de gran significancia: en el Chocó son más de 3 veces superiores a las de la capital del país y más de dos veces la media nacional.

Un estudio reciente y rigurosamente desarrollado en escolares de la ciudad de Medellín utilizando los indicadores más recomendados para evaluar tanto la desnutrición global, como la crónica y la aguda, encontró índices de 63.9% para la global, 57.3% para la crónica y 16.6% para la aguda, de grados principalmente leve y moderado pero con severidad hasta del 5% para la crónica. Entre los 5-6 años el 32.8% de los niños tenían retraso en su talla. Solo el 29% de los escolares estudiados no presentaban ninguno de los tres tipos de déficit. Los escolares del sector oficial-público presentaron el doble de desnutrición global y crónica que los del sector privado, con el agravante de darse con mayor severidad.

Los investigadores compararon sus hallazgos de talla y peso con los obtenidos a nivel nacional, y encontraron que sus promedios para niños de ambos sexos de escuelas privadas están por encima de los promedios nacionales y que los de las escuelas oficiales, en general, están por debajo de los mismos promedios nacionales. El porcentaje de muertes por avitaminosis y otras deficiencias nutricionales ascendió entre 1977 y 1981 de 6.5 a 8.4 en el grupo de niños de 1 a 4 años, pasando del cuarto al tercer lugar dentro de las primeras causas de muerte. En términos menos numéricos y más simples esto quiere decir que entre nosotros el hambre está matando más niños.

Las enfermedades infecciosas, aún las inmunoprevenibles como poliomieliti-

tis, tétanos, tosferina, sarampión y tuberculosis, siguen teniendo presencia continua y generalizada en el país con brotes epidémicos como los de poliomielititis y sarampión en 1981.

Una consideración final y especial merece la evolución del problema de la violencia, accidental o infligida, a sí mismo o a otros y dispersa en cinco de las diez primeras causas de muerte en personas entre los 15 y los 44 años.

Mientras en 1973 tales causas representaban en su conjunto el 34.4% del total de muertes en dicho grupo de edad, para 1981, representan el 77.2% de tales muertes. Es decir: en menos de una década la violencia como causa de muerte se ha más que duplicado. Con el agravante de que el suicidio es causa de más muertes que las enfermedades cerebro-vasculares en el grupo de edad mencionado.

Sin restar importancia al trabajo con las enfermedades crónicas, considero que nos debemos un trabajo serio y a profundidad sobre lo que se viene llamando Epidemiología de la violencia cuya magnitud ya nos está indicando, pero cuyo conocimiento sistemático nos evidenciará aún más la génesis sociopolítica y económica de este nuevo reflejo de nuestra realidad. Quizás esta problemática de salud para tan pocos y violencia y miseria para tantos en este momento del año 1984, sea un campo mucho más fecundo y socialmente necesario que muchas metas sonoras pero bastante en contravía con las líneas de tendencia de los procesos actuales apenas esbozadas en este material.

Sin caer en el terror y la confusión de la compleja situación nacional e internacional esquemáticamente dibujada, pero sin sucumbir tampoco ante los cantos de sirena y el ocultamiento de la gravedad del momento, nos corresponde sacudir la inercia del saber transmitido y la ignorancia de lo propio para construir un conocimiento sólido de los procesos de nuestra realidad como requisito esencial para su transformación.

REFERENCIAS

- 1.- Perrot G. Collins, S.D. "Sickness among the "Depression Poor". Am. Journal of Public Health. 24(2): 101-107. 1934. Citado por 9.
- 2.- Elliot, M.R. Survey of illness among the Unemploy Ed in Winnipeg. Canadian Public Health Journal. 1936. Citado por 9.
- 3.- Laurell, A.C. y Márquez S.M. Crisis y Salud en América Latina. México. Mayo 1982. Mimeo.
- 4.- Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud N° 21. Segundo Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Managua. Nicaragua. Enero-Abril 1982. San José. Costa Rica.
- 5.- Centro de Estudios y Asesoría en Salud. CEAS. Heterogeneidad Estructural y Epidemiológica en la América Andina. Ponencia presentada al III Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Ouro Preto. Brasil. Noviembre 1984. Policopiado.

- 6.- Laurel, A.C. Reestructuración productiva y Salud obrera en México. Maestría en Medicina Social. U.A.M. Xochimilco. México. 1984. Policopiado.
- 7.- Teixeira F. S.M. "Política Social en crisis América Latina." Trabalho apresentado nº III Latinoamericano de Medicina Social. Ouro Preto. Brasil. Novembro. 1984.
- 8.- Alvarez, A. México "En el Marco de la Crisis Económica de América Latina". Ponencia al III Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Ouro Preto. Brasil. Noviembre. 1984.
- 9.- Echeverría, T.M. Enfermedades de los trabajadores y Crisis económica. Estudio de casos. Chile 1970-1980. Editorial Interamericana. Santiago Chile. Agosto. 1984.
- 10.- Vera-Vasallo, A. "Salud y Desarrollo en América Latina". Ponencia presentada por la CEPAL en la IV Reunión de Directores de Malaria de América. Brasilia. Julio 1983. Policopiado.
- 11.- Banco Interamericano de Desarrollo. Informe. 1983. Tomado de El Mundo. Medellín. Colombia. 29-X-84.
- 12.- De Souza Aguiar, M.A. Arruda, M. y Flores, P. Dictadura económica vs. Democracia. IBASE. Río de Janeiro. 1983.
- 13.- Dauderstaedt, M. Los riesgos del Endeudamiento desigual. En: *Le Monde-Diplomatique* en español. Febr. 1982. P.22.
- 14.- Smyth, David. Comenzó a superarse la crisis. En *El Mundo*. Medellín. Colombia. 15.X.84. P.5.
- 15.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Siglo XXI. España 1984.
- 16.- Geze, F. La Crisis en su juego triangular en *Le Monde Diplomatique* en Español. Junio 1981. P. 2.
- 17.- Salama, P. Endettement et Appauvrissement en Amérique Latine. *Chronique Economique*.
- 18.- CSUCA. Los trabajadores temporeros en la Agricultura Centroamericana. Costa Rica. 1983.
- 19.- Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. 1977-1980. Washington. 1982.

EDUCACION PARA LA SALUD

COORDINADOR:

Dr. Enrique Stein.

Docente de la Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina UBA

PANELISTAS:

Abrebaya Carlos. Periodista

Lic. Nora Elichiry. Titular de la cátedra de Psicología y Epistemología de la Facultad de Psicología de la UBA Instructora de la Residencia de Educación para la Salud.

Lic. Graciela Laplacet, Psicóloga Jefa del Dpto. de Educación para la Salud de la MCBA

Vázquez Enrique, Periodista, decano de la Fac. de Ciencias de la Comunicación de la UBA.

Dr. Stein: — Vamos a trabajar desde una propuesta desde la organización que hemos conversado entre los panelistas, y que puntuamos así:

—Pensar el modelo de Educación para la Salud: como práctica liberadora o como culpa individual. (Esto último se traduciría —y acá me acuerdo del pasado— como: “Vacúnese, y si no lo hace, usted es el responsable”).

—Educación para la Salud y medios comunicación.

—Rescate del saber popular en la Educación para la Salud.

Desde luego que coincidimos en pensar la Educación para la Salud “hoy”.

Sr. Abrebaya: — Primero quiero hacer una aclaración que es habitual en mí, y es que lo que voy a hacer es bastante humilde porque no conozco demasiado este tema científicamente. En realidad no lo digo para desvalorizarlo —en todo caso, traje lo mejor de mí—, sino para que lo tomen con cariño y hagan un pequeño esfuerzo para tratar de salvar distancias y entender, partiendo de mi dificultad para decirlo, y no de la dificultad de ustedes para entender.

Desde mi observación primaria de este tema, hago una relación, que espero no sea muy desacertada, entre salud y armonía: me imagino que la salud es bási-

camente una cuestión de armonía. Y hago otra apreciación, que a pesar de ser ya obvia me parece que no lo es tanto en la puesta en práctica social: me parece que hay una estrecha relación entre salud física y salud mental.

Yo voy a hablar, por supuesto, de los medios de difusión y lo que me parece son sus posibles contribuciones. Creo que se pueden ejercer al menos dos grandes tipos de acciones a favor de la salud desde los medios de difusión. Una acción, que llamaría "directa", en tanto es una acción expresamente manifiesta de comunicación sobre la salud, que pasa por algunos sectores más o menos clásicos, ya que son instrucciones específicas (mensajes con instrucciones específicas sobre salud, sobre higiene, etc.) y también la información sobre el ser humano (por ejemplo un programa de divulgación sobre salud desde el lado científico, médico, cómo es esto de que hay sexo, y todo eso). Y la segunda posibilidad de los medios de difusión, que para mí es muy importante, y sobre la cual me voy a extender, es lo que llamo "acción indirecta": es la transmisión, entre vendedora y seductora, de modelos de conducta, que hacen constantemente los medios de difusión. Ahí hay una campaña mucho más poderosa que la otra (la directa nos sirve justamente como servicio), ya que las verdaderas transformaciones de conducta se logran precisamente por esta acción indirecta que ejercen constantemente los medios. Más allá de lo que superficialmente nos digan, los medios de difusión nos trasladan todo el tiempo escalas de valores para afirmarlos, para distorsionarlos, para redistribuir ese orden en las escalas de valores, o para incorporar nuevos valores a esa escala en un lugar determinado.

Quiero hacer una aseveración —que espero que comparta Enrique Vázquez—, y es que todos los programas de televisión son culturales, a diferencia de lo que habitualmente se piensa que programas culturales son los que tienen el sello de cultural o un presentador con smoking. Un programa de sorteos, de entretenimientos, es un programa cultural, en tanto está trasladándonos todo el tiempo una escala cultural. Para profundizar un poquito este tema, tomaré como ejemplo la frase "Si hay miseria, que no se note": esta frase atenta contra la salud, en tanto alude a disfrazar o esconder nuestras vergüenzas. Esconder vergüenza, miseria y enfermedad, tienen casi un mismo significado; y al popularizar esta frase estamos propendiendo de alguna manera a la enfermedad, esto es, ayudando al ocultamiento. Creo que una buena frase para estos tiempos sería: "Si hay miseria, que se note", justamente para que no haya miseria; si hay enfermedad que se note, para que no haya enfermedad, porque es esconder la enfermedad lo que atenta contra la posibilidad de lograr la salud.

La idea de que el placer —y esto tiene que ver sobre todo con la publicidad— pasa por ser como otros, imitando ciertos aspectos superficiales, pequeños arreglos, pequeños objetos, grandes objetos, grandes arreglos como las cirugías estéticas, obviando que esos otros que aparecen allí, son mucho más que ese avi-

so o ese videoclip. Los medios nos dan de pronto una imagen muy cerradita de las cosas, y no se ocupan demasiado en aclarar que, además de lo que se ve ahí, hay toda una otra historia que completa eso; y nosotros tendemos naturalmente a sintetizarlo, a imaginar que es todo placer, que todo pasa por ahí; en consecuencia, a partir de esto, el placer no pasa por ser como nosotros somos. Y esto atenta contra nuestra armonía mental y física.

La exigencia de ciertos éxitos, que también es característica de los medios de difusión y quizá sea el valor más alto de la escala que ellos nos imponen, nos carga de un stress enfermante, entre otras perversiones aludadas. Se trata de un éxito vacío: es un éxito por el éxito mismo; más económico que otros éxitos en estos tiempos. A veces en los medios, tiene más espacio una persona que gana el prode, que un científico que descubre alguna bacteria, por ejemplo. Que una muchacha de ojos y pelo castaño sienta que es mejor ser rubia y de ojos claros, indica también un síntoma de enfermedad; que un amante del truco sienta que su placer es vergonzoso comparado con el bridge, es síntoma de que uno es víctima de una contradicción enfermante a la que nos someten contagiosamente los medios de difusión.

Pero, más allá de estos discutibles ejemplos, me gustaría coincidir con ustedes en el reconocimiento del poder que tienen los medios de difusión para transmitir salud o contagiar enfermedades (por supuesto, sin dejar de reconocer que también sirven para otra cosa). Ese poder, que se percibe claramente cuando se hace una lectura más profunda, no está regulado, y hasta está descuidado desde el punto de vista de la salud. Voy a hacer una afirmación pretensiosa: Difícilmente alcanzaremos la salud física si no atendemos a la salud mental. Veamos ahora otro ejemplo levemente enfermante, que tiene que ver con las noticias: los medios de difusión periodística nos arrojan diariamente un alto porcentaje de malas noticias, pero sobre todo son noticias con "tono" de malas: noticias que, aunque nos pasen demasiado lejos o tengan bastante poco que ver con nosotros, tienen el tono de mala noticia; es como que son malas para alguien. Un elemento más que obvio: los grandes titulares de los diarios son llamados "cuerpo catástrofe"; por alguna razón, lo grande tiene que ser catástrofe. Generalmente las malas noticias conllevan un mensaje apocalíptico (esto tiene que ver con esas noticias que son malas para los otros), y especialmente llevan ese mensaje apocalíptico cuando se suman, cuando uno hace acopio de malas noticias. Simultáneamente, entre un medio y otro nos dicen, competitivamente, que nos darán la noticia antes que nadie; una lectura que podríamos hacer de esto es: "El mundo se está por acabar, nosotros le avisaremos antes que nadie —esto es lo que dicen los medios— para que usted sea el primero en ir a comprar fideos!" (risas). La propuesta más importante aun en la inseguridad del subdesarrollo (pero me parece igualmente válida para todo el resto del mundo) es la de hacer una lectura de

nuestros medios desde el punto de vista de la necesaria salud del ser humano (también llamado “punto de rating” cuando es unido a 80 mil personas a las cuales no conoce).

Y agregó un detalle más, que tiene que ver con los medios: la mayoría de los medios de difusión actuales no tienden a garantizar la seguridad/estabilidad de periodistas que por servir a la sociedad comprometan la situación política o económica de ese medio. Si un periodista descubre un entuerto de algún laboratorio, de un medicamento, es difícil que en un medio realmente masivo el periodista tenga quien lo apoye en ese asunto, ya que a partir de la denuncia se atenta contra la situación económica, ya sea porque el laboratorio sea importante por la publicidad en ese medio, o por el poder político que tenga. Entonces el periodista va a tener miedo al servir a la sociedad. Sería muy difícil hacer una campaña de salud si no es posible denunciar escandalosamente —como la presencia de Susana Giménez en el casamiento de Darín, por ejemplo—, la presencia de agentes nocivos en un producto de consumo masivo, desde un remedio hasta un pancho. Creo que eso es gigantesco como problema de salud de una sociedad.

Si nos animamos a avanzar un poquito más y asumimos que “no hay salud social sin difusión masiva de la salud”; o, peor aún, “no hay salud social frente a una difusión plagada de agentes enfermantes”, descubriremos que es trascendental observar profundamente las estructuras mismas de la difusión de la cultura: por un lado, hacer una lectura de verdad de lo que los medios nos están diciendo, más allá de lo que dicen por la superficie; y por otro, revisar cómo se llega a esa difusión: desde dónde, representando a quién.

Ahora precisamente, el Poder Ejecutivo envió al Congreso un proyecto de Ley de Radiodifusión —que a mi gusto, tendría que llamarse Ley de Medios de Difusión Masiva—, y creo que es el momento en que todos los que nos preocupamos por la salud participemos en esa cuestión que es la formulación de una ley de medios que nos represente desde el lado de la salud. Como decía al principio, la salud tiene mucho que ver con la armonía, y el hecho simple de que los medios que recibimos sean armónicos con nosotros, es un primer e importantísimo paso para tender a la salud, desde los medios que poseamos. Bueno, eso era todo lo que quería decirles. Estoy muy arrepentido. Gracias.

Lic. Elichiry: — Mi objetivo es reflexionar conjuntamente sobre la supuesta neutralidad de los modelos de salud y educación, intentando que pensemos en una visión crítica de la educación para la salud. Tradicionalmente ha sido muy trabajado en el tema de la educación —que se presta más que el tema de la salud—, la supuesta asepsia y técnica, queriendo demostrar que no está connotada ideológicamente.

Es muy importante conocer cuáles son los supuestos que están detrás de los

modelos salud y educación: supuestos epistemológicos, concepción de hombre, teoría social en que se enmarca. Y si lo vemos en las prácticas predominantes en el área de salud, aparece que todo está como en un vacío neutro. Lo mismo pasa en las condiciones de aprendizaje.

Pensemos en una situación de aprendizaje que ha sido muy trillada últimamente por los medios de comunicación en función del paro de los docentes primarios. El mensaje reiterado era: "todo lo que los chicos están perdiendo y no aprenden por no estar en la escuela, cuántos días perdidos, cómo se van a recuperar, cuántas horas extras del currículum académico tendremos que dar..." Desde qué concepción del aprendizaje es esta reflexión? Desde la concepción de que sólo se aprende en la escuela, que ella es el único ámbito posible de aprendizaje. No obstante, es posible pensar una serie de conceptos que fueron aprendidos y que no se hubieran enseñado en la escuela. Por ejemplo, desde los chicos, ese intensísimo curso de economía política que se dictó fuera de las clases, consistente en empezar a hablar de qué es la deuda externa, orden económico internacional, el docente como trabajador y no ya como profesional, condiciones de trabajo; evidentemente que esto connota un modelo de salud y un modelo de aprendizaje. Por otro lado, creo que también los padres aprendieron algo respecto a que toda la vida familiar está organizada en función de la institución escolar, que las escuelas se han convertido en guarderías (como situación más importante que la académica), y que prácticamente nuestro medio social no ofrece espacios al niño fuera de la escuela, es decir, no hay un lugar para él si no está en la escuela.

O sea que hay varios aprendizajes, incluso desde el maestro; pero según las concepciones tradicionales, esto no se considera aprendizaje, porque no está dentro del ámbito escolar. Es decir que en los observables entran, evidentemente, connotaciones ideológicas; y los observables están definidos desde los modelos tradicionales positivistas como científicamente objetivos. Pero en realidad estamos desprovistos de cierta objetividad. Si concebimos el conflicto como saludable, es una concepción diferente a si requerimos solamente estabilidad como parámetro de lo saludable. En esta última, vamos a apuntar a los modelos más tradicionales de cómo fue surgiendo la educación para la salud. Hay que pensar en qué contexto histórico-social surgen determinados paradigmas y determinadas orientaciones, y qué reflexionamos sobre eso.

Supuestamente, salud y educación siempre planifican independientemente. Y digo "supuestamente", porque pienso que ha habido mucha coherencia entre ambas planificaciones, históricamente. Pensemos en los años '60, en el auge del desarrollismo: evidentemente que salud y educación apuntaban a un modelo desarrollista; esos son los supuestos que están detrás, y que pretendo reflexionar con ustedes hoy.

El área de Educación para la Salud ha sido confinada, desde el modelo médi-

co, a los lugares especializados tradicionalmente. De lo que se trata en este momento es de convertirla en un área interdisciplinaria, pero hay muchos obstáculos en esto de la implementación interdisciplinaria, pero hay muchos obstáculos en esto de la implementación interdisciplinaria; tal vez en una lectura un poco liberal, muchas veces obviamos el análisis de la estructura del poder, y al no analizarlo, evidentemente no se puede implementar una experiencia interdisciplinaria. Esta área, tradicionalmente se ha convertido en una yuxtaposición de distintas disciplinas, pero lo difícil es lograr el acuerdo en la conceptualización teórica, en esto de que en salud y en educación estemos pensando desde un paradigma más o menos compartido. Desde esta concepción, finalmente la educación para la salud se ha convertido en una técnica salvo excepciones de departamentos que están intentando orientaciones diferentes. Y creo que esto es riesgoso; por eso, hay que conocer los supuestos epistemológicos y no desvincularlo de ellos, porque si no, hay poca diferencia entre lo que podría ser divulgación de ciertas cosas al modo de una agencia de publicidad (en el cual a veces se pretende que sea de educación para la salud) y una experiencia realmente transformadora. Hay un cierto escepticismo en función de fracasos o dificultades en cuanto a experiencias macrosociales. Pienso que tal vez la alternativa pueda ser la de experiencias microsociales, experiencias chicas, modestas, pero contextuales en lo histórico de la institución; porque lo característico de este modelo biologista predominante que hemos tenido prácticamente hasta la actualidad, es justamente el desproveerlo de la historia. Creo que estas experiencias chicas, recortadas, la experiencia comunitaria vinculada a la historia del lugar, de Centros de Salud —y no LA gran experiencia—, pueden ser las únicas alternativas posibles para pensar la educación para la salud desde otra perspectiva.

Lic. Laplacette: — Recuerdo una conversación que tuve con un amigo que había estudiado inglés durante mucho tiempo (fue al colegio y a alguna academia), y a los 50 años se puso a estudiar inglés. Cuando le pregunté cómo le iba, me dijo: “Muy bien, porque tengo una profesora fantástica, que me está ayudando a sacar todo el inglés que tengo adentro”. Y creo que esto tiene que ver con un enfoque que nosotros tenemos en Educación para la Salud: que tanto los trabajadores de la salud como la población en general tenemos mucho saber adentro, porque se trata de cosas vitales, de cosas cotidianas, de cómo alimentarnos, de cómo hacer el amor, de cómo jugar, de cómo relacionarnos con otros. Hay cosas específicas que probablemente los trabajadores de la salud hemos aprendido, y entonces tenemos la obligación de entregárselas a quien no pasó por una facultad ni tuvo oportunidad de trabajar en salud, pero en una relación de respeto con el otro. Respetar el saber popular tiene que ver con un trabajo cooperativo, en el cual cada grupo conoce su historia, sus necesidades, su proyecto; es desde allí

—y no desde lo que nosotros creemos—, que hay que trabajar en Educación para la Salud. Esta es nuestra responsabilidad. La experiencia nos dice que aprender realmente juntos, definir juntos necesidades y estrategias, es mucho más positivo y valioso que tratar de imponer otras (las nuestras). No se trata de descalificar un conocimiento académico, un conocimiento que parte de una experiencia; sino simplemente tener en cuenta que el aprendizaje se hace en muchos lugares. Es una obligación nuestra, porque tenemos determinados elementos del conocimiento en nuestro poder, el hacer una investigación —pero desmitificada, no aquéllas super complejas, que parecen que son solamente para algunos elegidos— para conocer cuáles son, por ejemplo, los niveles de salud y cuáles son las pautas de enfermedad en los grupos sociales y qué es lo que han producido, cuáles son las estrategias de supervivencia que mejor han dado resultado históricamente o en alguna comunidad, y rescatarlas y difundirlas (es otra de nuestras funciones). En este sentido, creo que la Educación para la Salud puede ser liberadora —como planteaba aquí el programa—, porque está buscando explicaciones a algunas condiciones y por otro lado está impulsando o estimulando estrategias que permitan mantener o mejorar los niveles de salud.

Nosotros tenemos una experiencia de trabajo en equipo interdisciplinario; junto conmigo trabaja otra socióloga con experiencia en salud, un psicólogo social egresado de la Escuela de Cine, una licenciada en Bellas Artes, una licenciada en Educación, una licenciada en Comunicación, un médico, una asistente social. Es absolutamente necesario, pero difícil y doloroso, porque a veces sucede que a lo que uno llegó después de mucho esfuerzo, el otro que está al lado considera que no es así y que hay un enfoque mejor, e insiste en romper nuestros esquemas. Felizmente hay un espacio para insistir, pero esto no es fácil de sobrellevar, ya que no tenemos un aprendizaje de trabajar y de producir con respeto, con sentido crítico, con una historia de avance y retroceso, de amasar cosas que empiezan acá y terminan, y a lo mejor ni se reconoce dónde empezaron. Tal como decía Nora, también es importante ubicar en tiempo y espacio los proyectos. Yo trabajo desde un nivel central, en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, que habitualmente, históricamente, tiene algunos programas: proyectos verticales que baja a los efectores de hospitales y centros de salud. Nosotros hemos preferido trabajar de otra manera: reconociendo que cada área, cada lugar, cada equipo conoce mejor las necesidades de su zona, de las poblaciones con las cuales trabaja. Hemos preferido trabajar formando grupos de multiplicadores en Educación para la Salud; hemos preferido trabajar investigando o reconociendo cuáles con las necesidades de ese grupo, cuáles sus concepciones, por ejemplo, en relación a la crianza de los chicos, a lo que es estar en una situación de emergencia médica; cuáles son sus posibilidades de acceso a los servicios; cómo se distribuye el acceso a los servicios en los distintos

sectores de la población. A partir de eso, hemos propuesto proyectos de comunicación, a partir de las necesidades y de las condiciones que existen y no de las que nosotros creemos. Es importante tener en cuenta también la variable de la factibilidad: hay cosas que se pueden y cosas que no; y entonces las tenemos allí, como una imagen a la cual queremos llegar pero que aún no es posible.

Allí donde hemos podido trabajar, por ejemplo en algunas comunidades, estamos tratando de fomentar un trabajo cooperativo entre el equipo de salud y la comunidad, para que, conjuntamente, definan sus necesidades y busquen formas de resolverlas.

También trabajamos en comunicación a través de los medios masivos, con todas las dificultades que les estaba señalando. Se habla habitualmente de los espacios gratuitos que tenemos los organismos oficiales, pero ello es muy relativo, porque a esos espacios es difícil acceder si no es dentro de determinados esquemas aprobados; y tampoco son tan gratuitos, porque por ejemplo, para pasar un cartón por TV hay que mandar varias copias, las cuales nunca se devuelven. Desde el trabajo cotidiano, no es tan simple la comunicación en los medios masivos y —como señalaba Carlos en su presentación—, no es solamente ese mensaje elaborado y seleccionado el que está produciendo mensajes y modelos, sino que es todo el conjunto de mensajes que están produciendo los medios lo que llega a la población; con la dificultad, en el caso de los medios masivos que no tenemos devolución, que no sabemos qué es lo que pasa; sabemos que estamos emitiendo cosas, mensajes, modelos, pero no sabemos cómo los reciben, qué es lo que comprenden, qué es lo que no comprenden, qué les producen. En este sentido, creemos importante recalcar el trabajo de comunicación interpersonal, donde hay un espacio, donde hay un diálogo, donde hay una posibilidad de decir “esto no me parece bien...” yo creo que ustedes están equivocados... la mejor manera sería otra”; esto no existe en los medios masivos. También existe otra posibilidad de comunicación que estamos tratando de probar, que es lo que se llama “comunicación alternativa”, que consiste en utilizar algunos canales de comunicación ya apropiados por la gente, y a través de esos canales comunitarios, tratar de elaborar y difundir algunos mensajes. Lo mismo ocurre con los materiales de Educación para la Salud: no son productos aislados de la gente ni son productos que uno puede hacer como podría ser algún otro elemento de uso para adorno o lo que fuere; sino que deben tener que ver con aquél con el cual vamos a trabajar; entonces, lo mejor es hacerlo juntos, lo mejor es ir buscando diseños cooperativos en los cuales, el que sabe diseño gráfico va a darle la forma, el que sabe cómo escribir un mensaje será el encargado de la redacción. Pero en todo caso, el estilo de decirlo, la forma de decirlo, la elección de una manera de buscar una imagen u otra, todo esto tiene que ver con aquél para el cual va a estar dirigido el mensaje.

En ese sentido, nosotros hemos tenido realmente un apoyo muy importante. Quino ha trabajado con nosotros y realmente ha podido interpretar bastante bien la necesidad de la gente, a través del diseño de algunas imágenes. Esta es otra de las necesidades que tenemos en el Departamento para trabajar en Educación para la Salud: la producción de material es a partir de los estilos de los distintos grupos de edades, de los distintos grupos de población.

Sr. Enrique Vazquez: — En la parte del programa en que nos toca participar a Carlos Abrevaya y a mí —“Educación para la Salud y Medios de Comunicación”—, creo que es fundamental agregar la palabra “social”. Porque medios de comunicación somos todos nosotros; tenemos herramientas incorporadas desde siempre para comunicarnos con los demás: nuestra manera de hablar, nuestra manera de peinarnos, de vestir, de caminar, de gestualizar, lo que decimos, lo que escuchamos, etc.

Curiosamente, cuando nos comunicamos de persona a persona, la salud aparece como el elemento primordial o preponderante en las comunicaciones espontáneas (“hola, como estás, cómo andás?” “yo bien, pero tengo jodido a mi viejo”...). Es ese tipo de comunicación individual, que se pierde justamente cuando la comunicación se socializa a través de los medios. Esa relevancia que tiene la salud, y el preocuparse por cómo está el otro, se relativiza y se posterga en los medios de comunicación masivos. Quizá la clave esté en la masividad.

Quisiera deslindar absolutamente mi responsabilidad sobre el tema de Educación para la Salud, —del que no conozco nada— y tratar de compartir algo acerca de ciertas precisiones sobre medios de comunicación social.

Qué es Comunicación social? Es una transferencia de elementos simbólicos, significantes, mensajes —como lo han llamado varias veces acá—, que grupos de expertos o emisores interesados, producen a través de inventos mecánicos o tecnológicos, y se dirigen a un público vasto, heterogéneo y geográficamente disperso. Las características de este receptor, condicionan las características de los medios. Vale decir, para llegar a más gente, uno necesita de medios mucho más masivos; y mientras más heterogéneo sea el público a quien uno quiere destinar un cúmulo de mensajes, más diversificados y heterogéneos van a ser los mensajes en sí mismos.

En qué consisten estos inventos mecánicos y tecnológicos? La prensa, por supuesto (que es quien hace verdaderamente masivos los mensajes), la radio y la televisión.

En qué se transforma esto cuando los expertos en operar estos medios actúan? Se produce un rubro de carácter industrial, claramente identificados con la industria cultural —y aquí coincido con Carlos Abrevaya—, como ya la llaman desde los años '20/'30 los hombres de la Escuela de Frankfurt. Esta industria cul-

tural provee bienes y servicios de tipo cultural, y fundamentalmente un producto que es de consumo masivo: información.

La materia prima de la información es la noticia. Definida desde la ingenuidad, la noticia es un segmento de la realidad. Ahora, es absolutamente real que todos nosotros estamos acá hoy reunidos, y tan real como eso es que no vamos a aparecer mañana en los diarios ni están los canales de TV transmitiendo una preocupación de todos ustedes por el tema de la Educación para la Salud para que vivamos sanos en el año 2000. Entonces, cuáles son los factores que hacen que segmentos de la realidad sean noticia y otros queden perdidos. Hay un mecanismo de valoración de esos segmentos de la realidad, que se hace según intereses ideológicos, políticos, o netamente comerciales. La mayor parte de las veces hay una coincidencia aleatoria entre los intereses ideológicos, políticos y comerciales.

Hay una cuestión diferencial entre la educación que ustedes piensan y la educación que ustedes piensan que debe aparecer en los medios. Hay una legitimación social del rol del educador, del maestro, del profesor; que ha pasado por una universidad, que ha sido sometido a evaluaciones, que tiene títulos habilitantes. Y hay una supuesta legitimación social, de parte de los operadores de los medios, que encuentran esa legitimación en el mayor impacto que puedan llegar a tener esos medios: la venta de su producto en los kioscos o las mediciones de audiencia (en el caso de la radio y la televisión). Cuanto más perverso suele ser el producto informativo, mayor es el consumo social de ese producto; lo cual nos habla de una desvirtuación de esa legitimación supuesta y argumentada por los comunicadores como "aquí está mi respaldo" o "aquí está mi validez social" para ser el emisor de determinado cúmulo de mensajes para la sociedad.

Hay una necesidad de pensar esto quizás a la luz de una imprescindible reforma constitucional, porque estamos todos imbuidos de aquel precepto —que cuesta mucho mover en la Argentina— del derecho a informar, el derecho a expresar las ideas por la prensa sin censura previa (es ahí donde nace la legitimación ideológica de muchos de los comunicadores o de los dueños de medios). A esta altura, convendría pensar en la Argentina de 1853, donde nuestros muy bien intencionados consituyentes tenían un país de un millón de habitantes, de los cuales sólo el 10% sabía leer y escribir. Vale decir, ese anhelo muy bien intencionado de poder expresar las ideas por la prensa sin censura previa, estaba hecho para el 10% de aquella población argentina de 1853; eran las personas que podían incorporarse al discurso de los medios como productores o como receptores de ese producto escrito; si pensamos además que un pequeño porcentaje de ese 10% eran mujeres —y que por lo tanto, a pesar de saber leer y escribir, estaban marginadas del quehacer social, político y cultural de la época—, tenemos que la integración de ciudadanos al derecho de expresar las ideas por la prensa era mínima.

En aquel momento, la producción de mensajes masivos era sólo por vía me-

cánica (la prensa); después aparece la tecnología, y se complejiza mucho el tema del mensaje instalado en la sociedad. Ya no hay más emisores y receptores quietos, aferrados a un esquema comunicacional estático, sino que hay un productor de mensajes y hay un reproductor de mensajes; y ese mensaje que oscila entre un productor y un reproductor, se convierte en un discurso, que nos engloba, nos compromete, nos involucra, y muchas veces nos pauta nuestra vida social.

Esto nos obliga a repensar la Constitución en términos de, más que derecho a informar, derecho a ser informado con la verdad y oportunamente, y a desestimar estos reclamos que utilizan algunas vacas sagradas de la comunicación en la Argentina. Algunos de ellos los tienen como protagonistas a los médicos; ustedes saben que hay una ley que prohíbe explícitamente ejercer cierta publicidad de soluciones sanitarias para la población desprevenida (por ejemplo, aquellos avisos que se refieren a enfermedades venéreas); hay una pena específica, que en este momento es de 1.000 australes por día por la violación de esa ley. Sin embargo, el diario Clarín, que es uno de los que con mayor frecuencia publica los avisitos del doctor, dice que, en el caso de que se lo sancionara con la aplicación de esa multa prevista por ley, se estaría violando la libertad de prensa. El tema está entremezclado, y por supuesto, siempre prevalece el derecho del dueño de Clarín a ganar plata con los avisos (soprendiendo muchas veces la ingenuidad, la buena fe, o la ignorancia de la población), por sobre los intereses sanitarios de esa población desprevenida.

Sr. Abrebaya: — Acá se habla en un momento de experiencias chicas, como las experiencias posibles. También se hacen experiencias chicas con el Programa de Democratización de la Cultura. Se hacen muchas experiencias chicas, y me parecen muy valiosas, desde el intento mismo de hacer el intento de conectarse uno con la otra persona de carne y hueso que está delante; y me parece también de un gran esfuerzo. Pero también creo que es muy difícil lograr una transformación social si se hace eso al mismo tiempo que se está haciendo lo contrario desde el medio de difusión masiva. Entonces, ciertamente este costado trascendente de la experiencia chica es útil, y necesario, juntamente con la utilización, en el mismo sentido, de la gente, de la sociedad —que es dueña de los medios de difusión masiva—, de esos medios y de esas posibilidades “grandes”, para que por lo menos no pateen en contra (eso es lo que me parece gravísimo).

Se dijo también que hay toda una ideología detrás de lo que se hace por la salud. Creo que es inevitable: siempre va a haber toda una ideología detrás de las estructuras. Pero sucede que desde hace un tiempo, mucha gente en la Argentina hemos creído que la democracia es posible; y entonces esa ideología tendría que ser la que surja del deseo de las mayorías nacionales. Por lo tanto, si nos parece que esa ideología no es correcta, lo que pasa es que la democracia está fallando

por ahí: no hay democracia allí. Es muy difícil imaginar la democracia si los medios de difusión —que son un poder tan importante como el Ejecutivo, el Legislativo o el Judicial— no se democratizan también. Eso hará que después haya sí una ideología, pero será una ideología nuestra.

Lic. Elichiry: — Tal vez esto de las experiencias chicas tiene que ver con lo que yo había mencionado. No las desartículo de lo macrosocial; es fundamental. Lo que pasa es que tengo muchas dudas, incluso respecto a lo que recién planteaban de Comunicación Social. Claro que no conozco el tema, pero lo pensaba desde modelos de educación y modelos de aprendizaje, si es tan así esto del receptor y emisor. Pienso que sobre el receptor se van trabajando las representaciones sociales, y a veces, por más que el mensaje sea trillado, reiterado, no siempre la repetición es exactamente igual —creo que por suerte—; entra en una estructura asimilatoria de representaciones sociales, que a veces no son exactamente a las que se refieren los medios de comunicación. Y puede haber toda una campaña de propaganda, pero por suerte la realidad es contradictoria, y a veces la propaganda no es tan efectiva. Esa es una idea más optimista, no?

Sr. Abrebaya: — La efectividad suele no pasar por la campaña, sino por lo que aparentemente no está hecho para vender. Por eso me refería al otro mensaje, que los medios de comunicación constantemente están tirando sin expresarlo. Ciertamente, hay una penetración tangible desde los medios de comunicación, más allá de que no surge para todos, ni para todos igual; pero sí surge para grandes mayorías.

Lic. Laplacet. — Siguiendo con esta idea de las experiencias en espacios o en áreas reducidas, no sé si ellas son contrapuestas a la comunicación a grandes poblaciones, pero queda claro que son distintas.

El estilo que estamos proponiendo, de buscar un espacio de diálogo, de compartir el poder de decisión, de discutir desde las expectativas de cada uno, las necesidades y proyectos comunes, todo esto requiere de un clima de confianza, de conocimiento, de seguridad, porque venimos de experiencias muy negativas en esto de decir los que pensamos, de exponer nuestras ideas, de defender proyectos, de comprometernos. En ese sentido, yo creo que es factible hacer en experiencias, no sé si chiquititas, pero por lo menos localizadas en tiempo y espacio, donde los actores nos podamos reconocer, donde sepamos que hay un espacio aceptado y permitido de discusión, de disenso, hasta de cierto nivel de agresión y conflicto, porque hay un proyecto común en el cual estamos todos comprometidos. Quizá en los medios, se manejan otros intereses y otros grupos de poder tal vez mucho más difíciles de aprehender.

Público. — (Formulada a la Lic. Elichiry) Más experiencias chicas, que significan cambio, pueden desarrollarse en un macro-entorno estático? Cómo sería el cambio cuali-cuantitativo en el macro-entorno, a partir de experiencias micro? El cambio, es consecuencia lineal?

Lic. Elichiry: — Pienso que las experiencias recortadas microsociales, pueden ser experiencias desarrolladas más en profundidad, inmersos en la cotidianidad, de donde salen las prácticas de salud. Este tipo de estudios sí tiene un abordaje verdaderamente cualitativo. Yo aquí definiendo, en una primera instancia de aproximación, lo cualitativo, hasta que queden hipótesis descriptivas claras, sobre las que se va a implementar después algo cuantitativo. Pero no está desvinculado de lo macrosocial; debiera responder a lo macrosocial —son recortes—. Pero lo que pasa es, como bien decía Carlos al comienzo, no deberían estar desarticulados; pero muchas veces lo están.

Me parece que quien hizo la pregunta, está planteando otra discusión de fondo, que apunta a lo que serían las metodologías cuantitativas versus las cualitativas. Yo creo que son aspectos complementarios; que en un primer momento de aproximación, es necesario tener desarrollos cualitativos, con descripciones en profundidad, que después pueden invalidarse cuantitativamente; pero la primera aproximación pienso que tiene que ser de tipo cualitativa.

Por otro lado, en un área como esta, en la cual es tan importante lo interdisciplinario, es necesario empezar en esto con experiencias recortadas, porque también acá está implícita la integración del equipo de trabajo. Y vuelvo a destacar que lo más difícil en el equipo de trabajo es lograr esa especie de consenso acerca de qué se está entendiendo por salud y educación. Parece una cuestión muy sencilla pero no lo es, porque muchas veces hay paradigmas opuestos, y que hay que comenzar a develar.

Público (Formulada al Sr. Abrevaya) — Tomando la frase “Toda la difusión es cultura”, qué entiende por cultura? Y, a qué cultura responde esta difusión?

Sr. Abrevaya: — Me parece que cultura es el traslado de escalas de valores, y traslado por lo tanto de costumbres; el traslado a veces seductor, vendedor o convincente de formas de vida a los otros, desde pequeños objetos de consumo a maneras de comportarse con los demás. Cultura es cómo trata un animador de televisión a su público, a la persona que está en el estudio; cultura es qué preguntas hace, qué manera tiene de relacionarse la gente, desde el medio de difusión, como ejemplo hacia los otros.

La otra pregunta, más que una respuesta merece un estudio. Esta difusión pa-

rece responder, en términos más grandes, a una cultura económica, en tanto el sustento, la vida o la muerte de los medios de difusión parecen depender de los intereses económicos (a los cuales parecen estar subordinados incluso los intereses políticos).

Público (Formulada a la Lic. Laplacette). — Por qué se plantea Educación para la Salud como un programa en un cuartito y en un barrio y no como meta general?

Lic. Laplacette: — Yo no lo planteo como un programa en un cuartito en un barrio. Claro que hay planteos de metas generales. Creo que la Educación para la Salud, como la Medicina, como la Educación, como las actividades que se realizan en una sociedad cumplen una función. Entiendo que la Educación para la Salud debería, por un lado, reconocer cuáles son las condiciones de vida de la gente, sus necesidades, sus patrones de enfermedad y de muerte y por qué; y difundir esto que investigue y demuestre junto con las estrategias para mantener la salud o combatir la enfermedad. Creo que esto tiene que ver con metas mucho más generales que lo que plantea esta pregunta. Lo que yo sí dije es que el estilo de trabajo que nosotros pensamos que es óptimo y factible en este momento, en una comunidad con actores conocidos y comprometidos en esta comunidad.

Público (Formulada a la Lic. Elichiry). — Cómo se imbrica el saber popular y el saber formal, para llevar adelante un programa de Educación para la Salud? Que peso debiera tener cada uno de ellos?

Lic. Elichiry. — Creo que esto de la incorporación del saber popular es un punto crucial. Creo que toda propuesta debe partir de las representaciones sociales, incorporando el saber popular. Algunas de las aproximaciones tradicionales se hicieron desde la perspectiva de un saber formal, académico, alejado del contexto, como estas programaciones masivas, de escritorio, sin tomar en cuenta la demanda, las necesidades, las representaciones sociales. Por eso yo nuevamente reivindicó lo de las experiencias recortadas, en cuanto a partir de las necesidades explicitadas por la propia comunidad.

Público (Formulada a la Lic. Elichiry) — Por qué siempre se habla de Educación para la Salud para la población y no para los trabajadores de la salud, que pueden llegar a boicotear las acciones?

Lic. Elichiry: — Acá hay una buena diferenciación conceptual, que implica distintas categorías. No es lo mismo hablar de trabajadores de la salud, que hablar

de recursos humanos, que hablar de fuerza de trabajo; apunta a distintas orientaciones. Creo que la idea del Equipo de Salud, en educación para la salud, es la de constituirse en trabajadores de la salud, conjuntamente con la participación de la población. Creo que, desde el primer modelo que se plantearía aquí —salud para la población—, hay detrás un enfoque eficientista, que planifica, decide, organiza e implementa. Desde la otra perspectiva se hablaría de un modelo de planificación participativa, en el cual los actores sociales están participando en la toma de decisiones. Lo que pasa es que en estos proyectos —y aquí retomo algo que había dicho Graciela Laplacette—, hay que considerar lo viable, lo deseable y lo posible. Habría entonces que incorporar algunos elementos de planificación estratégica, al estilo de lo que propone el Dr. Mario Testa.

Público. — ¿No se olvidaron de la Educación para la Salud que se desarrolla boca a boca, y es la herramienta por excelencia de la APS?

Lic. Laplacette. — No, no nos olvidamos; lo dijimos.

Público: — ¿Tenemos los medios de difusión que nos merecemos como pueblo? ¿El raiting, democratiza los medios de difusión? ¿El pueblo, “soporta” o “aporta” a la elección de los mensajes? ¿No nos falta un proyecto nacional al respecto?

Sr. Abrevaya: — La respuesta es SI (risas). Si me reiterás algunas de las preguntas, podría ser más explícito. (Se reitera la pregunta acerca de si tenemos los medios de difusión que nos merecemos como pueblo). En la medida en que no nos representan, creo que no los merecemos. Ahora que, en cierta forma, indican cómo es esta sociedad. Pero yo creo que los que estamos acá, a lo mejor no nos sentimos representados, acompañados, servidos por los medios de difusión en general. (Se reitera la pregunta acerca de si el pueblo “soporta” o “aporta” a la elección de mensajes). En esa medida, soporta. (Se reitera la pregunta acerca de si no nos falta un proyecto nacional al respecto). Justamente lo que falta es eso: un proyecto que permita la participación.

Público (Formulada al Sr. Abrevaya). Ciertamente, todos los programas son culturales, en tanto transmiten mitos, creencias y valores del medio social en que están insertos. Entonces, cómo explicar la contradicción asignable a la mitad de la población, que debe mostrar la cola o llevar huevos, pero al mismo tiempo es considerada responsable y portavoz de la salud de su familia, hacedora del psiquismo de sus hijos e hijas menores de 5 años. Qué piensa usted... en serio (risas).

Sr. Abrevaya: — Bien, este tema de mostrar la cola y llevar huevos, yo supongo que se remite a alguna experiencia vivida mirando televisión, a algún programa, no sé cuál (risas). Quiero aclarar que ese es un programa de humor, y entonces es muy difícil pretender que tenga una lectura directa. Nosotros no proponemos necesariamente como modelo todo lo que aparece en forma de chiste. Lo que se puede leer en eso, sí. Y que se puedan leer errores, también... ¿Quién no? O acaso me van a decir que en otros lados no... Creo que lo interesante de la pregunta es cuando dice "Qué piensa Ud., en serio": creo que preguntarme a mí en serio, es falta de seriedad (risas) Yo lo que simplemente quería hacer, era mear algún estímulo, y a lo mejor coincidir en lo que coincidimos con esta persona: en que todos los programas son culturales; esa conciencia me parece significativa.

Público (Formulada al Sr. Abrevaya). — ¿Cómo piensa que puede trabajarse desde la salud, la futura ley de radiodifusión? ¿Cómo podría generarse un verdadero debate sobre la salud en los medios de difusión? ¿Qué estrategia debería llevarse adelante para vencer los intereses comerciales y poder debatir sobre el tema?

Sr. Abrevaya: — Creo que el primer paso es hacer más amplia que este recinto la conciencia del problema, es decir, la conciencia de estas cosas que hemos dicho sobre los medios de difusión. Lo que se me ocurre como posible es, a partir de esa difusión casera, pequeña, hecha con los sistemas a los que se aludía acá respecto a los pequeños grupos, y a través de juntarse, la posibilidad de participar dentro de los partidos políticos, llegando quizá con ese pensamiento a los que tendrán que debatir el tema en el Congreso. De todas maneras, esta va a ser una ley, pero no va a ser una ley eterna; será una ley modificable. Pero si podemos participar en esta, habremos dado un pasito. Si después la ley no nos conforma, la modificaremos. Lo importante es tener en claro que habría que trabajar hacia la democratización de los medios de difusión. Si uno tiene claro eso, no va a cejar en ese esfuerzo, y finalmente va a tener resultados en la medida en que esa idea sea compartida por la mayoría.

Público (Formulada al Sr. Vázquez). En una sociedad de consumo, la prioridad es vender el producto o la ideología. En la verdadera comunicación social, la prioridad es el sujeto. Siendo la salud un derecho natural del individuo, ¿cuál es la forma para lograrlo?

¿Cómo se consigue el equilibrio en los medios de difusión, para que no haya censura previa, pero que a su vez no tengan acceso personajes antidemocráticos, como ocurrió con un reportaje al delincuente Aldo Rico?

Sr. Vázquez: — Hay una instancia superadora de estos intereses comerciales o de esta determinación ideologizante de una sólo persona por sobre muchas otras, y sustituyendo además, esta única persona, la capacidad de expresión social de esas muchas. Es preservar los medios de comunicación del Estado. La ley propuesta por el Poder Ejecutivo, enviada al Congreso de la Nación hace tres o cuatro días, no solamente es una involución con respecto al aparato de que dispone la sociedad en conjunto a través del Estado, sino que se trata de una ley que es, sin ninguna duda, la más privatista del planeta, hoy por hoy. No hay un antecedente en la Tierra que tenga los elementos privatistas que tiene la ley propuesta por el Poder Ejecutivo al Legislativo. A diferencia de un formidable dictamen y de una formidable propuesta de ley de radiodifusión, del Consejo para la Consolidación de la Democracia. Es esta una propuesta que nos equipararía jurídicamente, legislativamente, a las sociedades más avanzadas —siempre hablando del mundo occidental y cristiano, nada de pensar en cosas feas—. Países como España, en plena transición, produjeron también el debate sobre la radiodifusión, el efecto de los medios, de qué herramientas comunicacionales debía disponer la sociedad, qué participación debían tener los capitales privados en medios justamente alejados del dominio del Estado. España, Alemania, Inglaterra, Bélgica, Holanda, Italia, Francia... no son países precisamente silenciados por el totalitarismo del otro lado de la Cortina de Hierro; y sin embargo, comparados con la legislación propuesta hoy por el Poder Ejecutivo. Un Poder Ejecutivo condicionado por la crítica abrumadora de la gran patronal de medios, nucleados en una cosa que se llama CEMCI —Cámara de Empresarios de Medios de Comunicación Independientes— que son falsamente independientes, porque dependen de la publicidad que les provee el Estado, y cada vez que el Estado les retrae publicidad ponen el grito en el cielo, que son dependientes del Estado en la provisión de papel para imprimir sus productos; que son socios del Estado en la impresión de productos; etcétera.

Un gobierno debilitado por las elecciones del 6 de setiembre, por la avalancha de críticas cuando el Consejo para la Consolidación de la Democracia elaboró su dictamen, etcétera... Ese gobierno reculó, convocó a un par de personajes para que elaboraran a las apuradas un dictamen distinto, compatibilizador de las pretensiones de la CEMCI y del dictamen del Consejo para la Consolidación de la Democracia, y salió este engendro que —de alguna manera— hay que frenar. Yo los convoco a que todos ustedes, paralelamente a las preocupaciones específicas que tienen sobre el ejercicio de su profesión y de su trabajo, participen lo más activamente posible en el debate que se debe dar en nuestra sociedad acerca de qué va a pasar con nuestros medios; que somos nosotros, ya que nosotros vamos a tener una identidad condicionada por los medios. Y si se nos enajenan medios que son nuestros —aunque los estemos usando mal, tenemos posibilidades

de corregirlos—, todo se va a ir al diablo. De modo que la convocatoria al debate es amplia y es urgente.

Público. —¿Se puede educar para la salud sin erradicar las causas de enfermedad o, en definitiva, educar para la salud consiste en señalar y desenmascarar aquellos factores económicos, sociales y políticos que nos mantienen en el subdesarrollo y la dependencia?

Lic. Laplacette. — Es parte de lo que yo estaba planteando aquí como la función que nosotros le asignamos a la educación para la salud. Educar desde la realidad significa ver a dónde estamos parados, por qué algunas personas se enferman y de qué cosas, por qué otras se enferman de otras, por qué algunas personas tienen acceso a determinados servicios y otras no... Y esto, darlo a conocer. Pero no por un mero interés de difusión, sino precisamente para que la gente tome conciencia y en todo caso asuma las conductas que la lleven a modificar esas situaciones, si son injustas.

Público (Intervención que no se grabó por cambio de cassette).

Dr. Stein: —Cuando uno habla de Educación para la Salud, esto está connotado por la forma en que uno fue aprendiendo esta Educación para la Salud, y esto está muy asociado a la idea de los carteles que se cuelgan en todos los lugares para que no los lea nadie y no los entienda nadie. Esta pregunta —que más bien es una afirmación_ de que en realidad los cartelitos de Educación para la Salud los producen algunos que no hablan con la gente ni tienen nada que ver con la gente, que dan mensajes generales, son absolutamente ineficaces. Y creo que en los medios masivos, en que también pasan a veces cartelitos, la ineficacia está en que el protagonista principal del mensaje no se siente de ninguna manera incluido; no sólo en la producción, sino también en lo que está diciendo el que está difundiendo este mensaje llamado de Educación para la Salud.

Respecto a la pregunta acerca de cómo transmitir la ideología a los más altos niveles de salud, correspondería preguntarse primero: ¿quién los va a transmitir, quién define cuáles son los más altos niveles? Y esto coloca en el centro al problema del poder. La política educacional es transmisora de contenidos concretos, que son los que dominan socialmente en ese momento las estructuras de poder, y frente a esto, existen los embriones de los mensajes que corresponden a comunicaciones trabajadas grupalmente.

El concepto de salud no es abarcable sólo desde el punto de vista de la patología. Un concepto muy importante de salud es “adaptación activa a la realidad”, y se refiere a la capacidad crítica de la realidad. Estamos influidos desde la idea

de que la salud es el no tener la enfermedad biológica. Pero hay gente que tiene absoluta normalidad biológica y tiene una mirada de la realidad fortalecedora del statu quo y no se propone modificar nada.

Hay que tener en cuenta qué proceso simultáneo y paralelo, corre entre la estrategia de APS —cuyo componente fundamental es la participación social—, y aquellas transformaciones económicas, sociales y políticas que hay que producir para que abran ese caudaloso río que es efectivamente la participación popular. Y en ese caso, no va a haber que convencer a los que están arriba, sino que ellos van a ser expresión del convencimiento previo que ya hubo abajo. Esto tiene que ver con una contradicción relativamente falsa; desde ya que lo principal es lo de abajo, pero lo de abajo tiene que ayudar a transformar lo de arriba, y lo de arriba vale, en la medida que responda a lo de abajo.

Público: (Formulada al Sr. Abrevaya) Usted mostró su preocupación respecto a un trabajo recortado a nivel microsocioal, mientras existe un gran poder antagonico que actúa a nivel macrosocioal. ¿No cree que si coordinamos las experiencias recortadas microsocioales con un fin en común, pueden éstas tener una fuerte repercusión en la macrosocioal, y que los cambios sociales —históricamente— se realizaron de abajo para arriba?

Sr. Abrevaya: — Primero que yo estoy muy contento, y no mostré mi preocupación sino mi ocupación. También creo que sí, que coordinar estas actividades microsocioales puede darles más repercusión. No sé si una repercusión mayor que la que ejercen desde el dinero y el poder, los medios de difusión masivo. Creo que es difícil de lograr, pero sería bueno que fuera así. Por otra parte, me parece imprescindible que se haga también ese tipo de trabajo. Yo simplemente estaba observando que veamos que si los medios de difusión masiva no actúan a favor de eso y actúan en otro sentido, es muy difícil competir y los resultados pueden ser estériles. Porque si alguien se junta en una villa de emergencia para resolver el problema de un colectivo, lo hace entre la gente, con decisión de varios, etcétera... hace un ejemplo de democracia ahí. Pero si después esa persona, en muchos otros lugares no encuentra esas mismas respuestas, no puede poner en práctica eso que hizo en el grupo, siente que de alguna manera lo han trampeado, que no sirvió lo que hizo, que era una ilusión, y que lo demás es mucho más poderoso; se siente frustrado y termina "des-participando". Yo recuerdo una cosa que hacía la Municipalidad, que era lo de los Centros Culturales en los barrios, que me parece que al principio tenían una gran participación —que tenía que ver con la euforia que inclusive transmitían también los medios masivos de difusión—, y que se fue debilitando, y terminó siendo muy escaso y carente de medios (económicos inclusive), no se pudo desarrollar, y ahí se frustró. Me parece superválido ese

sentido del esfuerzo y el trabajo de esa manera, pero creo que, imprescindiblemente, tiene que estar acompañado por el otro trabajo grande, de los medios masivos de difusión. Esto no parece imposible, o por lo menos tendríamos que ser concientes que es imposible y por qué lo es.

Respecto a que siempre los cambios sociales se realizaron de abajo hacia arriba, yo esto no lo sé; honestamente, me parece que acá ha habido algunos cambios sociales que se han hecho de arriba para abajo, lamentablemente.

Público: (Formulada a la Lic. Elichiry) — En algunos medios, la única forma de llegar al aprendizaje de la lecto-escritura es el colegio; por ejemplo, lugares del país donde los padres son analfabetos. En la casa, los chicos aprenden a sobrevivir, y en la escuela a leer y escribir.

Lic. Elichiry: — Yo diría que quién sabe si en la escuela aprenden a leer y escribir, porque la realidad educativa de nuestro país nos está mostrando que justamente en las zonas rurales, cuando los padres son analfabetos, los chicos presentan muchas dificultades para leer y escribir, porque estos aprendizajes no tienen una connotación exclusiva de lo escolar, sino que tienen un origen extra-escolar. Y si no se toma en cuenta la historia del aprendizaje, las influencias del medio, la información, la cultura, la pertenencia, el estilo de uso del lenguaje del chico (y eso no lo está tomando en cuenta la escuela), se produce una fractura en el aprendizaje. Una fractura no en función de patologías individuales o de problemáticas individuales, ya que afecta en términos poblacionales, y a determinados sectores y no a otros; pero por los indicadores de alta deserción escolar, bajo rendimiento de estas zonas a que se refiere la pregunta, pareciera que la instancia educativa formal, todavía no ha sido una solución, al menos en Latinoamérica. Mi perspectiva es la de retener al chico en la escuela lo más posible, pero creo que hay que transformar la escuela, de manera que ésta incorpore en su programación, en su curricula, otros estilos culturales, otros usos lingüísticos, otras modalidades, que no son exclusivamente las de las clase media.

Sr. Vazquez: — Me quedé enganchado con el concepto de salud que dio Stein, como adaptación activa a la realidad. Entonces, la salud está vinculada a la percepción de la realidad y, en sociedades de masas, ese acercamiento, esa percepción de la realidad se hace a través de los medios. Quiero saber dónde está el patrón de salud, vinculado a la realidad, mediatizada. Esto daría la razón de ser que estuviéramos Carlos Abrevaya y yo junto a ustedes que saben, acá. ¿A qué realidad nos adaptamos o respecto a qué realidad somos críticos, y cuánto percibimos de la realidad como para ser “sanos” en nuestra adaptación o en nuestra crítica reflexiva? Esa sería la gran cuestión de esta mañana. Sobre todo, a qué modelo

de la realidad nos vamos a remitir cuando establezcamos el patrón de salud, o cómo tenemos que ser críticos y respecto de qué. Tenemos que, por ejemplo, toda la enfermedad social, a través de los medios, está remitida a los sectores populares (consumo de droga, alcoholismo, delincuencia). Cuando los pibes de la Carrera de Ciencias de la Comunicación dicen "hay que devolverle el habla al pueblo", y bajan todo el dogma, está bien intencionado. El único informativo de los que tenemos en la TV que le devuelve el habla al pueblo, es Nuevediarario. Efectivamente, en vez de hacer el desfile de funcionarios que aparecen por el muy bien intencionado noticiero de ATC revoleando el dedito y diciendo cuántas cosas buenas va a hacer por este país y cuántas cosas buenas ya hecho por él, Nuevediarario va a la villa, donde la señora cuenta que, porque no pasa el colectivo, la hija tiene caminar quince cuadras para volver del trabajo, que ya la han violado tres veces en los últimos seis meses, que el marido llega borracho a la casa y le pega... En fin, todas las cuestiones atroces están depositadas o expresadas por el pueblo en Nuevediarario; ahí está devuelta el habla al pueblo, pero con la onda perversa de Nuevediarario, en donde hay una degeneración del mensaje que emite el pueblo espontáneamente ante la cámara. Y ahí está la utilización comercial e ideológica, donde se concentra en los sectores populares toda la enfermedad de la sociedad. Entonces, si vamos a desentrañar algo esta mañana de la relación entre salud y realidad, creo que ahí está la clave.

Público: — En estas Jornadas de APS noto poca participación de la comunidad. Será por poca difusión o porque la comunidad no pudo escuchar el mensaje. ¿Cómo se podría revertir esta actitud?

Dr. Spinelli: — (Por los organizadores): La consigna de la organización era no intervenir demasiado, para no abusar del ser de la Comisión Organizadora, pero tomamos la pregunta del compañero. La invitación a la comunidad se hizo por los medios a los cuales nosotros podemos acceder. Es obvio que hay una intencionalidad de que esto no trascienda. A mí me sigue llamando la atención la ausencia de autoridades de salud de esta misma casa, como de autoridades de salud de distintos sectores, y de nuestros mismos compañeros profesionales o estudiantes. Pero también es cierto —y eso lo tiro a los periodistas— que desde los medios hay una apología de la enfermedad. Nos pasó el año pasado, que en medios que leemos con afinidad, estas Jornadas fueron vendidas como "medicina para pobres". Y la noticia que se vende en los medios por lo general es de apología de la enfermedad. No hay una cultura de salud metida en nosotros mismos, y nos cuesta revertirlo a nivel social. No obstante, la invitación a la comunidad se hizo hasta el límite de nuestras posibilidades. Las limitaciones de organización, de capacidad y de poder son evidentes, y nos impidió llegar más allá.

Público: — (Formulada a la Lic. Laplacette). ¿En qué lugares y en qué ámbitos se puede desarrollar la Educación para la Salud? ¿Con qué organización se puede estructurar? ¿Cuál es el proyecto actual en tiempo y espacio? ¿Qué relación tiene con los estudiantes de la Facultad de Medicina?

¿Cuáles son los programas de Educación para la Salud de la Municipalidad, dónde se localizan, quiénes participan? ¿Se ha implementado algún tipo de evaluación de los programas?

¿Qué medio de comunicación utilizan para integrar los grupos de trabajo (radio, TV, afiches, etc.)? ¿En qué lugar físico (escuelas, plazas, etc.)? ¿A qué población está dirigida, cuáles son los objetivos y dónde hay que anotar-se?

Lic. Laplacette: En primer lugar, quiero decir que nosotros no somos omnipotentes, y somos muy concientes de los límites que tenemos. Así que, a pesar que entendemos que hay muchas cosas para hacer, estamos haciendo sólo algunas. Entre las cosas que estamos haciendo está el trabajo con grupos multiplicadores de Educación para la Salud. Nosotros tenemos una posición dentro de lo que es la Educación para la Salud, dentro de lo que es el aprendizaje y dentro de lo que es la salud (que de alguna manera coincide con lo que se ha explicitado hoy en la Mesa). Esto es lo que tratamos de compartir con otros compañeros de trabajo, o con otras personas de la comunidad que pueden ser multiplicadores de Educación para la Salud. Los maestros están entre ellos, y con ellos tenemos un proyecto bastante importante que tiene casi dos años de desarrollo, donde trabajamos también con un sector de la Secretaría de Educación de la Municipalidad que es la Escuela de Capacitación Docente. Por otra parte, una de las cosas que hicimos en un primer momento fue detectar, dentro de los Hospitales o Centros de Salud, gente que trabaje en ellos y estuviera interesada en Educación para la Salud, para empezar a discutir ideas y estimular la organización y el desarrollo del proyecto, cada uno desde su lugar de trabajo.

Uno de los indicadores positivos para nosotros, en el desarrollo de estos grupos multiplicadores, es cuando aparecen proyectos novedosos, autogestionados, proyectos que se combinan entre sí. Esto forma parte de nuestra necesidad de comunicación: que la gente que está trabajando en un área en un hospital o un centro de salud sepa qué es lo que está haciendo otro, y entonces de golpe aparecen proyectos comunes, donde ya nosotros tal vez ni figuramos; pero este es justamente el logro en la tarea de formación de agentes multiplicadores.

Otra forma de trabajar, son distintas estrategias de comunicación entre las cuales mencioné que hemos tenido algunas experiencias con los medios. Carlos planteó una situación con la cual nos encontramos: no siempre los mensajes de salud tienen espacio en los medios. Hemos probado otras formas de comunica-

ción alternativa, buscando a nivel gráfico, a nivel oral, en el diario del barrio, por parlantes que escuchan los pobladores en algunas zonas.

Otro trabajo, que de alguna manera tiñe estas otras formas, es la investigación entendida como el aporte de realidad sobre el cual vamos a trabajar. Creo que la investigación empieza cuando hay una pregunta; nosotros nos preguntamos: *¿tienen los sectores populares de la ciudad de Buenos Aires, acceso a la ambulancia para el auxilio a domicilio? Y nos encontramos con que tienen severas dificultades en esta única alternativa que poseen de auxilio ante la emergencia médica. Esto nos llevó a preguntarnos qué era estar en condiciones de emergencia médica, para esta población. Y nos encontramos con que tienen ideas diferentes con respecto a los sectores medios y altos. Nos encontramos también con que las comunicaciones que hasta ahora hicimos vendiendo el servicio no hacen más que provocar una sobre-utilización irracional del servicio de parte de sectores que tienen otro tipo de cobertura, en detrimento de los sectores que, como única alternativa, cuentan con la emergencia médica de los servicios públicos. A partir de estas investigaciones, propusimos un proyecto de comunicación por los medios masivos para hacer una educación de para qué sirven estos servicios y quiénes son los que prioritariamente deberían acceder a ellos, y un trabajo concreto con esos sectores para que reconozcan las instancias de urgencia, para que trabajemos conjuntamente con el equipo de salud en una mejor accesibilidad a los servicios, y que además haya una exigencia de este derecho que tienen como ciudadanos a utilizar un servicio que ha sido generado para eso.*

Sr. Abrebaya: Quería comentar solamente que, en favor de la salud de los aquí presentes, vivamos como un logro esta reunión. (Más allá de que estuvo cargada de visiones críticas, tirando a pálidas...), que no nos angustiemos. Porque esta reunión sirve en todo caso para perfeccionar nuestro diagnóstico sobre lo que nos pasa. Invito a que nos movilizemos aunque sea oralmente, para modificar los problemas estructurales. Esa movilización oral es muy sencilla y la puede hacer cada uno en su propia casa en sus ratos libres: es bueno y útil conversar con al gente que uno tiene al lado. Y sigamos sintiendo que estamos juntos, aunque no muy organizados todavía, pero en proyecto de organización. Acá también hay presentes funcionarios oficiales. Recordemos que esto no era posible en otro tiempo (aplausos).

Público: — He observado una entrevista que le hacía una periodista de la NBC a Fidel Castro, y en un determinado momento, jaqueada por las respuestas que le daba Castro, ella dijo: “Bueno, pero acá en Cuba no hay libertad de prensa”, a lo que Castro le contestó: “En realidad confunde libertad de prensa con propiedad de los medios de prensa, que son cosas

diferentes. Si el dueño de la NBC no quisiera que me hagas este reportaje, no lo harías". Yo calculo que tanto Enrique Vázquez como Carlos Abrevaya trabajan en medios donde saben hasta dónde pueden llegar, y si alguna vez no estuvieran de acuerdo se irían, total en este país hay mucho trabajo y podrían conseguir otro... Este es un aspecto que tiene que ver con lo que veníamos hablando.

Otro es que, allá en mi provincia, en Misiones, una vez se nos ocurrió con los agentes sanitarios hacer una encuesta en medios rurales para ver cómo se informaba a la gente. La sorpresa fue que solamente desde las 6 y media de la mañana, hasta las 7 y media —y con mucha descarga— se escuchaban emisoras argentinas; después todas eran brasileñas. No llegaba ningún canal argentino y nadie leía diarios. Por si los porteños creen que esto sólo nos pasa a los misioneros, les aviso que hay un indio que habla como Tarzán, que está promoviendo por televisión unos planes de ahorro donde, con un radar, ustedes van a ver ahora toda la red O Globo de Brasil, así que si se suscriben, pronto van a poder ver emisoras brasileras igual que nosotros. Estas dos cosas que les comentaba es para revalorizar lo que en algún momento salió en la mesa, que es la educación cara a cara, o la educación lo más cercana al pueblo, con las características culturales que se dan.

El primer día, cuando nos tocó hablar desde el panel, decíamos que creemos que los instrumentos son neutros, y que la carga ideológica está en el uso que se hace de ellos. Por ejemplo, los sistemas de tele-educación, que hoy día se están empleando bastante, parecen una buena herramienta, en tanto y en cuanto uno haga de ellos algo transformador, que es el objetivo al cual se apunta a través de la educación (a transformar algo, no colocándose en el lugar del supuesto saber, ya que el saber está en el pueblo).

Sr. Abrebaya: —No sé si debemos tenerles miedo a los medios de difusión que vengan de afuera, como tampoco creo que debamos tenerle miedo a una película que no esté hecha en nuestro país. Creo que la cultura que proviene de otro lado también sirve, nos ha servido históricamente. Estamos hablando, no de cómo evitar que otros piensen, sino cómo hacer que todos pensemos. Creo que el proceso difícil es que la gente llegue a poder hablar, a poder difundir sus ideas. Donde se produce lo desparejo, es que grandes mayorías de seres humanos argentinos no pueden acceder a la difusión de sus necesidades; y por allí pasa el problema, más que por el hecho de censurar. Porque ese acto de evitar, por ejemplo, ver cine extranjero o de imponer ver cine nacional, genera otro tipo de polémica que no nos sirve. Creo que hoy es más útil apelar a un derecho casi indiscutible que tenemos: el derecho de poder expresarnos, en relación a los grupos que componemos; y sobre eso tendríamos que hacer hincapié. Para mí no es grave y

no me deforma demasiado el ver —y rechazar, a lo mejor— un modelo importado, en la medida que puedo construir el propio. Lo que pasa es que no lo puedo construir. Lo que pasa es que cuando viene Michael Jackson, las revistas hablan del “fenómeno Michael Jackson”, y entonces, un señor que no tiene nada que ver conmigo, al que no le entiendo lo que dice, empieza a tener más valor, porque me están vendiendo otros valores alrededor de él. Creo que, en lugar de esa disposición que decía que el veinticinco por ciento de la música emitida tiene que ser folklórica, lo que hay que hacer es el esfuerzo de vender las virtudes que sí tiene, lo lindo que sí existe en la cultura nacional, más que en generar sistemas de censura que son como límites que después razonablemente se tiende a burlar.

Público: — Yo vivo en Esquel y soy médico. Hace 3 años allí había solamente una radio, nacional (LRA9), y un canal de televisión de circuito cerrado, privado, que se manejaba de una manera bastante prepotente con respecto a la información (pasaba el Cisko Kid como estreno, por ejemplo). El grado de agresividad de este canal para con la gente llegó a tal extremo que el pueblo hizo una manifestación y casi le incendian el canal. Hubo que canalizar esa agresividad por otro lado y entonces se creó una cooperativa, que puso otro canal de televisión. La ley de radiodifusión prohíbe a las cooperativas ser propietarias de medios (no sé si la nueva ley contempla o no eso), pero ya estábamos en el período democrático y encontramos la manera de “trampear” este inconveniente, a través de que un asociado de la cooperativa funcionase como licenciatario. Recién ahora, después de 3 años estamos emitiendo los primeros programas; pero esto duró 3 años, y hay que poder estar 3 años con la expectativa de la gente. Tenemos más o menos mil quinientos asociados y doscientos conectados con servicio en la casa ya. Esto lo comento, porque a lo mejor puede servir de experiencia para que en algunos lugares, en otras provincias, en los barrios se pueda hacer algo concreto con respecto a esto. Porque si uno quiere comunicare y obtener información de la que le interesa, pues la tiene que generar a través de medios propios en una de esas; y creo que nosotros hemos empezado el camino. Si lo vamos a hacer bien o mal, va a depender en definitiva de la gente, que es la que elige al Consejo de Administración todos los años. Se los quería contar porque —yo no soy experto en esto de lo micro y lo macro— esto es lo que hemos hecho en Esquel. (Aplausos).

Sr. Abrebaya: —Quiero hacer una pregunta: ustedes, ¿qué canal miran? No, porque yo supongo que vos me vas a decir que ese canal, pero es importante esto, porque lo que quiero decir es que uno mira y ama lo que le es propio, y eso es muy significativo también.

Público: — Quería completar la información, porque la respuesta frente a la cooperativa que dio el otro canal, fue que puso antena satelital, se empezó a ver ATC en directo, y puso dos canales más (el de Bariloche y el de VCC); y aparte de eso, el gobierno de la Provincia, ante esta experiencia, se gastó una millonada de dólares en poner también microonda para pasar el canal de Rawson en directo. Así que ahora tenemos 7 canales de televisión en Esquel, pero la gente sigue con la cooperativa (aplausos y risas).

Público: —Luego de lo que el panel ha planteado sobre la educación y los medios de comunicación, y teniendo en cuenta cuáles son los factores que determinan el proceso salud-enfermedad, no creen ustedes que no basta la Educación para la Salud, sino que es necesario lograr una formación ideológica verdaderamente nacional y un protagonismo del pueblo, para hacer valer los derechos que le corresponden. Recordar que salud implica vivienda adecuada, salarios y condiciones dignas de trabajo, seguridad social, alimentación adecuada, saneamiento ambiental.

Lic. Laplacette: — Quiero comentar algo, porque se estaba planteando aquí el tema de la educación cara a cara y la de los medios. Coincido con algo que planteó la mesa. Lo que importan son los objetivos, y no la técnica. Acá lo que estamos planteando es un aprendizaje conjunto de trabajadores de la salud con la población acerca de nuestras necesidades y las mejores estrategias para lograrlo; en todo caso, aquella técnica que estimule el debate abierto y honesto, que plantee la posibilidad de disentir y de buscar, de equivocarnos y de volver a avanzar conjuntamente, creo que ésa es la válida. Si algún medio de difusión masiva lo permite, habría que utilizarlo o buscar los espacios si es que no existen. Pero si la otra posibilidad es la única que tenemos, también hay que utilizarla. Y en este sentido, en respuesta a la pregunta, insisto en que no podemos ser omnipotentes, nadie está diciendo que la Educación para la Salud va a transformar la sociedad. Pero si estamos trabajando desde aquí, tenemos que aportar desde aquí lo nuestro, sin desconocer que haya otras instancias y otros niveles donde se discutan esas otras cosas, dado que la postura es que acá no hay una verdad. Traemos una opinión, una posición, justamente para estimular una discusión sobre el tema.

Lic. Elichiry: Evidentemente la Educación para la Salud no va a resolver todos estos problemas, sino sería lo que ha sido, la curita en la hemorragia. Hay que transformar justamente esta línea de la Educación para la Salud, no seguir pretendiendo que sea una técnica, sino integrarla, y con un equipo de trabajo interdisciplinario, en el cual estén perfiladas las distintas disciplinas, y en el cual el

rol del médico no sea rol del modelo médico hegemónico, sino un rol nuevo, a construirse, porque todavía no está.

Dr. Stein: —A modo de cierre, quiero decir que yo al menos aprendí que había una forma extra-escuela de aprender y de educar y de participar. Lo que nosotros hemos aprendido en estos días de los maestros, de su transformación y de lo que ellos han mostrado, es aquello de que dentro-del-aula y fuera-del-aula es una unidad, y ver dónde está colocada verdaderamente la educación y de alguna manera también, indirectamente, la salud. Ojalá esta forma de repensar la salud de otra manera, pueda manifestarse en la calle, de la misma forma en que por sus necesidades y sus aspiraciones (no solamente salariales), expresaron los maestros.

LA PRACTICA EDUCATIVA EN EL CAMPO DE LA SALUD*

M.T. MARSHALL**

“Promoción y educación son opciones consecutivas a un análisis de los problemas de salud de los pueblos latinoamericanos, los que no se resuelven exclusivamente por la vía curativa o de expansión de los servicios de salud”.

I. NOTAS PARA DEFINIR EL ESCENARIO

a) Una práctica de salud en el ámbito no gubernamental

Durante la década de los 80, América Latina ha sido escenario de irrupción de experiencias que buscan instaurar condiciones para un desarrollo alternativo en la región. Hoy día, el fenómeno no-gubernamental es reconocido y observado por los distintos foros internacionales como un espacio donde ha emergido la creatividad y la innovación.

Este espacio inicialmente se define a espaldas del mundo gubernamental, pero poco a poco, empieza a plantearse una posible articulación. Es en este terreno no gubernamental o “alternativo” donde descubrimos una original manera de enfrentar los problemas de los pobladores urbanos, de los campesinos, de las mujeres marginadas de la producción, de los jóvenes, niños y ancianos, con el apoyo de diversas instituciones y sus respectivos equipos técnicos. Allí se buscan soluciones, se despliegan recursos e iniciativas en el área de la salud, del trabajo, de la vivienda.

Estas experiencias —a veces invisibles y silenciosas— han ido desarrollando una práctica de salud que critica la forma de implementación de las políticas pú-

* Extractado de Enfoques en Atención Primaria de la Salud. Año 3. N° 1, 1988, Santiago de Chile.

** Trabajadora Social. Coordinadora de la Red Latinoamericana de Atención Primaria y Educación Popular. Consejo de Educación de adultos de América Latina. (CEAAL).

blicas de salud tanto en el pasado como en el presente. Buscan responder a las necesidades de la población, específicamente aquellas relacionadas a sus condiciones de vida, trabajo, alimentación, saneamiento básico, recreación, etc. Buscan una nueva forma de crear salud, a través de la gestión participativa y organizada entre comunidades y técnicos.

b) Una práctica de Salud basada en APS

El concepto de atención primaria en salud, (APS) acuñado en 1978 en la Conferencia de Alma-Ata, refleja un acuerdo consensual y una estrategia para alcanzar la meta de salud para todos a fines de siglo. Se trata de una visión integral que señala causas en los niveles económicos, políticos, culturales y sociales, y que proyecta un concepto global donde la salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino que se refiere a la calidad de vida e incluye lo físico, intelectual y emocional de las personas, familias y comunidades. Propone soluciones holísticas al poner el acento en el desarrollo de capacidades para enfrentar en forma participativa y organizada los desafíos de la salud para todos.

El concepto de atención primaria se sustenta en tres criterios básicos para una política de desarrollo: equidad, coordinación intersectorial y desarrollo de capacidades propias.

- **Equidad:** la APS es un derecho humano básico, por lo tanto la lucha por la salud para todos es una tarea de justicia social. Este principio plantea un llamado a la redistribución de recursos, asignación de prioridades y acceso a servicios básicos para toda la población. El llamado se basa en las enormes desigualdades existentes entre los países —y también al interior de éstos—, resaltando cómo el alto costo de la atención en salud y el desarrollo tecnológico deja, entre ellos, un abismo cada vez mayor.

- **Coordinación intersectorial:** Responde a una crítica sobre cómo los gobiernos planean y manejan las políticas públicas; una crítica al paralelismo y a la repetición de tareas, que equivale a un desperdicio de recursos ya escasos. Se traduce en un llamado a la colaboración y cooperación entre los distintos sectores sociales y económicos.

- **Desarrollo de capacidades propias:** Este concepto es portador de múltiples implicancias que apuntan a confirmar que las personas y las comunidades tienen que tomar en sus manos el cuidado y la mantención de su salud. En este punto la crítica se refiere a la tradicional medicalización de las acciones de salud donde las iniciativas se han concentrado en los equipos médicos, desplazando completamente a los individuos, quienes han asumido un rol pasivo.

En los tres criterios descriptos reside el sello distintivo de esta estrategia participativa de salud, que está apelando a desplazar el centro de gravedad del que-

hacer desde los aparatos institucionales de los niveles centrales hacia la comunidad organizada y equipos profesionales locales.

Su materialización ya no puede ser sólo tarea de quienes trabajan en las políticas públicas. Es una tarea de desarrollo que invoca a los distintos sectores sociales en un reto por coordinar múltiples esfuerzos en el plano de la agricultura, la vivienda, el empleo, la industria, la educación, la recreación y las comunicaciones, entre otros.

En forma simultánea, la estrategia define el papel que jugarán los grupos y organizaciones locales en el logro de la meta. El llamado es claro: no habrá salud para todos sin incorporación activa y organizada de la comunidad. A dicha participación, sin embargo, se le da un espectro de significados, que va desde la participación como mecanismo para ampliar la cobertura de la atención de salud hasta establecer reglas que permitan a las organizaciones locales ejercer influencia en el planeamiento, gestión y control de tales servicios.

c) Una práctica de salud con un componente promocional y educativo

El trabajo de promoción y educación en salud ocupa un lugar privilegiado entre las experiencias de APS que se desarrollan en el campo no-gubernamental. Promoción y educación son opciones consecutivas a un análisis de los problemas de salud de los pueblos latinoamericanos, los que no se resuelven exclusivamente por la vía curativa o de expansión de los servicios de salud. Resolver los problemas de salud es sinónimo de transformar las condiciones de vida, aquellas que hoy generan la desnutrición, el hambre, la diarrea y otras.

Así, se trata de una particular práctica educativa —que no apunta sólo a difundir un saber—, pues los criterios que la orientan son básicamente similares a aquéllos postulados por la concepción de APS, pero subrayando, en este caso, una convocatoria a la organización de las comunidades, al desarrollo de una conciencia crítica y a la implementación de programas y actividades integrales. Tales criterios se traducen localmente en respuestas específicas.

Si estableciéramos un puente entre APS y trabajo de educación y promoción en salud desarrollado en el campo no gubernamental, ¿cuáles serían los aportes y desafíos mutuos? Con propiedad, las experiencias en educación popular han logrado responder a una serie de demandas de los grupos, organizaciones y movimientos de la comunidad. Especialmente, han abierto un espacio de participación, de comunicación, de intercambio; en definitiva, lugares de pertenencia, de valoración hacia las personas, su cultura y sus anhelos de cambio.

En el logro de estas metas, la educación popular ha sido capaz de innovar en metodologías y técnicas que facilitan la participación de los individuos y que generan relaciones sociales democráticas. En otro plano, ha estimulado el desarro-

llo de procesos de investigación de la realidad de los sectores populares, en la mira de una revalorización de la propia cultura, tarea que también ha sido emprendida con las personas y grupos directamente involucrados.

Los animadores sociales —mediadores que en cada contexto reciben un nombre específico— han intentado mantener una voluntad de sistematización, de manera de provocar procesos de intercambio y enriquecimiento de las prácticas.

d) El otro escenario

Si bien las prácticas de salud que hemos reseñado contienen elementos innovadores y sugerentes, en una perspectiva general ellos no son dominantes.

Específicamente, en el campo de la educación en salud, prevalece una perspectiva de creciente medicalización, tanto en el concepto, el discurso y la práctica. Los medios de comunicación de masas inducen cotidianamente al consumo médico: en la televisión un médico aconseja aspirinas y un dentista invita a usar una nueva pasta de dientes; también un economista o banquero nos venden un nuevo y sofisticado seguro de salud. En las ferias y mercados populares, junto a los alimentos, frutas y verduras, se instalan vendedores de productos farmacéuticos: paracetamol, diazepam, cloramfenicol, ampicilina. En las calles del centro de las ciudades y en los barrios marginales observamos farmacias que exhiben en sus vitrinas las ofertas de la semana, contra el resfrío, el dolor, la diarrea, el insomnio, el stress, el malestar estomacal. En fin, una larga e inagotable cadena que vende un concepto y una práctica de salud. La salud se compra, se consume. Una práctica dominante y habitual, extremadamente lejana de la propuesta señalada anteriormente, y que los programas de educación y promoción deben combatir cotidianamente.

II. PERSPECTIVAS PARA LA EDUCACION POPULAR EN LA APS

La práctica educactiva con adultos en el campo de la salud no es homogénea, pues hay distintas concepciones que la orientan. Este hecho determina no sólo dónde se origina, sino también su campo y destino.

En primer lugar, identificamos una orientación normativa en la educación en salud, que trata de inculcar o imponer una forma considerada adecuada para cuidar la salud y prevenir la enfermedad. El sello de una fuerte cultura medicalizada se hace presente en este modo de trabajo educativo. Esta orientación persigue objetivos claros: la erradicación de una enfermedad o el cambio de un comportamiento erróneo que no asegura el buen cuidado de la vida. Es una práctica que se organiza, por lo tanto, en torno a contenidos claves a transmitir, que estructuran

un modelo normativo. Aquí lo normativo encierra la relación dicotómica sano-enfermo y el objetivo es transitar de lo uno a lo otro, con una carga valórica que se expresa en: limpio-sucio; informado-ignorante; activo-pasivo.

Los métodos educativos privilegiados por esta tendencia son afirmativos, expositivos o demostrativos. Se trata de mostrar "lo correcto", no sólo se transmite un contenido, sino también una forma de pensar y actuar. Otras técnicas educativas activas apoyan este trabajo, cuya identidad es la transmisión de un modelo, más que el grado de actividad y participación de las personas involucradas.

En este sentido, los momentos educativos son espacios para facilitar la adquisición de capacidades e iniciarse en el buen camino del cuidado responsable de la salud. El educador-animador, que generalmente corresponde a un trabajador de la salud, irá determinando, definiendo, ordenando, regulando, dosificando, poniendo en marcha y evaluando el desarrollo de actividades en función de esta polaridad enfermo-sano.

En segundo lugar, reconocemos una orientación personalizada, centrada en el aprendizaje personal-individual. Intenta desencadenar las motivaciones y disposiciones de los individuos hacia su propio desarrollo. La persona es aquí sujeto de su propia formación. Se parte reconociendo esas fuerzas internas creadoras y dinámicas que empujan al individuo hacia el conocimiento y el saber. Privilegia la toma de conciencia a través de pequeños grupos que ponen en común sus vivencias, experiencias y necesidades. En esta orientación, la relación con el saber es difusa, se reconoce a todos como portadores de un saber y cabe, por lo tanto, liberar esas potencialidades. Nos encontramos, así, con una forma predominantemente no directiva; aquí es el grupo quien va gestionando su propio desarrollo. El educador es casi sólo un animador.

Esta orientación educativa facilita la expresión de las necesidades e intereses de las personas, como seres individuales y colectivos. Al reconocer y valorar los conocimientos de cada cual, empuja hacia nuevas dimensiones del saber y del actuar. Lo educativo es aquí un proceso de auto-valoración, que permite el desarrollo de múltiples capacidades.

Las metodologías y técnicas utilizadas corresponden a aquellas que faciliten la expresión personal, a través del juego, el testimonio, el teatro, el dibujo, etc. La perspectiva de la auto-formación y del desarrollo personal se ven reforzadas a través de este trabajo educativo.

En el campo de la salud tiene claras ventajas en comparación a la primera orientación, en tanto permite un compromiso personal con el saber y con una práctica.

En la medida que la educación en salud busca cambios a nivel de los individuos, esta perspectiva ofrece un camino, que parte de las motivaciones e intereses de las personas y logra que ellas se autoafirmen y emprendan un proceso for-

mativo. A través de esta práctica educativa personalizada no se formarán consumidores de normas y modelos de salud, sino actores críticos en el plano personal.

En tercer lugar, identificamos una orientación del trabajo educativo que se define por su inserción en lo social y cultural.

Se trata de desarrollar la práctica educativa desde los individuos ubicados en un determinado escenario y se recoge esa particular ligazón. El destino es precisamente la formación para la transformación de las relaciones sociales. Tenemos entonces que lo social es tanto punto de partida como de llegada; pero, además, un referente constante para el trabajo educativo. Así, si la preocupación es aprender sobre salud, el camino será comprender las condiciones concretas en las que se desenvuelve la vida de los grupos participantes, reflexionar sobre ésta y apuntar hacia la transformación. De este modo, lo educativo rompe los muros de lo puramente reflexivo y se sitúa en el campo de la acción social. Se busca una simultaneidad entre educación y cambio, desde las pequeñas dimensiones cotidianas hasta aquellas de carácter estructural. En tanto que cambiar apela conocer, aquí el saber es considerado una herramienta necesaria y fundamental.

Los grupos que han podido desarrollar esta orientación han logrado valorar manifestaciones de la vida cotidiana. Es en esta cultura cotidiana donde están impresas nuestras prácticas de salud, los modos particulares que cada pueblo ha acuñado para defender la vida y crear salud. Formas simples, ritos invisibles, tareas de mujeres y niños que se conjugan para vivir mejor y tener respuestas al dolor. Pequeñas prácticas impresas en la historia de los sectores populares, que oral y sensorialmente se han transmitido a través de generaciones y han pasado del campo a la ciudad recreándose en las nuevas condiciones. Historia que combina prácticas y creencias, que en el terreno de la salud convergen en una unidad sincrética, donde se confunden los límites de lo natural, lo mítico y lo afectivo.

Las tendencias enunciadas de la acción educativa son, en cierta medida, concepciones teóricas que en la práctica se encuentran entrecruzadas. Por lo tanto, cuando analizamos un proceso educativo concreto, descubrimos tendencias o énfasis, pero rara vez una estrategia pura. Sin embargo, identificar tendencias es un ejercicio útil para agudizar nuestra mirada y lectura sobre nuestra práctica.

III. PAPEL Y FUNCION DE LOS MATERIALES EDUCATIVOS

Las tendencias educativas reseñadas se corresponden con el material educativo que emplean, aunque no existe una relación absoluta. Entre ambos —material y práctica— se ubican los actores, —educadores y educandos—, quienes en definitiva van imprimiendo el carácter a la práctica. En este sentido, subrayamos

que los materiales no son más que uno de los instrumentos para dicha relación.

Se puede identificar las distintas funciones que cumplen los materiales educativos según la tendencia educativa que los origina.

a) Material-consumo

Cuando la intención es inculcar un determinado modelo, que se traduzca en la adquisición de pautas adecuadas de conducta o el desarrollo de actividades favorables hacia una forma definida de cuidar la salud, se necesitarán materiales educativos que expongan y muestren ese modelo deseado.

En este caso, la producción y validación de materiales educativos seguirá fielmente los pasos del modelo instruccional.

Jorge Osorio (1) señala cómo esta opción se basa en un proceso empirista, guiado por objetivos pre-establecidos y rígidos. El material educativo tiene como fin apoyar la conceptualización de los temas y posteriormente se espera que los “educandos lo apliquen en su vida diaria”. Los temas son definidos por los especialistas, los que a veces son validados a través de técnicas grupales —del tipo “marketing social”— para medir su aceptación por parte de la población.

El grupo, que en definitiva debe consumir los conceptos y modelos contenidos en el material, es el destinatario y, en tanto tal, ente pasivo-receptor.

Los ejemplos son variados; los más utilizados a nivel de sectores populares son láminas que ilustran lo correcto y lo incorrecto, ya sea en temas de alimentación, higiene, etc. Pero también en esta categoría se ubican aquellos libros, cartillas o manuales que contienen el desarrollo de un tema específico, que se pretende transmitir a un destinatario pasivo.

b) Material- sustituto

Cuando la opción es hacia el desarrollo personal, los materiales tienen un carácter fundamentalmente activo, con un importante espacio para la creación e innovación por parte de los usuarios. Pero su principal característica es sustituir al educador, éste se diluye en el proceso educativo y lo más importante es el desarrollo de cada una de las personas.

Los materiales educativos corresponden, en este caso, a guías de aprendizaje personal, que el individuo va trabajando según sus motivaciones y capacidades. Estas guías combinan contenidos conceptuales y propuestas de actividades o ejercicios.

c) Material- materia prima

Si la intencionalidad educativa apunta a crear un proceso grupal activo, de reflexión y acción, el material educativo tiende a ser una materia prima, una herramienta que induce a la reflexión, introspección y análisis.

Se trata de un material con límites poco definidos y su utilización —como toda materia prima— dependerá de quienes la trabajan y hacia dónde orienten su práctica educativa, determinada en gran parte por su propio contexto social y cultural. Es entonces un material que contiene una intención, es abierto y provocador a la participación de los educandos. Lo importante, en este caso, es que permita a los participantes expresar sus experiencias, vivencias e ideas; apoyar su proceso de reflexión y, por último, abrir el campo de la acción como algo posible y necesario. Este tipo de materiales propone más que impone o sustituye.

Su carácter propositivo, le otorga una flexibilidad que obliga a analizarlos o evaluarlos en el contexto en el cual se utilizan. Es claro que su potencialidad radica no en sí mismo, sino en las capacidades de educadores y grupos. Su producción está estrechamente ligada al proceso educativo y requiere de la incorporación de la experiencia —vida, lenguaje, imágenes— de quienes lo irán trabajando. Sigue, por lo tanto, un itinerario de elaboración participativa ya que no sólo se hace para los destinatarios, sino también se hace con ellos.

IV. MATERIALES EDUCATIVOS Y FINALIDADES DE USO

Cuando reconocemos que los materiales educativos están inscriptos en una determinada estrategia educativa que les da sentido, es necesario diferenciar sus finalidades de uso. Se puede distinguir dos gruesas finalidades:

a) Apoyo directo en la acción educativa

Incorporamos a esta categoría aquellos materiales destinados a apoyar o fortalecer el trabajo educativo directo; son parte de este trabajo. En este sentido, son autorreferidos sobre el tema, problema, grupo y aportan una respuesta inmediata y concreta al problema que se aborda a través de la práctica educativa.

Se encuentran tantos materiales como experiencias en el campo de la salud, porque para cada grupo es necesario producir sus propios materiales, en tanto éstos son portadores de identidad y pertenencia. Pero también ante la ausencia de sistematización, estos simples materiales provocan procesos de intercambio y enriquecimiento de las prácticas.

Dentro de cierta dispersión, muchos se repiten en los temas más frecuentes,

ya sea enfermedades comunes (piel, diarrea, broncopulmonares), alimentación y prácticas tradicionales de salud (hierbas). En tanto materiales de apoyo a la acción directa, tienen carácter esporádico, no están registrados, se pierden, se acaban; a la vez, tienen un carácter puntual porque se trata de apoyar, reforzar un mensaje o forma de trabajo precisa. Es el caso de las cartillas, volantes, trípticos y afiches, que duran el tiempo de desgaste de una o dos hojas de papel.

Ordenamos también bajo este título los materiales educativos cuyo origen está muchas veces en la experiencia concreta de un pequeño grupo, pero la intencionalidad del material lo trasciende, proponiendo a otros una alternativa de acción. Podríamos clasificarlos como materiales que pretenden reciclar y potenciar esas experiencias de apoyo y proponerlas a otros. Son materiales que están en elaboración y revisión continua, que pueden ser fácilmente incorporados al trabajo de otros introduciendo modificaciones particulares. Es el caso de la mayoría de los juegos, guías o materiales de capacitación.

b) Apoyo indirecto en la acción educativa

Clasificamos en esta categoría aquellos materiales que precisamente persiguen difundir o comunicar una determinada experiencia a un grupo más amplio, por lo tanto son necesariamente producto de un proceso de investigación, acción o sistematización. Combinan, también, la intención de sensibilizar, informar, crear opinión; son materiales que recogen una historia, una tradición, como en el caso del uso de plantas medicinales. Son elaborados por grupos que no sólo se dedican al apoyo o acción directa, sino aquellos que desarrollan investigación-acción o buscan sistematizar sus experiencias de campo. Su creatividad y sus aportes no siempre tienen continuidad, porque son productos de salida. En términos de uso para otros grupos, representan un valioso aporte y un material de motivación, consulta y referencia. Es el caso de los manuales, ya sea sobre lactancia materna, alimentación, plantas medicinales, tecnologías apropiadas.

V. LA DIVERSIDAD DE PRODUCCION DE LOS MATERIALES EDUCATIVOS

A la heterogeneidad de uso y destino de los materiales educativos también corresponde una diversidad de formas de producción. Cómo se produce un material no es ajeno a intencionalidades y concepciones educativas.

a) Producción desde la norma

Cuando los expertos en materias de salud, que en la práctica se traducen en los comunes funcionarios, producen materiales educativos para transmitir una determinada norma o comportamiento deseable, se habla de producción normativa. Norma que muchas veces no corresponde a los intereses, prácticas e historias de las comunidades destinatarias. El resultado tiende a ser un producto ajeno e impositivo, que irá a reforzar la pasividad y la sumisión de los sujetos frente a un orden establecido.

b) Producción desde el saber

Este enfoque parte de la investigación etnográfica o antropológica respecto a un determinado problema, para luego producir mensajes y medios dirigidos a reforzar o cambiar actitudes y conductas. Esta perspectiva permite conocer con certeza las reacciones de la comunidad en relación a un problema de salud y su tratamiento, pues el diseño de los materiales educativos recoge esa cultura local. Dentro de esta línea de producción pueden desarrollarse dos vertientes, por un lado, investigar pautas de conducta y creencias, para desarrollar con mayor probabilidad de éxito un determinado programa de salud, diseñado desde fuera de la comunidad. A la vez por otro lado, conocer la cultura local, para aprender y proponer programas de salud que revaloricen esa cultura.

c) Producción desde la participación

Quienes desarrollan una práctica educativa junto a las organizaciones comunitarias y persiguen que esta tarea sea un espacio para su apoyo y fortalecimiento, han optado porque la producción de material educativo se realice con los sectores involucrados en tal proceso. Esto significa producir para las demandas de los participantes y mediante su activa participación. Aquí el proceso de producción se identifica con el proceso educativo, el producir equivale a aprender.

El monitor juega un particular rol: le corresponde animar, estimular la creatividad y expresión de los participantes y, a la vez, apoyar la reflexión conceptual que permita desembocar en el producto deseado. El resultado es un material que recupera la cultura popular — a partir de una experiencia de participación— e incorpora resultados de investigación y de conocimiento científico. El producto final no tiene el problema de validez frente a la comunidad, porque les pertenece desde sus inicios.

Recalcando las intenciones de este artículo

Cuando nos sumerjimos en la reflexión sobre la práctica educativa, vamos reconociendo que ésta ya no es sólo una práctica deseable o una buena compañía en el trabajo de salud comunitaria; no se trata que es mejor y aconsejable "hacer educación". Una tarea que se inició como un complemento, se va tornando en un eje central.

Está claro que los cambios en la salud de los pueblos se logran a través de la participación organizada de la comunidad; que permiten superar los pequeños y grandes obstáculos que impiden una mejor calidad de vida. Si reconocemos la educación como una columna que atraviesa los programas de salud, es momento de revisar esas prácticas, en su intencionalidad, contenidos y metodologías. En este sentido, se requiere apelar a la agudeza y a la crítica, porque si las metas son la organización y movilización de la comunidad en torno a cambiar sus condiciones de salud, no cualquier tarea educativa apunta en esa dirección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Osorio, J. Modelos y estrategias para la elaboración y validación de materiales educativos. CEAAL, dic. 85 (Mimco).

PARTICIPACION POPULAR EN SALUD

COORDINADOR:

Lic. Marcelino Fontan. Antropologo Coordinador equipo de Med. Comun. de MC BA Profesor titular de la cátedra de Medicina Social y Preventiva. Carrera de trabajo social UBA.

PANELISTAS:

Juan Cymes. Secretario General de la Comisión Vecinal de Villa 15, Mataderos.

Dr. Liwski Norberto. Presidente Comité Defensa de la Salud. Etica y Derechos Humanos (CODESEDH)

Monseñor Novak Jorge. Obispo de Quilmes.

Lic. Poggiese Héctor. Planificador Urbano y social. Coordinador programa UNESCO-FLACSO.

Monseñor Jorge Novak: —Creo que habría panelistas más destacados pero ante la insistencia de los organizadores me he acercado aquí, como un gesto de buena voluntad y para expresar mi plena solidaridad con estas jornadas y con todo lo que persiguen como el mejoramiento de nuestras condiciones de vida. El domingo pasado tuve oportunidad de entregar, en Florencio Varela, el título de terreno a 38 pobladores a los cuales se les notaba en los ojos la emoción de poder disponer de un terreno para levantar su casa. Pero mientras compartíamos al mediodía la mesa, yo me preguntaba que iban a comer en la cena, con tantos chicos y cuando ganábamos la ruta de Brandsen me di cuenta de que estábamos bastante distantes de la ruta y todavía bien lejos del centro de F. Varela. La preocupación por estos niños, con el frío que empieza a hacer, sin ni remotamente una casa terminada, pero que se tiene la fortuna de tener un terreno propio. Es lógico que nos hagamos el planteo de como podemos ayudar, cada uno de nosotros para mejorar el nivel de vida de nuestra población.

Después de esto tuve una reunión en Bernal y Quilmes Oeste con unas 100 personas delegadas de nuestra comisiones eclesiales de base, entonces allí me pareció entrever un principio más eficaz, más esperanzador, de mejoramiento, porque cuando la gente reflexiona y pone un poco más lo que tiene en común y

se educa, se organiza, comenzamos a atisbar un mejoramiento de estas condiciones de vida. Nosotros hemos tratado de ir respondiendo desde hace varios años a las exigencias que golpeaban a nuestras puertas. No somos los responsables de la salud, pero quien golpea a las puertas del obispado en demanda de ayuda es lógico que puede esperar una palabra, un gesto de alivio. Eso lo hemos tratado de hacer, no sólo a través de lo que llamamos las obras asistenciales de Caritas, sino dando un paso sustantivo hacia adelante tratando de ganar el sentido de una verdadera promoción aún con nuestros escasos recursos, con medios muy limitados haciendo un esfuerzo de promoción en este caso también de la atención de la salud. Voy a referirme a algunos de estos intentos, sobre todo a los agentes multiplicadores de salud, que es un intento que hemos tratado de llevar a cabo después del año 1982, después de desarrollar la campaña de la solidaridad en momentos muy difíciles para muchos que habían perdido las fuentes de trabajo y durante medio año estuvimos ayudando a 30.000 personas a tener el pan, a tener un poco más de comida. Después de eso vimos que había que avanzar y encontramos una salida en promover la salud como nos era posible con la ayuda desde luego de médicos y personas que ponían desinteresadamente su tiempo y sus esfuerzos. El objetivo de los cursos de multiplicadores de salud era el de formar y concientizar verdaderos apóstoles de la salud, buscando la causa de las enfermedades, tanto en la dimensión física, psíquica y social para poder desentrañar sus causas y efectos desde sus mismas raíces.

La mecánica de trabajo consiste en partir de preguntas generadoras que permitan captar y profundizar la realidad a partir de sus propias experiencias.

Los cursos duran varios meses, por la noche y han concurrido a ellos cerca de 90 personas. Se tiende a que haya respeto y amor por el prójimo, que se valore al hombre no por lo que tiene, sino por lo que es en sí mismo, con su experiencia de vida. Para eso nos basamos en el Evangelio, después viene la Iluminación a través de la teoría explicitada en las hojas de cuadernillo, que se han ido editando a nivel popular con la metodología pedagógica apropiada para los más humildes. Así se va apreciando no sólo la realidad que viven, sino el enjuiciamiento que desde el punto de vista de la Divinidad humana se hace de esa realidad y se atisban algunos principio de acción para ver cómo, aún dentro de las enormes limitaciones en que se vive, algo se puede hacer, para no quedarse en la total pasividad, en el derrotismo, en el aquietarse pasivamente con lo que se sufre. En estos cursos también se avanza en áreas de los principios más generales de la dinámica grupal y para motivar muy en general se incursiona en cuestiones tales como diarrea estival, prevención de enfermedades, la huerta familiar como parte de la salud y otros temas.

Para todo esto se han hecho las ediciones de cuadernillos y lentamente colaboramos, en una medida muy modesta, considerando la enorme gravedad de la

situación. Tenemos la clara conciencia de no poder ser indiferentes ante esta situación y sus causas por lo tanto tratamos de conjugar esfuerzos con todos aquellos que ponen su buena voluntad. Para nosotros la salud es un auténtico derecho humano como lo señaló Juan XXIII en Encíclica, *Pacem in Terris*, hace 25 años, en donde dice que la atención médica, la dignidad de vida es el primer derecho humano que él estatuye dentro del listado, que él nos ofrece sobre este tema. Los obispos reunidos luego en el Concilio Vaticano II alentaron el sentido de responsabilidad y de participación, o sea el uso responsable de la libertad para no resignarse ante las situaciones de injusticia y de marginación, para convocar a todos, aún a los mismos marginados que organizándose que dejándose ayudar, se ayuden ellos mismos.

Por eso el documento de Puebla de 1979 concluye con una propuesta formal a todos los obispos y feligresías que consta en construir la adveniente civilización de A. Latina en un diálogo activo, constructivo, leal, exhaustivo, lo cual tiene aplicación en el terreno de la salud. Este compromiso lo presentan los obispos en Puebla y nosotros lo tratamos de realizar dentro de nuestras modestas posibilidades.

Actualmente el nuevo documento del Papa Juan Pablo II plantea un concepto que es adecuado para expresar esta intención de levantar y ayudar a levantar al hombre, también en el terreno de la salud, de la dignidad de vida y de la solidaridad sobre el cual él se explaya muchas veces en ese documento, en muchas de sus páginas. Establece para nosotros un principio de acción que no nos permite escapatoria, o sea no quedamos indiferentes sino pasar a una acción concertada con todos los hombres de buena voluntad, pero de modo muy particular ayudar a quienes son término de nuestra solidaridad a que ellos entre sí construyan vínculos y encaren acciones de solidaridad.

La solicitud por la cuestión social, que es el título de ese documento, termina comprometiéndonos seriamente a que en solidaridad no nos quedemos atrás, no nos quedemos dormidos pero, lamentablemente, no siempre respondemos a los esquemas, a los programas, a la doctrina; esto no quita fuerza a esa misma doctrina y esperamos que en un futuro próximo podamos estar hombro a hombro y codo a codo con todos los hombres y mujeres de buena voluntad para que nuestra población tenga salud. No como limosna, sino como un derecho innato, elemental.

Vuelvo a la escena del domingo con la alegría de entregar un diploma, la alegría de compartir la comida, pero cuando yo me retiraba, me quedaba trabajando en la conciencia la cuestión de qué van a comer esta noche, a dónde van a dormir, que salud podrán tener muchos de estos niños que están a la intemperie, poco menos que descalzos y que nos están reclamando un serio esfuerzo para que esto no quede así.

Sr. Juan Cymes: —Cuando los compañeros del Centro de Salud Nº 5 de Mataderos, enclavado entre 2 barrios, la Villa 15, mal llamada Ciudad Oculta de la que soy Secretario General y el núcleo habitacional transitorio contiguo a Av. del Trabajo, me invitaron a esta mesa, en esta importante Jornada, nos sorprendió porque nos preguntamos qué podíamos aportar nosotros en un espacio de esta magnitud y de esta temática. Tal vez por aquello de que siempre tenemos la idea de que los congresos son siempre muy específico sobre un tema, pero Marcelino me hizo entender que no era así, que nuestro aporte era muy importante.

Dado lo exiguo de esta disertación y conversando sobre cual de los tópicos podrían entrar en juego, se aceptó la propuesta de una exposición muy sintética para los que no están empapados en nuestra realidad concreta de siempre que sirve para entender cuanto nos cuesta a los habitantes de los barrios marginados aspirar al derecho a la salud, que ya es un lujo para nosotros, sino a la participación, sobre la cual tanto se cacarea y que tan poco se hace efectiva cuando se trata de que participemos aquellos que estamos en los sectores más carenciados y con menos posibilidades de acceso incluso a un conocimiento, a una mera instrucción, para defendernos de la agresión del sistema que nos oprime.

Uds. saben que las villas de emergencia en general y en particular en Capital Federal, sufrimos una despiadada agresión en la época de la Dictadura militar a través del tristemente célebre y famoso plan Cacciatore, que con su ordenanza 33652 de Julio de 1977 ordenó, en acuerdo fiel con las máximas de la dictadura, de que en Capital Federal no debían quedar ni una sola villa ni un solo villero porque las razones hacia afuera se las revestían para engañar a la opinión pública, pero nosotros sabemos que el verdadero contenido de esa política no era darle más brillo a la Reina del Plata sino que, en última instancia, ellos saben mejor que nosotros de la gravedad de los problemas que padecemos y que a pesar de todas las limitaciones y cortapisas con las que se nos quiere impedir el protagonismo, a pesar de las condiciones de vida, de la represión, de las necesidades más elementales no cubiertas que a veces nos impiden hasta tomar un colectivo, sin embargo podemos organizarnos, luchar, ser reprimidos, ser erradicados, expulsados a 200.000 villeros de Capital Federal y aún así nos hemos vuelto a organizar, a ocupar nuestros lugares. En el caso concreto de Villa 15, Mataderos, nuestro centro de salud, que atiende no menos de 5 a 6 mil chicos fue agredido, aparentemente por patotas, que aparecían como meros y comunes delincuentes villeros y que nosotros sabíamos que eso pertenecía a toda una estratagema que se presentaba desnudamente a través de un plan abierto, agresivo, como era el plan Cacciatore, pero como ahora no se podía mostrar tan desnudamente, se presentaba como agresiones de patoteros, chorros y vulgares asesinos que atacaban a los compañeros médicos, enfermeras y al centro de salud como nos atacaban a nosotros y como lo hacen en todas las barriadas populares ante la vista gorda de

los organismos oficiales encargados del orden. Nosotros hemos puesto al descubierto que no sólo no nos cuidan sino que cuidan a nuestros enemigos, por todo un frente enemigo, el de uniforme y el de los patoteros.

En agosto de 1987, debido a las continuas agresiones al centro de salud, el director del hospital Santojanni del cual el centro depende, dijo que el centro se cerraba. Entonces, para tener nosotros derecho a la salud y pensar que sólo funciona un par de horas, no funcionaba sábado ni domingo y no tiene guardia nocturna, y hace años que venimos pidiendo que ello ocurra y no puede ser, para todo esto tuvimos que movilizarnos los vecinos con 1.500 firmas y convencerlo al director del hospital para que no se cerrara el centro porque no lo íbamos a permitir. Si se quiere defender la salud del pueblo que se apunte al verdadero enemigo y no a las víctimas. Como consecuencia de esto tuvimos que pagar un precio más alto que el ya pagado, dado que el 14 de octubre sufrimos el operativo policial, el peor en los últimos 5 años ya que las 52 comisarías de Buenos Aires con una fachada de un juez fantoche llamado Far Suau, mentiroso, lo he acusado y lo vuelvo a acusar aquí, y permítame, desde esta tribuna, que nos debe públicamente los resultados de ese operativo, compromiso que asumió públicamente para suministrarlo a la opinión de la gente. Ese operativo demuestra la falacia de que no era para buscar delincuentes sino que era otro acto de agresión, casualmente después que el barrio se había levantado para defender su centro de salud, entre otras cosas, que son parte de nuestra lucha. Estas palabras se las he repetido al señor jefe de la Policía Federal Juan Pirker delante del juez de instrucción Nº 5 y está pendiente la reivindicación de nuestras barriada, también de las barriadas villeras de toda la Capital y de todo el país que todos los días son agredidas de estas y de otras maneras. Como consecuencia de esto y demostrando la falacia de los patoteros que asaltaban el centro de salud siguieron por asaltarnos a nosotros hasta que el 24 de enero matan a un vecino, luego de haber agregado a un compañero psicólogo del centro de salud. Entonces nosotros dijimos "Basta" y como sabíamos que la policía seguía haciendo la vista gorda se lo dijimos a los patoteros y a quien quisiera escucharlo: "No los vamos a correr con los botones porque los botones los protegen a Uds., los vamos a correr con el barrio!". Así lo hicimos y 1.500 vecinos echamos a los patoteros volteando cuatro guaridas, dijimos que hasta que no se fueran de ahí no nos movíamos y copamos la Av. del Trabajo y Tellier. Vino toda la cana pero no pudo con nosotros. Hoy se puede caminar por la Av. del Trabajo y también hay más seguridad en ese centro de salud y ese es el protagonismo nuestro, ese protagonismo que no quiere el sistema. Porque nosotros fuimos a ofrecerle nuestra participación el intendente Saguier y la renovamos al intendente Suárez Lastra y estamos esperando todavía que se nos llame a participar. Parece ser que para los humildes y para los barrios marginados la participación no viene por indicación sino que hay que ganarla

muchas veces jugándose la vida (aplausos).

Estas no son palabras, señoras y señores o compañeros y compañeras si me permiten, porque como precio por la expulsión de estas patotas, todavía tenemos que sufrir que venga el jefe de policía a decirnos porque habíamos criticado el operativo del 14 de octubre. Le preguntamos a él cómo era posible que en Av. del Trabajo y Tellier había 500.000 robos por semana y desde que nuestro barrio se levantó y los echó ahora no hay un robo más en Av. del Trabajo, y nuestros compañeros médicos y enfermeras pueden venir al centro de salud a ayudarnos, a protegernos y a enseñarnos. A colaborar con nuestra lucha y entre cosas, a colaborar para una salud para nuestros vecinos y para nuestros hijos. El Señor Jefe de policía no tiene respuesta para esto. ¿Incompetencia o complicidad policial? Si fuera incompetencia Ud. sería el jefe de los incompetentes y no es así, porque en otros casos han demostrado que cuando quieren pueden. ¿Entonces es complicidad?

Tenemos que luchar por la salud en nuestros barrios marginados, asediados por patotas y por otros que tienen uniformes.

Hoy estas patotas, que casualmente encuentran protección porque hace tres meses que lo mataron a Miguel Angel Nieva y el asesino todavía no aparece y estamos reclamando justicia porque todavía tenemos residuos de patotas. Hace tres meses que estamos tratando de erradicarlas porque son los enemigos del barrio, y quiero apelar a la conciencia de todos los sectores sociales diciéndoles que no debemos permitir que se nos divida, que se nos venda, no busquemos los enemigos entre el pueblo, entre el campo popular y sus aliados. Hemos demostrado que los habitantes de la villa de emergencia en su inmensa mayoría, como se lo dijimos al juez Far Suau, al Sr. Pirker, en el Congreso y a la opinión pública, aportamos al trabajo y a la producción. No vamos a decir más que se ha hecho discriminación con el operativo monstruo del 14 de octubre, si me demuestra el señor jefe de policía que es capaz de hacer otro operativo en Barrancas de Belgrano o en Palermo Chico en donde están los grandes ladrones que han desvalijado al país. Ese día no habrá discriminación (aplausos).

Por ahora seguimos peleando por nuestra dignidad. Los compañeros de salud han venido y siguen viniendo a ayudarnos, ocupando su función de médicos o de residentes en el Centro de Salud y han arriesgado su pellejo y han estado y están mal pagos. Se tiene que engrosar, compañeros médicos, residentes, estudiantes, esa vocación de la que hablaba Monseñor Novak. Esclarezcamos nuestra tabla de valores. Estamos con los oprimidos, con la justicia, con los derechos humanos, entonces ocupemos el lugar que nos corresponde. Que nunca más se amenace cerrar el centro de salud en una barriada periférica como la nuestra, amenaza que aún no ha sido levantada ya que se pueden repetir los hechos de violencia que hemos padecido. La verdad está en que nuestras barriadas existen no porque

nosotros lo querramos sino porque aquí existe una verdadera injusticia dentro de una sociedad de opresión, de explotación en donde no puede ser que muchos profesionales y aspirantes a profesionales que están estudiando en esta casa que es del pueblo así como le dijimos a la policía federal que esos uniformes y esas pistolas son nuestras y si no las ponen al servicio del pueblo debe colgarlas pero si encima van a ser cómplices de la mafia entonces no se quejen cuando el pueblo se levanta!

¡Y no lloren cuando el pueblo hace justicia! Les decimos también a los profesionales que nosotros también aportamos para que existan estas casas de estudios por lo tanto pongamos la instrucción y el estudio al servicio de los intereses de los que más los necesitamos y así saldremos todos de este estado de explotación, de postración en la que nos tiene sumida una política que no quiero juzgar ahora partidistamente y ni siquiera quiero juzgar un gobierno.

Para nosotros, del plan fascista de erradicación de Cacciatore a la falta de soluciones de hoy existen diferencias formales pero en esencia, así como ayer luchamos para que no se nos saque de nuestra tierra hoy luchamos por la propiedad de la tierra. Y podemos tener derecho a la salud si nuestros barrios se pueden conformar dignamente, urbanizadamente y somos los primeros que luchamos por eso. ¡Exigimos participación! Por suerte hoy aquí vinimos sin exigirla, los compañeros organizadores tuvieron la deferencia de cedernos un lugar; lo agradecemos muchísimo en nombre de nuestra causa, del movimiento de villas y barrios carenciados del que formamos parte. Muchas gracias.

Héctor Poggiese: —Después de tal testimonio y tal fervor es probable que lo que yo diga no sea muy cálido, pero creo que no me pusieron acá para que baje la tensión.

Les puedo contar algunas cosas de lo que se puede resumir de una experiencia personal y profesional e institucional que tiene que ver con experiencias de planificación de distinto tipo, desde programas de grandes represas con relocalización de poblaciones hasta radicación y consolidación de villas y de barrios populares, hasta programas de salud y sociales de distinto tipo. Eso como práctica profesional, como interés de reflexión teórica y también como práctica de búsqueda metodológica en el programa que yo coordiné en la FLACSO.

Quiero decir que las poquitas cosas que voy a contar ahora son como reflexiones sobre experiencias y como eso quiero que ustedes las tomen.

Quisiera enfocar el análisis internándonos un poco en un área que está menos explorada de esta cuestión de la participación popular y que yo llamo el área de los fantasmas: el lugar por donde todo pasa pero no se ve, por donde todo se decide pero no se puede registrar o sea el área de las decisiones, de la planificación, de la organización de los proyectos. Por donde pasan los proyectos que

pueden llevar adelante situaciones como las que describía aquí el compañero con respecto al Plan Cacciatore en particular o esa situación concreta que ellos están viviendo ahora de intento de cierre del centro de salud. Eso es menos explorado pero pensamos que es muy importante porque si nosotros conseguimos reflexionar y tener opiniones sobre esto, es bastante probable que podamos transformar nuestra práctica en el lugar en el que estemos de nuestro ejercicio profesional y técnico, como elevado nivel de opinión de todo el estado o en la práctica de acompañamiento de las comunidades populares o como parte de ellas. Esta práctica en la cual muchas veces nosotros estamos fragmentados, es decir que cualquiera de nosotros puede encontrarse metido en las tres al mismo tiempo o en diversos momentos de su vida en diferentes facetas. Estas son como simplificaciones que hago ya que estoy hablando de decisores, profesionales y comunidades, como una manera de elegir una simplificación para exponerlo.

Otra simplificación que voy a hacer es establecer algún tipo de análisis entre las relaciones de los organismos gubernamentales y las organizaciones populares en los proyectos. Lógicamente si nosotros queremos complejizar más el campo de análisis, comenzamos a incorporar los actores que en realidad pasan por allí y que, como en los casos que se estaban contando acá, ya se ve que son diversos.

Desde este punto de vista uno de los procesos fundamentales que hay en el proceso decisorio es el de la representación popular desde los organismos públicos y ese es el enfoque que queremos darle: cómo es vista la participación popular desde los organismos públicos en general, desde los grupos técnicos que planifican proyectos con participación. El problema de la representación es más o menos serio; en general se dice que una de las grandes dificultades que se presentan es que las organizaciones populares suelen no ser representativas y aquí hay un tema bastante espinoso: por un lado el tipo de experiencia que se tiene en la construcción de programas con participación todavía es muy bajo y cualquier tipo de observación que se haga respecto a una participación generalizada y total al modo idealista o utópica es buena pero uno puede decir que no se sabe mucho como se puede hacer. Entre otras cosas porque tenemos que colocar nuestra propia experiencia en la práctica de los contextos socio-institucionales en los que hemos vivido y como para muestra basta un botón, tenemos claro que es lo que nos han enseñado los procesos contextuales e institucionales que hemos vivido en América Latina en estas últimas décadas. Aparecen aquí, entonces, cuestiones que son: por un lado hay cierta insatisfacción que es justa y que dice hasta adónde la representación que tiene el sistema democrático es suficiente para tener el alcance de las necesidades y los intereses y la forma de opinar con respecto a su vida, los beneficiarios de los programas sociales o los individuos a los cuales va dirigido un programa público de esta naturaleza. Esa dificultad del Parlamento de representar parece ser que esta siendo aceptada y que en la sociedad nuestra

puede ser intermediada de distintas maneras. Hay una serie grande de intermediaciones desde sindicatos hasta grupos de presión, etc. En las últimas dos décadas, en los procesos urbanos que nosotros hemos vivido han subsistido dentro de regímenes dictatoriales las organizaciones populares, vecinales de las que yo quería hacer referencia como un ejemplo.

Una de las primeras cosas que parece que se le exige a estas organizaciones populares para ser reconocidas dentro del marco del proceso decisorio, es que ellas tienen que ser representativas ellas mismas, una cosa que no se exige para el resto de los actores, cuando la representación que pueden traer ciertos grupos técnicos en un programa o ciertos decisorios políticos a los que se les ha delegado poder, pero se les exige a las organizaciones populares.

Sin embargo estas organizaciones son lo que denominamos el punto más próximo que tiene los formuladores de políticas, sean técnicos o decisores, para vincularse en un nivel de agregación de la población, ya que pueden con cada uno hacer una encuesta o hacer una entrevista por la TV, pero para vincularse de una manera agregada tienen que recurrir a las formas de agregación que las organizaciones populares generan. Las más próximas son las políticas sociales, entre ellas la salud y las políticas urbanas son estas organizaciones.

De allí entonces es importante observar las relaciones entre programa gubernamental y organizaciones populares para analizarlas. Esta relación es lo que podríamos denominar un juego interactuado que se puede llamar espacio de articulación; la relación entre un programa que se le propone a la población como puede ser un programa de salud o de desarrollo social y las organizaciones populares de este tipo y al espacio de articulación que se establece entre ambos. Pero a ese espacio de articulación cada uno llega con intereses y objetivos diferentes. Muchas veces desde los cuerpos técnicos de los organismos gubernamentales se ve ese espacio de articulación o sea esta relación con las organizaciones populares como un lugar en el cual se va a encerrar el circuito de la política. Ya se definió un programa, una política entonces es necesario cerrar ese circuito, con lo cual se establece una relación en ese espacio para legitimar la propuesta, para obtener consenso, para ratificar, pero en general con la idea de que este programa tiene que ser ratificado. Eso deviene de un juicio muy profundo que tiene la formulación de la política en nuestros proyectos que es hacer caso omiso del conflicto, o sea no pensar el proyecto como un campo de fuerzas que tiene que enfrentar situaciones de conflicto, y que, o las enfrenta en el momento en que las va a implementar o las enfrenta en el momento en que las está diseñando; es decir o traemos al presente las dificultades que se nos pueden presentar en el futuro o tratamos desde ahora de establecer las articulaciones necesarias para limpiar el camino por el cual va a pasar el proyecto, o asumimos que el conflicto viene después. Pero como vivimos en una sociedad y en un estado muy facetado es cierto

que los que hacen los proyectos no son los mismos que los ejecutan ni los mismos que los implementan y así sucesivamente y hay como un proceso de descarga de uno sobre otros de las cosas que no se pensaron. De allí que la mayor parte de los pobres implementadores de políticas y de programas nunca tuvieron nada que ver con la decisión, inclusive los que están dentro del Estado; ni hablar entonces de la gente a la cual ese programa va a llegar.

Ahora bien, ¿qué significa para las organizaciones populares o para la población este espacio de articulación? Aparentemente se puede decir que es el lugar en el cual se puede ajustar ese programa a sus verdaderos intereses, reclamar por los componentes que el programa no tiene, frenar esa política si no les satisface o reorientarla y reformularla si eso fuese posible. O sea que las maneras en que llegan a ese espacio de articulación esos dos sectores es diferente, entre otras cosas porque si no se ha participado en el proceso decisorio anterior a la implementación del programa, este es el momento en el cual la presión puede ser ejercida, en el cual la exigencia puede hacerse ver.

Aquí es importante incorporar al análisis algunos otros componentes desde el punto de vista de la política gubernamental. A veces lo que interesa es ratificar la viabilidad de un sistema o de un régimen político; el caso más concreto de esto que les estoy contando es la preocupación que hoy tienen en general los científicos sociales chilenos cuando analizan toda esta nueva onda que se da en Chile respecto a la descentralización de los municipios.

Paradójicamente esto aparece orientado por el gobierno dictatorial, pero sin ir más lejos, en los 20 años de dictadura brasileña hubo muchos intentos de legitimar ese régimen político sobre la base de la incorporación de ciertas formas de consulta al interior de la implementación de ciertos proyectos. A veces, fuera de la estructura de un régimen dictatorial y en el marco de una democracia liberal el discurso participativo más que esconder la consolidación del régimen lo que trata es de apoyar la contradicción oposición-oficialismo. Muchas veces el discurso participativo es para estar mejor colocado que el otro en un régimen electoral y a veces dentro de una misma corriente política el discurso participativo sirve apenas para eso. Cuando lo bajamos del discurso político y lo colocamos estamos ya pensando en lo que pasa en ese espacio de articulación y en lo que hace cada uno de estos actores. Cuando llegamos al grado de la operatividad del proyecto, suele suceder que uno de los problemas es el de la intensidad de la participación y a partir de allí surge la intención de normatizarla, de institucionalizarla que, si bien no son la misma cosa, son las dos palabras con las que se reconoce la cuestión. La tendencia dentro de los organismos gubernamentales es a normatizar estrictamente el funcionamiento participativo y entonces se dictan ordenanzas municipales y normas de todo tipo por el cual se reconoce la representatividad de tal tipo de organización siempre y cuando tenga rígidos registros y

las atribuciones estén muy explícitas y al mismo tiempo se establece una relación con ellas, que es de tipo burocrático.

Cuando desde el sector popular el reconocimiento de ese espacio de articulación también pasa a ser un espacio propio, haya o no institucionalización, el grupo va a hacer reconocer su presencia. El caso más concreto es este que veíamos recién.

Para sintetizar, uno de los problemas que hay ya observado desde el punto de vista de las organizaciones populares al interior de este espacio de articulación es el problema de la homogeneidad del grupo social. Hay una tendencia a que el grupo social tiene que ser homogéneo, de la misma manera que se le exigía representatividad, también se le exige homogeneidad. Entonces en una sociedad que es tan homogénea en la que nosotros podemos acumular intereses dispersos que son personales y agregados de manera diferente dentro de esa sociedad, pensamos como agregamos nuestros intereses de formas diversas al grupo social carenciado al que va la política y al que se la exige que sea homogéneo.

Y esa exigencia a veces es política y a veces es técnica o científica. Desde la visión en la que estamos formados científica y técnicamente puede molestar también el orden popular; nos molesta el orden dictatorial pero puede ser que llegada la ocasión de un espacio más o menos democrático, nos sea molesto el orden popular y muchas veces queremos imponer el orden técnico y científico y aparecen tres visiones, tres órdenes, tres formas de ver las cosas y bueno, y allí se emplotó el medio, campo, como decimos nosotros.

Dr. Norberto Liwski: —Quisiera aprovechar estos minutos para hacer dos reflexiones. Yo no me había dado cuenta, pero debe ser una de las pocas veces que en este lugar, tan bien preparado para los rituales académicos en una mesa de salud hay un sólo médico y esto es muy serio. ¡Apelo a los organizadores a que en el futuro consideren esta modalidad de integrar las mesas! ¡Los riesgos son muy altos y de predominar esta tendencia creo que estos rituales habría que modificarlos!

Hay dos aspectos que creo útiles para conversar un rato. Uno de ellos es algo de historia de la participación popular en salud y otra es tratar de aclarar cuestiones sobre realidades y mitos en los equipos de salud, y en participación. Cuando hablaba el compañero Cymes tuve la sensación de que la historia me empujaba para atrás porque hace exactamente 20 años ocurrió el mismo episodio en el barrio y la movilización que arrancó por Tellier fue por Av. del Trabajo, dio la vuelta y el reclamo era contra el cierre del centro de salud.

Fundamentalmente no quiero contar anécdotas sino concatenar los hechos que marcan un camino que nuestro pueblo viene recorriendo mucho antes de que técnicos, vaya a saber con qué intenciones, pusieron en uso esta semántica que in-

cluye el uso indebido de la participación. Hace 20 años en la Villa N° 15, se creaba un centro de salud con el aporte de unas monjitas que vivían en el barrio, estaba Araujo que era el presidente del barrio en ese momento y entre dos o tres médicos recién recibidos abrimos un dispensario. La idea era dar respuesta a una necesidad muy fuerte y trabajar con las características mínimas que el lugar podía ofrecer. Pero se produjo una relación de desequilibrio con el oficialismo (estaba en ese momento la dictadura de Onganía) y el centro fue clausurado con el argumento de que no tenía habilitación municipal, que era una irregularidad, que no reunía las formalidades administrativas adecuadas y que por lo tanto debía dejar de funcionar. El equipo de salud en ese momento pensaba que estaba brindando un servicio a la comunidad, que nos sentíamos comprometidos con las situaciones de carencia, que pretendíamos ser solidarios con las necesidades y que buscábamos de alguna manera un lugar desde donde ofrecer este servicio. La participación básicamente fue muy semejante a la que acaba de describir Cymes. Hubo una movilización para que el centro se reabriera y logrado esto comenzó a funcionar. En ese momento se modificaron las características: la primera versión era "llegó el médico, llegó la enfermera, llegó la salud", "se va el médico, se va la enfermera, se va la salud". Esta era la lectura que hacía el equipo de salud de aquellos años y que yo tengo la impresión de que aún reina bastante, ahora está un poco más democratizada por que junto con el médico y la enfermera llega el psicólogo y llegó la salud. Y creo que esto es muy complicado, porque básicamente no reconoce la historia de lucha de nuestros pueblos que es el sinónimo sincero de la palabra participación.

Los pueblos que no luchan en realidad, no participan y los pueblos que no luchan no transforman las estructuras injustas. Y en realidad cuando se lucha es porque hay razones para transformar estructuras. Por lo tanto que es participar sino transformar. Si por participar entendemos acompañar un proceso que consolida estructuras injustas, modelos agotados, mecanismos asistenciales regresivos, hablemos de otra manera, seamos sinceros, se está cooperando con un determinado servicio, se está contribuyendo a una determinada acción, pero esto no es participar.

Participar, como bien se decía recién desde un punto de vista más sociológico es, según mi sentido común y experiencia de 20 años que me asisten, que si luchar para transformar las condiciones que impiden las condiciones rigurosas de dignidad de las personas no están dadas, hay que transformarlas, desde los lugares locales, desde el centro de salud, desde el hospital, desde el sistema local o provincial de salud y así en la escala que se vaya necesitando.

La realidad es que el equipo de salud tiene un camino muy largo por recorrer para poder acercarse al camino muy largo que viene recorriendo nuestro pueblo con mojones muy importantes y que debemos destacar. Hay momentos en los

que la historia permitió que los equipos de salud tuvieran elementos de aproximación conceptual, cultural y de compromiso profundo con esta lucha de nuestro pueblo, porque el sistema que por entonces estaba en ejercicio permitía estos caminos; básicamente me refiero al período de R. Carrillo, el ministro de salud que hemos tenido en la Argentina. Pero ha habido muy poco de allá para acá. Casi podríamos decir, que de allá para acá se han creado condiciones en forma sistemática para cerrar el camino de encuentro entre los equipos de salud y este largo camino que nuestro pueblo, incansablemente, infatigablemente viene buscando encontrar para hacer valer sus derechos. Y entonces cuando quiere escribir esta experiencia hay dos modalidades de participación: una que es real y la otra que es simbólica. En esta posibilidad de discriminarlo así naturalmente que la participación real es aquella que mínimamente reúne tres requisitos que son: el acceso de los niveles populares a la decisión política en salud, en la escala que esta corresponda. (se interrumpe la grabación).

La participación simbólica tiene dos modos de expresarse muy habituales entre nosotros; a veces nos toma desprevenidos, como esta mesa de hoy que nos tomó desprevenidos por la pérdida de hegemonía de los médicos, pero otras veces, no nos toma tan desprevenidos y de alguna manera los equipos de salud la estamos alentando a esta forma simbólica que voy a tratar de describir. Por un lado es limitar la participación para lo que se suelen encontrar buenos argumentos. Todas las cosas últimamente pareciera que se pueden explicar, todo pareciera tener un justificativo; como decir se pueden decir muchísimas cosas, cómo que se puede decir que Rico es pueblo y también se dice que hay que limitar la participación porque anarquiza el sistema, porque crea condiciones muy difíciles en la prestación del servicio, que se disminuye el impacto asistencial o que se reducen las condiciones de optimizarlo, etc. La segunda modalidad simbólica de participación tiene que ver con lo de crear ilusiones de que se ejerce el poder cuando en realidad es un poder inexistente. Porque el poder suele estar en un lugar distante al lugar en el que se celebra esta suerte de participación activa. De modo que participar no puede ser solamente actuar; es fundamentalmente actuar reflexionando, es actuar indagando en los modos, en las formas y en los contenidos. Hay algunas preguntas que me parecen insustituibles y la búsqueda de caminos de participación. Todo proceso en sí mismo encierra una gran aventura y un gran misterio a descubrir. Ningún proceso es idéntico al otro, aunque la cercanía geográfica lo pueda sugerir. Cada comunidad tiene su propio comportamiento, sus contradicciones, sus necesidades y sus historias. Pero algunas preguntas son indispensables y el equipo de salud debe hacérselas a la hora de reflexionar y proponer caminos participativos. Estas preguntas son: ¿quién participa, cómo participa, a través de qué mecanismos participa y en última instancia, en qué áreas del programa de la institución o del proyecto participa? Y ser sinceros en la respues-

ta. Si un programa encuentra que el nivel de participación sólo abarca los niveles de ejecución, entonces reconozcamos que estamos en una etapa del desarrollo participativo pero de ninguna manera estamos agotando las posibilidades de desarrollo de esta experiencia en esta circunstancia. Yo creo que es muy importante que se movilice una barriada y decida en el plano de la convicción política, como ya se expresó en Ciudad Oculta hace 20 años o hace 6 meses en cuanto a la decisión del cierre o no el centro de salud. No solamente allí le preocupa a Cymes la participación sino también en cuanto a qué programa se está llevando adelante. ¿Dónde se discute el programa que ese centro de salud va a desarrollar, cuales son los mecanismos sobre información en salud, sobre conocimientos de las nuevas formas de saber, sobre investigación, etc.? Todos estos elementos hacen también a la participación.

Y toco un punto crítico que es la participación popular en salud y que tiene necesidad de encontrar bases mayoritarias de participación. También hemos encontrados muchos procesos en salud; veinte años alcanzan para haber visto unos cuantos en donde la participación popular, es una reproducción muchas veces de un modelo tradicional transferido a los sectores populares con lo que en realidad el poder, la decisión, el saber, el conocimiento, la evaluación, los resultados y hasta la financiación de los programas están reducidos a un grupito de personas de la comunidad y no participa activamente el resto. Y eso también trae su deformación. Creo que en esta situación tenemos que ir analizando el tema de la participación desde la experiencia de los equipos de salud entendiendo también que en la sociedad argentina dos grandes sistemas que de alguna manera expresan con altísima sensibilidad los rasgos esenciales en lo ideológicos y en lo conceptual que son el sistema de educación y el sistema de salud.

Ambos tiene cosas muy agotadas pero creo que en materia de conceptualización global del sistema de salud el atraso es tan alto que hasta educación es más democrático y con esto estamos hablando en términos casi caóticos. La Argentina no tiene legislado y, a cuatro años del gobierno constitucional, no hay ningún proyecto seriamente presentado y creo que estas jornadas no pueden eludir la responsabilidad de señalarlos, en la Argentina no existe ningún órgano de conducción democrática en salud popular y este es un desafío que tenemos, no los equipos de salud por nuestra cuenta, sino los equipos de salud asociados fuertemente a los intereses populares encontrando caminos y elementos que nos permitan, así como fue construyendo alternativamente un modelo alternativo a los criterios y concepciones tradicionales en educación, mirando desde grupos elitistas y se construyó esa educación popular, creo que estamos en condiciones de profundizar el camino, de reconocer la historia que nos precede, con varios aciertos, con muchas frustraciones pero también con muchísimas posibilidades de enseñanza y en esta etapa construir criterios que nos permitan afirmar este ca-

mino que por un lado marcan los sectores populares en sus luchas activas y por otro lado los equipos de salud acompañando este proceso de movilización y de reactivación del movimiento popular, ser capaces de contribuir a crear los órganos democráticos de la salud popular.

Coordinador: —Dejamos 5 minutos para el debate entre los miembros de la mesa y luego pasamos al debate con el público.

Juan Cymes: —Hay muchas cosas para preguntarnos pero hay un tema que se ha tocado y que lo vemos muy candente en nuestra experiencia diaria con los organismos de poder. Es la cuestión de la representatividad y no voy a entrar en el tema de la homogeneidad que es mucho más complejo. Por un lado es cierto lo que dice el Lic. Poggiessse que a las organizaciones populares se nos exige a veces incluso para escucharnos, ya no para atender proyectos o ideas que podamos tener, se nos exige, digo, una representatividad que a otros sectores de la sociedad, especialmente a los tecnócratas, no se les exige ninguna representatividad. Pero no nos engañemos, a los sectores técnicos se los escucha y se presta atención a sus propuestas o proyectos porque se les reconoce una representatividad que es la del poder, no la democrática. Si aparecen cuatro tecnócratas que tienen atrás una multinacional o un pulpo pero como no les va a abrir todos los despachos y hasta se van asociar incluso para hacer la propaganda de que el proyecto es bueno, aunque sea malo.

El tema de la representatividad a nosotros, si bien consideramos que hay injusticia en cuanto a quién se escucha y a quien no, no nos molesta, al contrario. A las organizaciones populares nos interesa y más aún, no sólo nos interesa sino que reclamamos y exigimos todos los días, que las opiniones, los proyectos y las propuestas de los sectores populares que luchamos por nuestras reivindicaciones deben ser las que emanan de las organizaciones populares representativas y porque también desde nuestro seno aparecen forúnculos, burocratas, vivillos, los punteros de los comités o sea todos los puntos que van a utilizar ciertos intereses que van a tratar de lograr una validación a espaldas de los intereses populares a espaldas de las bases, a espaldas de lo que nosotros realmente necesitamos.

De manera que para nosotros la cuestión de la representatividad no sólo no nos debe molestar sino que hay una exigencia. Estamos en una lucha, y vamos a hablar del 83 a esta parte, con organismos del estado, con los que precisamente lo que estamos exigiendo es que, de una vez por todas, se acostumbren a tratar con comisiones representativas y además si se encuentran en nuestro seno con situaciones atomizadas o anarquizadas hay un método muy simple para resolver todo esto y que es practicar la democracia popular en forma auténtica. Justamente los organismos del estado le escapan a esta prueba de democracia popular por-

que ésta conlleva a la movilización de toda la gente para que pueda expresar qué es lo que piensa y lo que siente la mayoría. En nuestra condición de comisión vecinal de una villa y en nuestro movimiento de villas, estamos exigiendo hace cuatro años y medio a la comisión municipal de la vivienda cuyo presidente es el intendente municipal, por decreto, que precisamente no trate con vivillos de comité y con gente que se presta a los acomodados, a las coimas y al soborno, sino que se someta a la democracia popular. Nosotros estamos reclamando participación, hoy a cuatro años y medio del estado de derecho, porque todavía no se han convencido de que la solución a los barrios de emergencia no pasa ni por proyectos mágicos que provienen de tecnócratas, que pueden estar bien intencionados, ni tampoco pasa por arreglar con ciertos factores de poder, de comité. Justamente no va a haber solución para nosotros si no se parte de una profunda búsqueda de la participación y de encontrar la auténtica representatividad de muchos intereses que estará cuando la mayoría haga oír su voz y sea escuchada.

Público.— Soy Patricio Doyle de El Sauzalito, Chaco, El Impenetrable

El Dr. Liwski decía que salud y educación corren parejas y yo me acordaba de haber leído que en algún momento, el gran educador que fue Gandhi dijo que el peor desastre que le sucedía a la India era tener escuelas y con eso quería decir algo muy pesado, quería decir que o la escuela tiene un sentido de verdadera semilla y levadura para un pueblo o puede ser un veneno para un pueblo y creo que la salud pasa por el mismo carril. Una salud bien orientada puede significar vida pero una salud mal orientada puede ser mucho desmoronamiento y puede ser muerte. Me quedó la preocupación, también, con lo que decía el Sr. Cymes, con respecto a que esta ola es del pueblo pero a la vez expresó muchísimo temor y sorpresa de ser invitado, con lo cual creo que esto no lo sentiría en sus reuniones de barrio. O sea que si bien siente que esto es de él, no se siente como en su casa y eso indica que hay una distancia entre lo que puede ser la institución de salud, incluso expresado en una forma de buena voluntad y el pueblo como tal y se me ocurre que hay como una dialéctica detrás de esto; en algún momento el pueblo necesitó una atención en salud, fue creada poco a poco esa realidad en salud y llegó un momento dado en que esa institución, que en un momento fue servicio para el pueblo, pasó a dominar y a oprimir ese pueblo. De allí surge una tensión popular, una especie de antítesis institución-pueblo y surge desde Alma-Ata para acá que la institución se propone servir al pueblo. Yo creo que si esta dialéctica desemboca en una síntesis en la cual el pueblo vuelve a ser el dueño de la salud y donde se da propiamente un servicio de las instituciones pero que no sea dominadora, algo así como nosotros en una ciudad necesitamos el servicio de un recolector de basura y es un servicio que el pue-

blo necesita, pero el pueblo no quiere ser dominado por los basureros, entonces tampoco tiene sentido que lo dominen los médicos o los agentes de salud sino que sea un servicio con la misma honestidad y dedicación. Yo veo como riesgo que no se apunta a esta síntesis porque entonces habría una especie de dominación benévola inicial pero que eventualmente desembocaría en una dominación de la institución por sobre el pueblo. En Alma-Ata, que yo sepa, no estaba presente el pueblo; acá esto fue organizado por la institución con una actitud benévola pero no había una presencia del pueblo, una decisión en la manija de la cosa. Se habla de participar y me pareció genial lo que dijo el Dr. Liwski pero no siempre participar es con responsabilidad ni tampoco ser dueño de la situación, es decir que se puede dar una mano como se dice a veces cuando se participa pero no necesariamente en lo suyo. Y en ese sentido creo que en los agentes de salud, muy a menudo, está eso de no sentirse pueblo, de sentirse distintos y no comunicados con el pueblo. En el idioma que se usa acá eso aparece a cada rato. Yo pienso que si los agentes de salud no tienen auténtica confianza en el pueblo y no se da la entrega real de la manija de la salud al pueblo entonces, toda esta APS, que es muy interesante y muy profunda podría quedar en una estatua con pies de barro y estas estatuas, especialmente cuando tienen mucho oro y mucha riqueza encima, cuando se caen aplastan mucho, y el aplastado puede terminar siendo el pueblo.

Me preocupa y por eso quería compartir la preocupación con los que de una forma u otra, estamos metidos en la cosa de que a este presupuesto se lo tome muy en serio. Es un presupuesto difícil porque no sólo es un problema de salud sino que también está en política, en economía y en todas partes y es muy difícil hacer un proyecto en salud en el que el pueblo sea el dueño si ese mismo pueblo no es dueño de su economía. Pero si por ser difícil lo eludimos o lo damos por supuesto en vez de base firme habrá base de barro y todo se va a venir abajo.

Público: — Se han planteado una serie de cosas muy importantes, fundamentalmente en lo que hace al tema de la participación. Se ha tocado todo lo que tiene que ver con el problema de salud, la necesidad de la participación para transformar la realidad que estamos viviendo de un modelo agotado y creo que es muy cierto lo que señalaba el Dr. Liwski con respecto a que se habla mucho de la necesidad de participar y hablamos de transformar una democracia representativa por una democracia participativa pero en la realidad concreta vemos muy pocos proyectos acerca de la institucionalización de esa participación. Mi pregunta a los panelistas, ya que son representantes de distintos sectores, es: cómo ven Uds, y si tienen alguna propuesta concre-

ta sobre cómo se podría traducir esa participación institucional de las distintas organizaciones para que formen parte de la planificación, de la ejecución y de todo lo que se programa en el aspecto que tiene que ver con la salud. Dado que Uds. pertenecen a distintos ámbitos, el científico, el vecinal, el político o el religioso, ¿cómo piensan Uds, que todos estos aspectos se pueden combinar?

Marcelino Fontán (Coordinador): — Si me permite voy a tratar de contestarle yo, que si bien no soy panelista tengo ganas de expresar algunas cosas también. Esta cuestión de cómo institucionalizar la participación creo que toca un punto muy presente en lo que se ha ido hablando hasta ahora y a medida que iba transcurriendo la mesa se iba reforzando la idea de que muchas veces tomamos el tema de la participación como si fuera autónomo y analizable en sí mismo y no le damos el valor que tiene dentro de la cuestión salud en general. Creo que N. Liwski y Juan Cymes plantearon con mucho énfasis la cuestión de la participación como parte del derecho a la salud popular y como una lucha para lograr ese derecho. Esto lo descentro de tomar la participación como una cuestión técnica, sino que aparece como un derecho que se conquista. Yo creo que en el acceso al sistema de salud estamos hablando de cómo se participa en bienes sociales. Recuerdo que ayer, en la mesa de economía, Jorge Katz decía de la puja distributiva, la puja de los distintos sectores para ver con qué parte se queda cada uno; empresarios, asalariados, el estado, etc. Esto tiene otro nombre, es una lucha por los bienes sociales para ver como se accede a los bienes de los servicios de salud y allí es donde veo que se relaciona con lo que Ud. pregunta. Creo que lo que está en disputa es un espacio de poder. Esos bienes son distribuidos de manera diferencial, preferencialmente. Hay sectores que acceden con más preferencia que otros a esos bienes y para los que no los tienen, la manera de conseguirlos es luchando por ese espacio de poder.

Es cierto que hay formas que tienen que ver con el trabajo de base, con incentivar la participación de la gente y la difusión de ciertos conocimientos, pero, cuando se lucha por un espacio de poder, creo que hay que pensar estratégicamente qué se puede hacer para lograrlo. Yo creo que a partir de lo que decía Mons. Novak sobre el compromiso con los carenciados, con los explotados, los que estamos en APS tenemos que entender que APS no es una cuestión técnica, no es una especialidad profesional, es un compromiso distinto y que pasa por aportar a las estrategias de acceso a ese espacio de poder. A mí se me ocurren cosas que son prioritarias: es cierto que la posibilidad de difundir el conocimiento es importante ya que está monopolizado. Se lo adquiere en esta casa y lo tienen unos pocos. Pero la posibilidad de acceder a un espacio de poder compartiendo conocimiento yo creo que para los sectores populares está muy restringida

en la actualidad y es un objetivo a muy largo plazo. Pero acceder a ese lugar de poder quizá en otras cosas más inmediatas sí lo veo más posible y allí entro más en lo que Ud. decía de cuál puede ser la inserción institucional de la participación. Creo que hay algo que difícilmente es aceptado que es la participación de las organizaciones populares en el control de la gestión de los servicios de salud. Yo creo que instalar en los hospitales, en los centros de salud representantes de las comisiones de base para que fiscalicen la administración del servicio es un paso estratégico distinto y de adquisición de poder de otra naturaleza que la de transferir un conocimiento ya que siempre la posibilidad de adquirirlo es desigual. No digo que esta sea la única estrategia sino que hay que pensar maneras de pensar como se ocupa ese espacio que son los servicios de salud. Hoy en día está muy teñido de lenguaje tecnológico tal como decía Norberto. Los tecnócratas han comenzado a manejar la cuestión de la participación con este nombre cuando en realidad era la movilización popular antes. En primer lugar creo que hay que tener claro que esto es un compromiso entre nosotros de otro tipo, con los que están privados de ciertas cosas entonces colaborar con ellos no es tanto realizar tareas de difusión de conocimientos que no las excluyo sino colaborar en la creación de estrategias de adquisición de poder en ese espacio que es el servicio de salud. Yo creo que es mucho más difícil aceptar que tenemos un representante de la comisión de base dentro del hospital o dentro del servicio de salud que aceptar que esa persona está recibiendo transferencia de conocimientos porque allí se empieza a controlar el poder realmente. El hecho de conciencia que es conocer acerca de la salud a través de esa práctica distinta se genera de otra manera. Yo creo que la conciencia se genera más a partir de esa práctica que trabajando sobre la conciencia misma, sólo en el nivel de conocimiento.

Héctor Poggiese: — Quisiera agregar algunas cosas; primero: el poder es omnímodo pero está distribuido de muchas maneras y hay muchas escalas de poder. Poderes hay en todos lados, quiere decir que de lo que tenemos que ser capaces es de construir espacios en los que haya distribución de poder y acceso a la transferencia de poder. Si no, no hay participación. Segundo: reglas de juego que son de tal manera que lo que vale para uno vale para el otro, entonces si exijo representatividad en uno, también en el otro.

Si exijo homogeneidad, también. O bien el conjunto de los actores que tienen que tomar decisiones sobre las cuestiones de la sociedad tienen que aceptar asimismo que ni son representativos cabalmente ni siquiera por las normas que dicen que sustentan ni que son necesariamente homogéneos, porque son heterogéneos. El Estado es heterogéneo, está permeado por infinitas situaciones y grupos de acceso y de ideas y muchas veces el estado no es más que el resultado de técnicos, la ciencia, los profesionales también son heterogéneos por más que pue-

dan sustentarse en algún principio científico y entonces para que haya participación hay que crear los escenarios en los cuales se empieza a practicar y que se permeen unos a otros, de lo contrario no hay ninguna posibilidad.

Y tercero: nosotros hemos estudiado e investigado de todo, yo creo que de todas las cosas se sabe mucho pero de cómo ayudar a las luchas populares desde el punto de vista de las ciencias sociales y de las ciencias políticas, desde el punto de vista de metodologías para el acceso a las decisiones y para tomar decisiones, desde ese punto de vista sabemos nada y esto es porque no tenemos en nuestra historia la posibilidad de reflexionar sobre eso.

Un hecho es transformador sólo si él en sí mismo es un hecho transformado, no como el final que se le ofrece como panacea e imagen objetiva si no el hecho transformado es el propio proyecto como es construido. Y si es construido con estas reglas de juego que estoy diciendo, con el armado de un escenario y con la contribución de metodologías que coadyuven con los sectores, que porque son más débiles tienen más dificultades para equilibrarse con los otros, en ese terreno entonces estaremos avanzando algo desde nuestro campo respecto a la participación, esto es armar juegos de fuerza que sean favorables a los sectores más débiles.

Monseñor Novak: — La pregunta dice: ¿Como se puede compatibilizar la actitud verticalista de la iglesia jerárquica con los postulados de comunión y participación que emanan de Puebla y Medellín? ¿Se puede democratizar la iglesia, se debe?

Me parece que el problema mayor es respetar una naturaleza propia de la institución pero volver a los orígenes, a la aplicación de la funcionalidad, en este caso lo que se llama jerarquías. Cada organismo tiene funcionalidad, no se puede variar toda su estructura interna porque cambiaría de cuajo la misma institución. El problema al que apunta esta pregunta es que se ha desvirtuado el espíritu del ejercicio de una autoridad, que es necesaria, como en toda institución y en toda sociedad. Los orígenes son claros al respecto porque establecen la autoridad pero la condicionan a una funcionalidad de servicio y las palabras de Jesús son tajantes al respecto: “El primero de Uds. será el último”, el más importante que sea el servidor o el esclavo de todos. Haber desvirtuado esto con el correr de los tiempos en que a la forma de ser un poco exterior de la iglesia se le han ido pegando formas, estilos que provienen o han provenido de las distintas sociedades con las que convivió históricamente. Esto ha llevado muchas veces a desvirtuar y muchas veces aún en nuestros días lo está haciendo.

Con respecto a la democratización, es indudable que cada época histórica, porque si no la iglesia para que está, sino para dialogar con el hombre, para estar al servicio del hombre y de su fin trascendente y que no tiene una finalidad en sí

misma; con cada época histórica, digo, se beneficiará a través del diálogo con la forma de ser, la sociabilidad generada a través de los tiempos y de los lugares. La democracia tiene que darle la operatividad en la organización, en la eficiencia y en la forma de actuar, que tiene muchos elementos de importancia ya que la democracia en sí misma significa un progreso para la humanidad, significa evolución humana, siempre que sea una democracia popular.

La rectificación de una falsa imagen está, entonces, en que vuelva a ser lo que debió ser siempre. Por eso Jesús hizo el símbolo de lavarse los pies en la Última Cena diciendo: "Uds. deben también lavarse los pies unos a otros", como expresión simbólica porque ese era el oficio de los esclavos. Como muy bien sabemos. Falta mucho indudablemente para aplicar lo de Medellín y de Puebla porque en el año pasado en la reunión de Roma sobre los laicos, que ya hay un 98% de los bautizados, se ha constatado que faltan organismos que debieran existir como comunión y participación, por ejemplo los consejos pastorales en las parroquias, en las diócesis, en donde la mayoría debe ser los laicos.

Hay todavía diócesis y parroquias en el mundo donde estos consejos no están establecidos y que indudablemente ya está reflejando una dinámica democrática sin cambiarle la naturaleza, la actualizan a la iglesia en su funcionalidad, en su capacidad de evangelizar, de servir y entonces, en primer lugar el estilo dictatorial o verticalista está totalmente reñido con el Evangelio y con la fe cristiana, y segundo la aplicación de los documentos muchas veces deja que desear. Muchas veces en el ecumenismo, en el diálogo con el mundo o en la organización a esos niveles están previstas por el Concilio Vaticano II, por Puebla y por Medellín y no se están aplicando. Hay colegios católicos donde, lamentablemente, no se puede hablar de Puebla porque hay un rector dictador, con muy buenos guardaespaldas que está impidiendo actitudes como éstas, que son totalmente absurdas pero existentes. La Iglesia tampoco puede violentar la cosa y depende de los hombres y en este punto debo establecer nuevamente el principio del cual dejé constancia cuando estuve en uso de la palabra, somos los hombres los que tenemos que seguir cambiando, evolucionando como en el problema de la salud, sentir de cerca, porque creo que forma parte de una participación nuestra con aquél que tiene necesidades. Porque si yo veo a 38 grupos familiares como el domingo y dudo si a la noche van a comer, o al día siguiente, es porque de los 38 solamente 2 tienen trabajo fijo, 36 son changarines; entonces sin mutual, sin cobertura de ningún tipo y tienen que levantar la casa, ¿con qué lo van a hacer? ¿Con los australes que están juntando de vez en cuando y que no les alcanza ni siquiera para el colectivo? Estamos entonces en esta evolución y hay que seguir cambiando, tenemos que tener pastores que sean verdaderamente servidores, tiene que cambiar la imagen de los obispos, esto es indudable, tenemos que bajar a la calle, embarrarnos, convivir con la gente, estar mucho más en las calles que en las

oficinas y tenemos fe en que la democracia seguirá creciendo y será cada vez más popular y que este aspecto vaya cambiando. Pero cambiar la naturaleza de la iglesia no debe darse sólo porque hoy, que se ve reestructurada por la democracia, ¿qué forma de gobierno habrá dentro de 500 años en el mundo? Creo que Uds, serán optimistas y pensarán que el hombre va a seguir evolucionando, va a ir adquiriendo más riqueza humana a pesar de la despareja distribución de los bienes donde radica la fuente última de todos estos males que estamos lamentando también hoy en materia de salud. Por eso nosotros defendemos la puesta en común de los bienes de su destino universal, la mejor distribución de las riquezas para que el hombre pueda ser más hombre y todo ser humano pueda serlo. Aquí dejo porque tengo que meditar esto yo mismo y tratar de vivirlo mejor.

Dr. N. Liwski: — A mí me preocupa que una reunión como ésta de pronto genere, ante tantas dificultades, la idea del fatalismo o el escepticismo frente a las posibilidades efectivas de transformación. Estamos hablando de temas casi inaugurales para una generación de miembros del equipo de salud y hablamos de un tema inaugural porque antes reconocíamos una historia que trasciende este momento, pero básicamente salimos de un período de dictadura en donde el silencio y las formas de resistencia estuvieron muy lejos de los equipos de salud pero estuvieron muy cerca del corazón del pueblo y el pueblo siguió acumulando experiencia y trabajando en términos muy primarios, muy elementales en el campo de la salud, aún durante el período de la dictadura, participación ésta que adoptó formas de resistencia.

Pero en la etapa actual, tan complicada y contradictoria de pronto surgen preocupaciones sobre temas muy concretos. Llegan aquí a la mesa dos preguntas; una dice: ¿podría profundizar acerca de su propuesta de organismos democráticos de salud popular e ilustrarnos sobre antecedentes de esa forma en otros países?

Amén de que esta debe ser mi hija mayor que anda por ahí y sabe que tengo la respuesta bien preparada, pero en esta situación vale la pena contarle.

Hay dos cosas que se pueden decir sobre esto. En los niveles locales existen mecanismos sumamente informales, de escala baja, en donde las organizaciones populares están buscando expresiones o mecanismos que expresen la voluntad popular en los servicios de salud. Esto está sembrándose diariamente en todo el país. Incluso las instituciones de salud como las instituciones de educación, caracterizadas más intrínsecamente por sus cualidades o descualidades autoritarias, verticalista, elitistas, que están sometidas diariamente a una fuerte lucha interna por transformar estas estructuras y crear mecanismos participativos. Esto no está estático, no estamos hablando de una situación que es como una fotografía instantánea con un movimiento anulado. Esto está todo en movimiento y está cre-

ciendo, además. Y no es que esta aula se habilitó casualmente para hablar de esto. Estamos hablando en la Facultad de Medicina de un tema en el cual la misma no prepara fundamentalmente a los alumnos y futuros profesionales. Esto es parte de una contradicción que recorre el conjunto del país.

Creo que el equipo de salud, y esto es importante porque básicamente el auditorio está compuesto por colegas de distintas áreas del mismo, tenemos que observar seriamente a ver por dónde nos ponen el contrabando para generamos escepticismos, frustraciones continuas y creamos la idea de fatalismo. Esto es muy común y crece también; es la contramedida activa con la cual hoy se boicotean todos los intentos. Que estamos en un camino complejo es cierto, que la búsqueda de caminos de participación y mecanismos formales de participación es todavía una artesanía sobre la cual todavía hay mucho que trabajar, también es cierto, pero que esto no es inactivo, también es cierto.

Hay un país que durante un período muy especial de su historia, Panamá, durante la época de Torrijos, desarrolló una importante experiencia, y aquí viene la respuesta a la pregunta, que consistió en crear lo que se dió en llamar los comités de salud, que funcionaron como los órganos locales de la expresión de la voluntad popular en salud. Estos organismos se constituyeron en el ámbito de democracia directa, para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud. Esto permitió modificar, en términos epidemiológicos, cuali y cuantitativos de un modo vertiginoso la realidad sanitaria de este país y creo que además hay en la Argentina experiencias, algunas de las cuales se están viendo en talleres en estas jornadas, de distintos lugares del país, que indica que hay una fuerte corriente que está buscando la creación de organismos democráticos que expresen la propuesta de salud popular.

Público: — Se habló en la mesa sobre una historia de la participación. Ese término participación, yo creo que aparece a partir del agotamiento del modelo en salud de la medicina comunitaria que venía con una palabra de orden que era la de concientización. Allí de repente surge esa palabra médica, participación, que iba a cambiar la agotada palabra concientización. ¿Qué pasa con esta palabra participación? Yo creo que su existencia y su eficacia residen en su ambigüedad. Nunca quedó muy claro qué significaba, entonces para algunos, participación podía ser suplemento a alimentar, para otros podía ser mano de obra barata en los costos de salud, poner ladrillo sobre ladrillo, llamar a la comunidad o participar o sea a barrer el puesto y enseñarle a dar inyecciones. Si entendemos participación por eso yo creo que el objetivo de la misma está ampliamente logrado o sea que el término y el programa son totalmente eficientes. Ahora yo me pregunto y pregunto, si nosotros entendemos por participación romper esa dicotomía entre el agente de

salud, el equipo de salud y la población que va a recibir la salud, si significa romper ese dominio de saber-no saber, romper las relaciones de dominación en una sociedad que es elitista y autoritaria; ¿es posible la real participación? Yo creo que algo que mencionó al final Norberto es lo que se ha logrado, a través de los sistemas locales de salud y que empieza a abrir ciertos caminos a la participación, sin ser fatalista, pero vuelvo a referirme a la pregunta, ¿es posible dentro de este esquema autoritario, elitista, donde existe el famoso poder médico lograr una participación?

Juan Cymes: — Voy a intentar una respuesta posible. Si tuviera que dar una respuesta rotunda le diría que no a su pregunta ya que no es posible en un sistema como por ejemplo el que padece nuestro país, lograr una aceptable cuota de participación tanto en el tema de salud como en la discusión en general, ejecución y resolución de los grandes problemas que padece nuestra sociedad. Es imposible, en el sistema que padece nuestro país, sistema económico, político, jurídico, institucional y por ende ético y moral, que se puedan solucionar los problemas de salud y entre ellos el de la participación, de la vivienda, los problemas que sufrimos no sólo los sectores carenciados sino que incluso ya afectan a sectores medios y que llevan a un estado de depresión, de fatalismo que alcanza no sólo a los sectores más castigados sino a otros sectores que tal vez no estén tan castigados en lo económico social pero que lo están en su posibilidad de realización humana concreta.

Es muy fácil explicar porque no se puede lograr esto en este sistema, porque precisamente los intereses que dominan, tanto sea los internos y fundamentalmente los grandes intereses que hacen de la Argentina un país dependiente sometido, con intereses extraños al país que dominan resortes básicos de las palancas básicas del país, económicas, políticas e incluso culturales.

Esta situación sólo puede quebrarse forzando nuestra participación, la participación popular que no nos la van a conceder. No podemos negar que en todos los estamentos, incluso organismos estatales, partidos políticos, existan sectores, gente de buena voluntad que aún estando insertados, engrampados, en estamentos de la sociedad a los cuales deben servir, que es una forma de servir al sistema, son concientes de que esto no va y de alguna manera colaboran, ayudan o permiten, son más permeables a esa participación que los sectores oprimidos queremos forzar para que se respete. La participación, en el sentido que se le pretende dar en este seminario, tenemos que pelearla, forzarla y ser concientes y creo que hay una conclusión que tenemos que sacar, que a la participación como tal el sistema la niega y si la da, lo hace no en función del concepto ligado al cambio que antes mencionaba Poggiese, sino que concede o cede una cuota a la que llama participación precisamente para tratar de alivianar lo mejor, para tratar

de garantizar que el sistema prosiga siendo un sistema de injusticias, entre ellas una injusticia con la participación misma. Pero además, en este sistema, y yendo a lo concreto en nuestro país, hay una alternancia por la cual cuando los sectores populares forzamos la participación y rescatamos espacios que ya no pueden negarnos, aunque lo logremos con sangre sudor y lágrimas, entonces el sistema apela a una fórmula política que todos ya conocemos: cuando no funciona la fase de la cara, llamémosla social o demo-liberal se apela a la cara dura, a la cara mala del golpe militar y la represión violenta. ¿Por qué? Porque se empieza a temer que esta creciente cuota de participación que los sectores populares vamos ganando no se pueda frenar a través de los mecanismos que tiene establecido hasta la misma Constitución Nacional. No se olviden que hay un artículo fundamental que dice que el pueblo no delibera ni gobierna, sino a través de sus representantes.

No delibera ni gobierna. De manera que aquí está debidamente escrito, que la participación popular para construir una democracia auténtica es mito incluso bajo la letra escrita de la Constitución Nacional. Está expresamente prohibido deliberar sino a través de quienes el sistema dice. Esto está implícitamente señalando quienes son los que no pueden deliberar y quienes son los que no pueden gobernar y más bien que a buen entendedor pocas palabras y ya que hablamos de historia, esta nos demuestra quienes son los que pueden deliberar y gobernar en la Argentina. No son precisamente los sectores populares, por eso que la participación hay que arrancarla y el problema está, como bien decía acá Liwski hablando de la historia de nuestro barrio, que es cierto que la historia se repite. Nosotros en la Argentina estamos viviendo situaciones que hace 25 ó 30 años ya las creíamos superadas. El hablaba de que hace 20 años, en nuestro barrio, se luchaba por el famoso centro de salud. Este centro está abajo de un edificio de 15 pisos cuya placa básica fue puesta por el presidente Agustín P. Justo en el año 1935 para construir el edificio de la Liga Nacional contra la tuberculosis. Este edificio está parado y lo único que funciona es una planta baja. Miren si la historia esta parada. En ese sentido ha retrocedido.

Qué nos van a hablar de nuestro barrio si ahora vamos a cumplir 30 años de la famosa huelga revolucionaria del frigorífico Lisandro de la Torre. Cuando lo quisimos defender y se nos dijo que no, que se lo iban a vender a la CAP porque iba a ser el frigorífico modelo de A. Latina y hoy no existe más. Estoy hablando de Enero de 1959. Cuando quisimos participar en ese año para salvar el frigorífico y hacerlo nosotros, sí, el frigorífico modelo de A. Latina porque en ese momento era el más grande de Sud-América, con 8.000 operarios, se nos dijo no, no hay participación acá. Nosotros, los genios del desarrollismo vamos a darles la solución, vamos a enseñarles a Uds. ¿Saben lo que nos enseñaron? Que ahora no existe más. Ahora hay una plaza allí. Miren Uds. si la historia se repite. El pro-

blema está que cuando forzamos la participación allí es cuando tenemos que juntarnos las villas con los médicos y con los otros profesionales y con los partidos que no están en el juego electoralista barato, porque esos tampoco dan participación, incluso los partidos del campo popular. Por eso existe la historia de los punteros políticos; si la Constitución dice que el pueblo no delibera ni gobierna sino a través de sus representantes, y ¿quienes son los representantes en el Congreso? ¿Cuántos representantes populares auténticos están sentados allí? Que sean auténticos líderes de masas, que no se sienten ni apoltronen en las bancas, que tengan la vergüenza de decir que están ganando 6.000 ó 7.000 australes mientras un compañero de mi barrio apenas está ganando 400 ó 500. ¿Dónde están los representantes de mi barrio en el Concejo Deliberante? Mientras nosotros estamos peleando por sueldos de 400, 500 ó 600 australes él está ganando 6.000 ó 7.000. Hay concejales que en cuatro años ni siquiera se han dignado en venir a pisar y ver qué pasa en nuestros barrios. El pueblo no delibera ni gobierna sino a través de sus representantes. Cuando salimos a la calle, a parar a los mafiosos y a defender los centros de salud, todavía tenemos que rendirle cuentas a la policía, que defiende a los mafiosos. A esa policía tenemos que rendirle cuentas de lo que hicimos y todavía tenemos que ir a perder tiempo a los tribunales porque desde hace dos meses que el juez interviene en nuestro caso ha comprometido su presencia en el barrio y todavía no ha venido. Miren lo que cuesta que un juez participe. También él tiene que aprender a participar, pero no en Tribunales sino en la calle, donde estás los problemas populares (aplausos).

Héctor Poggièse: — Para discrepar y que no piensen que está todo organizado yo diría que es posible a lo que vos decís en ciertas condiciones y con ciertas ideas. Esto es, ¿qué quiere decir participar? Significa ser parte de algo. Ser parte de los iguales no tiene sentido como la autogestión. Es muy bueno que se autogestione pero esto no discute los recursos que están en manos de los otros. Una sociedad participativa sería una sociedad cogestionada donde el Estado y la sociedad articulan y dominan distintas facetas de las cosas que se deciden. La pregunta es la siguiente: ¿es posible generar espacios de participación, esto es de co-gestión? Pero hay que tener claro que esos espacios de co-gestión primero son nuevos, segundo, no son parte natural del sistema, como dice el compañero.

Estas experiencias no sólo tienen que generar su escenario particular, reconocer que son diferentes al resto sino que además tienen que darse estrategias de sobrevivencia con relación a los modelos predominantes porque esos modelos son los que están vigorando. Pero fuera de eso, lo que no está resuelto en la ciencia política ni en el mundo es que hay alguna forma de transformar el poder de la sociedad de manera participativa. En última instancia esa es la incógnita que nos plantea hoy esta cuestión. Yo podría afirmar que es imposible pensar que las so-

ciudades europeas de capitalismo desarrollado van a hacer algún tipo de transformación importante en la democracia que ellos han desarrollado. Si hubiera alguna posibilidad, dentro de una práctica democrática, de generar experiencias de participación que puedan producir una democracia diferente de la que puede existir en el mundo dominante y desarrollado, es en nuestros países. Si hubiera algún lugar, es aquí en nuestros países.

Público: — Mi pregunta es para el panel en general. Tiene que ver con experiencias propias. Cuando se trabaja en una barriada popular lo que se observan son dos clases de experiencias, las de organizaciones populares propias del lugar donde puedan coexistir también los partidos políticos o bien el trabajo temporal que se dan esas organizaciones políticas que muchas veces tienen objetivos claros, como puede ser una campaña electoral y otras veces tienen ganas de empezar a participar realmente, generalmente los militantes de base. Se puede considerar que esas organizaciones políticas pertenecen al sistema pero creo que se diferencian bien de quien tiene el poder en estos momentos. ¿Cómo se da esta relación, como cohabitan las organizaciones políticas con los objetivos concretos que se dan las organizaciones populares o en este caso, los objetivos que puede tener un equipo de salud?

Dr. N. Liwski: — Vamos a tratar de hablar del equipo de salud en un barrio donde se vive una situación de esta naturaleza. El equipo de salud que ha logrado, a través de un largo tiempo y de un proceso de aprendizaje siempre forzado, vincularse estrechamente con las realidades comunitarias y sus organizaciones, fortaleciendo vínculos, estableciendo mecanismos comunicacionales muy activos, este equipo de salud seguramente no es ajeno a que las organizaciones políticas que actúan en ese lugar tengan propuestas en salud, que sean sensatas, no sensatas, inmediatistas, estratégicas, que tiendan a favorecer el desarrollo de determinada área de lo que se está haciendo, a criticar el modelo de trabajo, etc. y creo que la comunidad, si ha construido junto a esta experiencia de salud un modelo del cual se siente dueña y lo gobierna, la aproximación de las fuerzas políticas organizadas tendrá el resultado del grado de integración o no que se tenga con este modelo. De ninguna manera las organizaciones comunitarias, por lo menos en mi experiencia, son insensibles o carecen de mecanismos de defensa cuando de pronto los procesos electoralistas, por ejemplo, puedan hacer de esas acciones en realidad mas que procesos de construcción, procesos de especulación. Cuando existe en una comunidad un fuerte vínculo con un modelo que se ha contruido para la participación activa, esto suele ser un elemento de contribución que enriquece el debate ideológico, político de esa comunidad.

Público: — Escuchaba al Sr. Cymes con respecto a que a veces hay que forzar la participación. Creo que los casos en los que la gente tiene que hacer fuerza para que su participación sea escuchada son los que menos me preocupan. Me preocupa más algo que pasa muchas veces y es que la gente, que está aplastada por una serie de problemas de la vida cotidiana, va disminuyendo su tendencia real a participar en acciones comunitarias, así como tiende a descuidar su propia salud. Yo creo que en este sentido cada uno de nosotros puede chequear cuando se ha preocupado correctamente de sí mismo en los últimos tiempos y, en cuanto a la dificultad para permanecer podemos comparar cómo estaba este auditorio hace una hora a cómo está en este momento, con muchas deserciones que probablemente no son por falta de interés en el tema sino por exceso de cansancio.

¿Cómo podemos proceder entonces cuando se busca la participación, se proponen comités de salud y las únicas personas que se proponen son el director de la clínica del barrio, el farmacéutico y un delegado de salud de un partido político? Si tratamos de forzar la participación probablemente no vamos a estar haciendo APS. Estamos frente a una pradoja. Quiero saber qué respuesta ha encontrado cada uno de Uds. a esta aparente pradoja.

Juan Cymes: — De ninguna manera participo del criterio de que hay que forzar la participación de la gente. Es exactamente al revés. Lo que quise decir al hablar de forzar es que hay que arrancar el poder a los que lo dominan y no nos lo van a regalar. Si queremos tener cuotas de participación las tenemos que forzar en la lucha, pero esto no quiere decir que hay que obligar a la gente a que participe. Esto es absolutamente contrario a lo que pienso y lo que pensamos los que estamos, en nuestro caso, en la comisión de villas y en el movimiento de villas.

Público: — No sé si me expresé mal. Dije que no me preocupaba el caso en que la gente tiene que luchar mucho para conseguir algo o hacer oír su voz. Me preocupa que la gente no haga oír su voz o no tienda a levantar la voz.

Coordinador. — Las preguntas que se formulan pueden ser contestadas también por el público ya que aquí hay portadores de experiencias muy importantes. No necesariamente tiene que estar la respuesta en esta mesa.

Parece que hay una sintonía distinta entre lo que Ud. planteaba y lo que contesta Juan. Traten de ver si logran entenderse entre Uds.

Héctor Poggiese: — Es simple y complejo a la vez. La cuestión es como ser coherente con la propuesta de participación. La pregunta es la siguiente: ¿la participación en un programa de APS es un medio o también es un fin?

Si es un medio para mejorar la calidad de los servicios, legitimar lo que se hace, etc., allí hay un problema porque se puede hacer la APS sin la gente, va a ser más caro pero se va a poder hacer. Pero si es parte del programa de APS que la gente participe, eso es tan importante como el servicio.

Desde ese punto de vista, en esa situación que vos te planteás si lo que estás queriendo hacer es un programa de APS en el cual la participación sea también un fin, lo que se tendría que hacer es, con ese director de la clínica del barrio, con todos los nombrados y Uds. mismos, incorporar al programa las acciones y las estrategias que reduzcan los obstáculos de participación de la gente. A partir de lo cual tu programa es menos de servicio y más de desarrollo comunitario, o menos de no sé qué y más de no sé cuánto, pero vos estás llevando adelante una estrategia que te permite cumplir con el objetivo en el tiempo que está proponiendo. Hay que descaracterizar el equipo porque produce servicios de salud y caracterizarlo como un equipo que produce participación o reduce los obstáculos para la misma. Allí habrá que pensar qué pasa con esa gente que no tiene empleo, y otras cosas así y a lo mejor eso es lo que tiene que hacer el programa.

Coordinador. — Tal vez me estoy desdiciendo de lo que dije anteriormente, pero creo que están relacionadas todas las cosas que estamos diciendo. De lo que vos decís se debe mechar con lo que dijo antes Juan con respecto al tema de llevar adelante los objetivos participatorios de cada programa pasa por dar ingerencias en el manejo de las situaciones de poder a la población. Lo que Juan dice es que al poder se accede disputándolo, sobre lo cual no hay ninguna duda. Nadie cede poder por sí mismo, sino que tiene que ser arrancado desde pelear a brazo partido hasta hacerse un lugar en instancias de decisión. Creo que tiene relación con lo que decía el participante de Sauzalito con respecto a lo que él decía de entregar la manija de la salud al pueblo y difícilmente alguien la entregue. El pueblo tiene que hacer de manera de poder obtenerlo.

Público: — Yo no creo que la gente no participe. En la experiencia que tengo jamás vi que nuestro pueblo dejara de participar; desde hacerse oír por las buenas o por las malas, como decía el compañero de la mesa, hasta reunirse clandestinamente y por lo bajo y con los íntimamente amigos y conocidos aunque sea para intercambiar dolores, yo veo que nuestra gente jamás dejó de participar y de exigir en la medida que podía. Lo que creo que a veces nos pasa, desde los equipos de salud es que no sintonizamos la misma onda y podemos no entenderlo. Muchas veces pueden sentirnos como algo no propio. Específicamente en el tema de APS, cuando hemos realizado el abordaje de un barrio y quiero transmitirlo porque soy de Misiones, es posible este abordaje desde dos lugares, uno desde la militancia política en la

cual me siento como en mi casa y conozco los resortes de reunión, los lugares, los punteros, etc; otro abordaje es como parte el programa de APS. Cuando hablo con la gente que me conoce como a mí, desde mi militancia y no por el programa, les pregunto si por allí andan los agentes de APS y contestan que sí, unos con una chaquetita, por aquí andan. Eso es una percepción del programa que por las fallas que tiene, aunque sea bien intencionado, no les llega a la gente, entonces yo consideraría una falta de respeto hablar de la no participación de la gente. Creo que a veces no podemos simpatizarla y cuesta muchísimo encajar las buenas intenciones de un programa de APS, de esa estrategia para canalizar la participación con la participación y los canales que la gente se da que en las buenas y en las malas siempre han estado.

Yo no conozco una fractura en eso; ha estado callado pero nunca ha dejado de existir.

Público: — Con respecto a lo que dice la señorita de Misiones debo decir que yo sí he visto gente que no quería participar, gente de una raza que se sentía vencida y que sentían que no era nada, que no tenían nada. Habían sido vaciados histórica y culturalmente y era verlos tan mal que en un momento dado un misionero que había estado en Africa, en Biafra y lugares difíciles me dijo que no había visto tanta miseria como allí. Estos son grupos de aborígenes maticos en Salta y Chaco. Respondiendo a lo anterior creo que incluso en esos casos las situaciones no son desesperadas ni perdidas, pero sí creo que la problemática de salud antes que un problema conceptual es un problema afectivo es decir esta gente necesita ser amada y creo que eso es fundamentalísimo y lo segundo es que ese amor lleva a un tremendo respeto y también a respetar los tiempos; es algo que el Evangelio dice constantemente: hay que esperar la hora. No toda persona puede participar o dar un paso cuando al otro le parece que es conveniente. Yo creo que allí hay una diferencia entre libertad e independencia; para mí participación es un acto hondo de libertad en el cual la persona asume su rol, su misión de lo que tienen que hacer en la historia y para eso, excepto en casos muy heroicos necesita la independencia, es decir que no tenga desde afuera una bota que se le ponga encima y que le impide hacerlo. Yo creo que los que amamos a la gente podemos ayudarlos a ser independientes, podemos incluso hacerlos sentir amados, pero si ellos no quieren responder, hasta que así lo quieran no hay quien lo pueda sustituir. Y cualquier sustitución a esa opción afectiva y voluntaria de la gente sería un engaño o un paliativo que, como algo provisorio puede ser que sean aceptables pero no se pueden tener en forma constante.

Poniendo un ejemplo muy sencillo, si yo veo a un pajarito en la jaula, encerrado puedo darle de comer, ayudarlo a estar sano, puedo abrir la puerta de la jaula, pero si él no quiere nadie lo puede obligar a volar.

Pienso que es muy preocupante cuando una persona no quiere tomar una opción, pero merece un hondo respeto y hondo afecto para que un día pueda tomar esa opción.

N. Liwski: — Yo escuchaba la preocupación del compañero cuando planteaba qué pasa si se proponen comisiones populares de salud y resulta que la integran el farmacéutico, el médico, el dirigente. A mí me llamó la atención que a lo largo de más de 2 horas que estamos debatiendo básicamente con miembros del equipo de salud de distintas disciplinas, estemos tan preocupados por ver los elementos resistenciales a la participación popular en salud por parte de las comunidades y nos hallamos interrogado tan poco sobre los elementos resistenciales que subsisten fuertemente en los equipos de salud y en la ideología de los mismos.

Entonces, a esta casa le agradecemos muchísimo que nos haya prestado el salón, pero además le decimos que termine de formar médicos cuya ideología principal es negar la participación popular en salud.

Público: — Yo iba a hacer una pregunta que ya el Dr. Liwski ha contestado y que tiene que ver con nuestra propia falta de participación e inclusive la incomprensión de las instituciones o las políticas hacia esos canales de participación que la gente misma se da. Creo que de una vez debemos sacarnos el delantal.

Público: — Mi pregunta va dirigida a M. Novak. Las sectas con sus soluciones mágicas y su prédica de la resignación dificultan la participación del pueblo en salud. ¿Tiene la autoridad eclesiástica alguna respuesta a esto? ¿Colabora o puede colaborar de alguna forma?

M. Novak: — Creo que estamos todos de acuerdo en que es alienante y aberrante esa forma de pretender salvar o sanar con todo lo que ya nosotros conocemos que pasa en casos semejantes. Lo que nosotros no podemos es tener el enorme poder publicitario de convocatoria que en estos momentos tienen las sectas y nuestro trabajo será más moderado, más sencillo, pero entendemos que los médicos tendrán que seguir haciendo su trabajo, porque Dios sobre la tierra no va a suprimir la enfermedad, si bien El es poderoso para, en cualquier momento dado, a cualquier persona, devolverle por sí mismo la salud, pero Jesús mismo no vino ha hacer obra de circo con las sanciones que hizo, sino signos que indicaban algo mucho más profundo. No curó a todos los enfermos, no los curó espectacular-

mente sino significativamente y para señalar que él venía para sanar al hombre en su corazón hizo exteriormente algunas curaciones. Pero estamos totalmente en contra de esa espectacularidad que se le está dando con un grave detrimento de la salud porque a la población se la lleva a una alienación fundamentalista. Pero no estamos en condiciones de frenar la tremenda capacidad económica que tienen ellas para desplegarse.

Coordinador. — Damos por terminada la mesa. Creo que esta ha sido una posibilidad de incrementar nuestras inquietudes sobre el compromiso que significa la APS y creo que quedan planteadas exigencias muy claras hacia el equipo de salud y hacia los profesionales que el pueblo sostiene y paga para que le brinden servicios.

LAS DIMENSIONES IDEOLOGICAS DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA*

ANTONIO UGALDE

Los planificadores de salud internacionales y los organismos nacionales de decisión de las políticas de salud, están comenzando a incorporar el concepto de participación comunitaria en sus programas. De manera contrastante, la participación de la comunidad llegó a ser un rasgo común en los proyectos de desarrollo agrícola y los destinados a los suburbios pobres urbanos en la década del cincuenta y aún más en la del sesenta. Desafortunadamente, los planificadores de salud han ignorado las lecciones de tales experiencias, y hay montado con celo misionero programas de participación comunitarias. En Latinoamérica, hacia la mitad de la década del setenta, la mayoría de los ministerios de salud pública organizaron elaborados programas de participación comunitaria, y en muchos países divisiones de participación comunitaria se agregaron a los cuadros organizacionales de los ministerios. Las similitudes entre los programas de participación comunitarias en Latinoamérica han sido señalados por Werner:

“Existen sorprendentes similitudes en la forma y los detalles estructurales de muchos de estos diferentes programas de salud gubernamentales, es sorprendente también que casi todos ellos son apoyados y monitoreados por el mismo pequeño complejo de agencias internacionales: OPS/OMS, AID, IDRC IBD, UNICEF, FAO, Milbank Foundation, Rockefeller Foundation, Kellogg Foundation, etc. (1)”

El propósito de este trabajo es explorar la repentina emergencia de esta moda internacional y proyectar su resultado futuro en base a las lecciones de experiencias previas en otros sectores.

* Traducido con autorización de Social Science and Medicine, Vol. 21 N° 1 p.p. - 41-53, 1985. Publicado en Cuadernos Médico Sociales N° 41 - CESS - Rosario - Argentina.

Participación Comunitaria en Proyectos de Desarrollo Agrícola y Urbano

Después de la exitosa historia de la reconstrucción de Europa posterior a la Segunda Guerra Mundial, los EE.UU. asumieron el rol de liderazgo para el desarrollo del Tercer Mundo. En Latinoamérica industrialización y desarrollo se convirtieron en sinónimos. Los economistas decidieron rápidamente que la viabilidad de la industrialización dependía de la incorporación de vastas masas de campesinos en la sociedad de consumo. La posibilidad de que el consumismo tuviera un impacto negativo sobre su calidad de vida jamás pasó por su mente. También se decidió que el desarrollo o la modernización de los distritos rurales requería entre otras cosas el desmantelamiento de un sistema obsoleto de tenencia de la tierra y el sacrificio de la oligarquía terrateniente que era su soporte. Se dió a los terratenientes la oportunidad, y muchos la aprovecharon, de transferir sus inversiones en tierras a la industria. La conversión de los latifundios en unidades agrícolas familiares viables se consideró un prerrequisito para el incremento del ingreso rural sobre el cual se basaría la ampliación del consumo, y para proporcionar una cuota adicional de alimentos baratos a las ciudades en crecimiento. En otras palabras, los economistas quisieron recrear en Latinoamérica la historia de la industrialización del Oeste. La euforia que se había heredado del Plan Marshall comenzó a ceder cuando los planificadores comprendieron que sus teorías sobre el desarrollo no se verificaban en las comarcas rurales de Latinoamérica. Las fallas se atribuyeron a una variedad de factores tales como flujos logísticos, escasez de datos básicos, falta de adecuado entrenamiento de los funcionarios civiles; pero los valores tradicionales del campesinado fueron identificados como uno, si no el principal, de los obstáculos para el desarrollo. Antropólogos, sociólogos rurales, psicólogos, cientistas políticos, fueron llamados en ayuda. Con raras excepciones los cientistas sociales de EE.UU. retrataron a los campesinos y pobres urbanos como individualistas, desconfiados, no cooperativos, autoritarios, incapaces de postergar la gratificación, apáticos, fatalistas, incapaces de aceptar riesgos, sin interés en la prosecución de beneficios, y faltos de cualquier sentido de empresa. (2). El caso de los campesinos utilizando sus magros recursos para ofrendas a los santos, o en fiestas, en lugar de emplearlos en fertilizar, fue uno de los varios ejemplos utilizados para mostrar la irracionalidad del campesinado y la incompatibilidad entre los valores tradicionales y el desarrollo rural (3). La síntesis de Landsberger de la relación entre valores y desarrollo es indicativa, y parece suscribir el punto de vista presentado:

“Los últimos años de la década del 50 y los primeros de la del 60, estuvieron dominados... por visiones de los campesinos que los mostraban envueltos en una “cultura de pobreza”... Apáticos y temerosos, sospechando incluso —o especialmente— de aquéllos en una posición similar a la suya, orientados sólo al bienes-

tar de su familia, temiendo que el progreso de los otros fuera logrado a sus expensas... A lo sumo, podían ridiculizar a su antagonista de clase y su enemigo cultural en una forma indirecta, estilizada, en festivales anuales, o convertir su odio en síntomas somáticos. Y dados los acontecimientos de los años 40 y 50 —o mejor, la ausencia de cualquier serie de acontecimientos dramáticos durante esas dos décadas— **este cuadro resulta bastante realista**" (4) (el subrayado me pertenece).

Bajo estas condiciones la necesidad de "modernización" de los valores fue una conclusión lógica. Los antropólogos más sofisticados como Ben Paul y George Foster sugirieron que las innovaciones y cambios debían ser introducidas en las sociedades tradicionales a través de la manipulación de culturas y valores, un proceso que fue legitimado bajo el rótulo de ingeniería social.

En Latinoamérica las presiones por el desarrollo rural y la reforma agraria aumentaron después de la Revolución Cubana y la publicación de la encíclica *Mater et Magistra* del Papa Juan XXIII. La alianza para el Progreso fue la respuesta tardía de los EE.UU. a estas presiones y entre otras muchas reformas abogó por cambios agrícolas integrales. Tomó 3 ó 4 años más a los planificadores económicos y a los políticos estimar el exorbitante precio de una reforma agraria integral. (los expertos en salud deberían observar las similitudes entre el llamado por una reforma agraria integral y el slogan Salud para Todos en el Año 2000). Resultó obvio que ningún gobierno en Latinoamérica disponía de los recursos para implementar el tipo de reforma agraria considerado por la Alianza para el Progreso. Las estrategias para simplificar tales reformas y reducir sus costos tenían que ser diseñadas. (aquí deben observarse las similitudes con la medicina simplificada y la atención primaria en salud). Los programas de autoayuda fueron una respuesta posible para bajar los costos extrayendo trabajo no retribuido. La ONU publicó en 1964 una guía para proyectos de auto-construcción de viviendas (5). Argumentos similares se formularon para la mejora de las condiciones de vida en los poblados pobres, y programas como la Operación Sitio en Santiago se organizaron bajo los principios de la auto-construcción (6). En una reunión en Medellín en 1970, bajo el patrocinio de las Naciones Unidas, representantes de los países del Tercer Mundo dieron respaldo oficial a los proyectos de autoconstrucción (7). La dimensión de la equidad jamás se planteó: ¿por qué se pedía a los pobres que construyeran la infraestructura física de los barrios, mientras las clases más ricas la tenían construída por el gobierno?

Bajo esta perspectiva ideológica la organización comunitaria, fue la respuesta lógica para introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de autoayuda. A través de América Latina las organizaciones y los comités de desarrollo comunitario fueron establecidos por burócratas delirantes y políticos, bajo presión y guía de las agencias internacionales. Documentos como Desarrollo

de la Comunidad: teoría y práctica fueron publicados por el Banco Interamericano de Desarrollo en 1966, en el mismo año el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas publicó el volumen *Community Development and Related Services* que fue seguido por varias otras publicaciones sobre el tema (8), y en 1979 la Organización de los Estados Americanos (siempre algunos años atrás) organizó una conferencia interamericana sobre desarrollo comunitario en Santiago (9). Acción Comunal en Venezuela y Colombia, SINAMOS y Ligas Agrarias en Perú, CODESCO en Brasil, Desarrollo Comunal en Costa Rica, Confederación Nacional de Campesinos en Guatemala, Cooperativas Rurales en Bolivia, Asociación Nacional de Usuarios Campesinos en Colombia, son ejemplos de grupos organizados por los gobiernos para inducir el desarrollo comunitario entre el campesinado y entre los pobres urbanos. Hoy, 10, 20, y en algunos casos 30 años después, las contribuciones de éstas y similares organizaciones al desarrollo son difíciles de percibir; algunas organizaciones están inactivas, otras han cambiado de objetivos, y los problemas de los pobres no han sido solucionados. ¿Dónde estuvo el error?

Puede sugerirse que las premisas sobre las cuales se construyeron las organizaciones de participación comunitaria fueron erróneas. El sistema de valores del campesinado y de los pobladores urbanos pobres fue mal comprendido por académicos y expertos, en particular por los científicos sociales de los EE.UU. Las formas precolombinas de organización, que las sociedades tradicionales han sido capaces de mantener a través de los siglos, no sólo son compatibles con el desarrollo sino que tienen muchas de las características de la "modernidad": los sistemas tequio, guelaguetza, minga, ayllus, cayapas e incluso el cargo enfatizan el trabajo colectivo, la ayuda mutua, la participación política, la propiedad comunal de la tierra, y el igualitarismo. Por ejemplo, el tequio entre los zapotecos de México requiere que cada miembro de la comunidad sirva a la aldea por un período de tiempo. El ejido en México no permite la propiedad privada de la tierra, que es fuente de acumulación de riquezas y estratificación social en las sociedades rurales. Mingas y guelaguetzas la Región Andina y en el Sur de México respectivamente están basados en la ayuda mutua, y el sistema cargo puede ser considerado como un efectivo impuesto (10). En Bolivia, las estructuras precolombinas todavía en uso infatizan "la selección de líderes comunitarios indígenas, relaciones igualitarias, un método de algún modo democrático de tratamiento de los problemas internos... y una visión del mundo que enfatiza el equilibrio y la armonía". El autor concluye diciendo que las ideologías tradicionales "pueden promover la cooperación popular y la solidaridad comunal donde las ideologías tradicionales no pueden hacerlo". (11). Si la igualdad y la distribución de la riqueza son componentes importantes del desarrollo, las instituciones tradicionales tienen mucho que ofrecer, en algunos casos más que las modernas. Las institu-

ciones tradicionales han sido mantenidas a lo largo de los siglos a pesar de los esfuerzos de los agentes externos para desplazarlas. Frecuente e irónicamente las instituciones nativas fueron destruidas, y formas organizativas "modernas" que respaldaban el autoritarismo, la centralización y las desigualdades fueron introducidas forzosamente en las poblaciones por expertos y agentes gubernamentales. Huizer, un sociólogo europeo con muchos años de experiencia de campo fue uno de los primeros en cuestionar la tradicionalidad de los valores del campesinado, como una razón para el rechazo.

En su opinión este rechazo refleja la comprensión por parte de los campesinos de la existencia de estructuras de poder y el conocimiento que las innovaciones son eventualmente utilizadas por los poderosos para explotarlos más. (12)

Otro prejuicio, fue la queja que el campesinado estaba desorganizado y era incapaz de acción colectiva efectiva. En Latinoamérica los hechos históricos no dan soporte a esta opinión. Unos pocos ejemplos de la historia más reciente son suficientes para mostrar la responsabilidad y la capacidad organizativa de las poblaciones rurales (13). Las Ligas Campesinas en el nordeste brasileño bajo el liderazgo de Juliao constituyen quizás uno de los ejemplos mejor conocidos de movilización política y organizacional. Según Horowitz (14) hacia 1958, unos pocos años después de su fundación, Juliao contaba con 3.000 líderes representando 50.000 campesinos. Para Furtado (15) "ningún otro movimiento social en la historia del Brasil tuvo la importancia de las Ligas", un sentimiento compartido por Moraes (16). La Unión Nacional de Campesinos y la Asociación Nacional de Campesinos en Honduras, bajo liderazgo de los mismos campesinos, los sindicatos campesinos en Perú bajo Hugo Blanco, la línea Sinclejo de la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos en Colombia, bajo liderazgo campesino, las cooperativas rurales organizadas en Guatemala por los hermanos Melville de la orden Maryknoll, son unos pocos ejemplos de organizaciones rurales efectivas. Fueron tan eficaces en la articulación de las demandas por la tierra y servicios sociales básicos, que los gobiernos se sintieron amenazados y utilizaron la violencia para destruirlas. Los líderes fueron asesinados, exilados o hechos prisioneros, y muchas de éstas y otras organizaciones fueron proscritas. Encontramos la situación paradójica que los gobiernos y organizaciones internacionales destruían organizaciones populares y al mismo tiempo fomentaban organizaciones comunitarias bajo su control, y conforme a la racionalidad que los valores tradicionales del campesinado, no conducían a acción de conjunto efectiva.

De manera similar, en estudios urbanos un cierto número de autores han documentado niveles relativamente altos de participación política comunitaria entre pobladores de suburbios pobres en las ciudades latinoamericanas (17). Portes argumenta que la actividad organizacional de los pobladores de los cuatro barrios que él estudió en Santiago era altamente racional: cuando tenían una necesidad

se organizaban, y cuando tenían necesidades preferían dedicar su tiempo y energía a otras actividades. Nelson ha sugerido que cuando se detecta apatía entre los pobres y los analfabetos en los suburbios del Tercer Mundo, ella responde a "la bien fundada convicción que las autoridades son particularmente poco sensibles a su situación" (18). Estas observaciones son importantes, porque de ser correctas, las agencias internacionales deberían reconducir sus esfuerzos o presiones a tornar a los gobiernos más sensibles a las demandas de los pobres, en lugar de desperdiciar su tiempo organizando comunidades.

En vista del impresionante conjunto de evidencias que tenemos hoy en relación a la capacidad del campesinado y de los pobres urbanos para organizarse a sí mismos, y para participar significativamente en organizaciones cuando se les da la oportunidad, y la compatibilidad de los valores "tradicionales" con la calidad de vida (preferimos no utilizar el término *modernización* o *desarrollo económico*) la pregunta que debe plantearse es **porqué** las agencias internacionales y de asistencia extranjera continúan impulsando y financiando programas para organizaciones comunitarias y/o participación.

Es posible sugerir que:

1— La participación comunitaria, ha sido utilizada como un vehículo para introducir los valores de la sociedad de consumo, incluso al mismo tiempo que provoca la destrucción de los muy ricos valores e instituciones indígenas. Los cambios de valores también pueden facilitar las transformaciones de los campesinos en proletarios rurales y/o industriales. El mundo desarrollado se beneficia por la exportación de bienes de capital y la burguesía nacional con la explotación del trabajador "moderno".

2— La participación comunitaria también se utiliza para la promoción de programas de auto-ayuda. La construcción a través de la auto-ayuda (un eufemismo por trabajo gratuito) de caminos rurales, hace a las tierras adecuadas para la agricultura; la construcción de sistemas de irrigación, control de las aguas y drenaje, edificios escolares y centros de salud, y en los barrios de emergencia el desarrollo de la infraestructura urbana, pueden liberar capital escaso que puede ser utilizado para trabajos infraestructurales adicionales, que benefician casi exclusivamente a las clases más acomodadas (aeropuertos, puertos, autopistas, sistemas de irrigación para empresas agropecuarias, universidades para las élites, etc.), y tal vez, más importante, para el equipamiento de los ejercicios y las fuerzas de policía que se utilizan para el control y la represión de las organizaciones populares.

3— La organización comunitaria por parte de las agencias gubernamentales puede ser, y es frecuentemente utilizada, como mecanismo de control de organizaciones privadas, cooperativas y movimientos de masas por la cooptación de los líderes más capaces. Pueden ser atraídos por la concesión de favores tales co-

mo materiales para algunos trabajos de construcción por auto-ayuda, por la satisfacción calculada de algunas demandas, por ejemplo, el nombramiento de maestros de escuela, enfermeras o médicos para los centros de salud en los suburbios que están bajo el control de los líderes cooptados, por recompensas no materiales, sino referidas a símbolos de prestigio, permitiendo y, en algunas instancias, estimulando la corrupción. La cooptación y, si es necesario, la violencia, neutraliza efectivamente las organizaciones comunitarias no-gubernamentales y las organizaciones populares democráticas. Hubo un cierto número de casos en los cuales las organizaciones comunitarias creadas por los gobiernos rompieron los controles, y entonces fueron rápidamente proscriptas y reprimidas. De manera similar, bien intencionados trabajadores en el desarrollo comunitario, y otros agentes de extensión, han perdido sus trabajos, han sido perseguidos, cuando tomaron su tarea con demasiada seriedad y organizaron las comunidades de manera tan efectiva que el gobierno se sintió amenazado.

En resumen, la experiencia en Latinoamérica, con excepción quizás de Cuba y Nicaragua, es que la participación comunitaria ha fracasado en mejorar la calidad de vida de las mayoría. Por el contrario, la evidencia sugiere que la participación de la comunidad produjo explotación adicional de los pobres por extracción de trabajo no remunerado, contribuyó a su empobrecimiento cultural y a la violencia política, por la expulsión y supresión de líderes y la destrucción de las organizaciones populares. El balance negativo no se limita a América Latina, los informes de Asia, confirman nuestros hallazgos:

“El registro de los primeros esfuerzos de desarrollo comunitario y cooperativo es largamente una historia de fracasos, de la que resultó más a menudo el reforzamiento de la posición de las élites tradicionales que la integración de los pobres en el proceso de desarrollo nacional. Las actuales demandas de integración de los pobres rurales en el proceso de desarrollo a menudo parecen poco más que buenos deseos, inadecuadamente informada por la experiencia pasada en relación a lo que requiere la inversión en innovación institucional para dar realidad a una importante idea (19).

Participación comunitaria en programas de salud

En esta sección, presentaremos información sobre participación comunitaria en programas de salud en América Latina para mostrar que han seguido muy de cerca la ideología y los mecanismos de la participación comunitaria tal como se aplicó en otros sectores. Se mostrará que han fallado, y que las razones del apoyo nacional e internacional a la participación comunitaria son muy similares a aquellas halladas en otros sectores.

Como se indicó en la introducción de este informe, el sector salud es un re-

ción llegado a los esfuerzos por promover la participación comunitaria. En Latinoamérica los primeros intentos por insertar a la comunidad en programas de salud datan de mediados de los años sesenta. Esos esfuerzos fueron proyectos piloto o experimentales respaldados por las iglesias, las universidades y las agencias de gobierno, y en la mayoría de los casos tuvieron financiación internacional. Entre ellos puede mencionarse el Programa de Unidades Móviles para Areas Rurales (PUMAR) en Centroamérica, financiado por la Alianza para el Progreso, PRIMOPS en Cali (Colombia) bajo los auspicios de la Escuela de Medicina de la Universidad del Valle, una universidad pública y generosamente dotada en aquellos días por la Fundación Rockefeller, y el proyecto Chimaltenango, un esfuerzo privado apoyado por fundaciones extranjeras (20). Con la excepción de Cuba, donde la participación comunitaria fue incorporada en todos los programas públicos como parte de la propuesta revolucionaria (21), Panamá bajo el populismo de Torrijos fue el primer país Latinoamericano que organizó un programa de salud nacional con participación comunitaria en 1969. Para los demás países el principal impulso de participación comunitaria en programas nacionales de salud tuvo lugar en los años setenta, bajo la influencia de organizaciones internacionales como OPS/OMS, AID, UNICEF, y en menor extensión el Banco Mundial. Fundaciones privadas nacionales y extranjeras también contribuyeron al movimiento con su apoyo financiero.

Un torrente de documentos vieron la luz en los años setenta en relación con el tópico de la participación comunitaria. Los trabajos de Newell (22) y de Djukanovic y Mach (23) reflejan las concepciones de los planificadores de Ginebra; la posición del Banco Mundial apareció en su Health Policy Paper (24). La American Public Health Association bajo contrato con AID condujo en 1976 una investigación sobre 187 proyectos en el mundo, incluyendo varias cuestiones sobre participación comunitaria, que constituye un ejemplo de los esfuerzos de la AID para promocionar la atención primaria a través de la participación comunitaria (25). En 1977 OMS y UNICEF publicaron conjuntamente los resultados de un estudio realizado en nueve países sobre participación de la comunidad en programas de salud que incluía a Costa Rica y México (26). Un año más tarde un número de la publicación oficial de la UNICEF estaba enteramente dedicado a la participación comunitaria con énfasis en los programas de salud. En el artículo editorial, el editor consideraba la participación comunitaria como "la clave para el desarrollo" y hacía el sorprendente señalamiento que la participación era una "nueva estrategia" para la solución de los problemas de provisión de servicios básicos a la población carenciada del mundo (27). Es bien conocido que la legitimación oficial internacional para la participación comunitaria en programas de salud tuvo lugar en la Conferencia de Atención Primaria de Alma Ata en 1978, donde la vinculación entre atención primaria de salud y participación comunitaria

ria fue formalmente sancionada. En 1979 la OMS reitera esta vinculación como la estrategia para lograr el cumplimiento de la consigna Salud para Todos en el Año 2000 (29). Una vez más OMS y UNICEF juntan fuerzas y en 1981 publican los resultados de un estudio sobre siete países que incluye nuevamente a Costa Rica. El capítulo 4 de este informe estaba dedicado a la participación comunitaria y es la primera discusión crítica sobre el tópico por parte de una agencia internacional (30). Se hace eco del creciente número de voces que habían comenzado a cuestionar seriamente la euforia internacional sobre participación comunitaria (31).

Además de la influencia de los documentos citados, los países latinoamericanos estaban adicionalmente expuestos a los pronunciamientos de OPS. En 1973, durante la XXII reunión del Consejo de Directores de OPS, fue sancionado el concepto de participación comunitaria para los pobres (32), dos años más tarde OPS publicó las pautas para organizar la participación comunitaria (33), en 1976 su Director eligió la participación comunitaria como tema de su discurso en la IX Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud realizada en Ottawa (34). En los años siguientes OPS declaró oficialmente a la atención primaria y la participación comunitaria como sus "estrategias fundamentales" (35), y en 1978 su delegación oficial a Alma Ata anunció que los países de la región estaban "... de acuerdo acerca de que la participación comunitaria es el principal elemento para asegurar la aceptabilidad y viabilidad de la atención primaria en salud" (36).

¿Por qué esta erupción con su crescendo a lo largo de la década en torno a la participación comunitaria? ¿Fueron los planificadores en salud internacionales inconscientes de los magros resultados de los programas de participación comunitaria en otros sectores? ¿O fueron tal vez los primeros intentos en el sector salud lo bastante exitosos como para merecer su repetición? En Latinoamérica los planificadores en salud son principalmente médicos, muchos de los cuales están graduados en salud pública. Los currícula de salud pública incluyen algunos cursos generales en ciencias sociales y administración que no parecen ser suficientes para hacerlos conscientes de problemas sociales básicos y de la causación social de la enfermedad. Como resultado, muchos planificadores aceptan acríticamente las políticas elaboradas por las agencias internacionales. Podemos demostrar que los primeros ensayos de participación comunitaria en salud no fueron exitosos y, por consiguiente, esta no puede ser la razón de su popularidad en la década de los setenta.

Tal como ya se indicó, Panamá fue el primer país en América Latina —con excepción de Cuba— en poner en práctica un programa de participación comunitaria en el sector salud de alcance nacional. Comenzó en 1969 y fue organizado por el ministerio de salud a lo largo de 5 años sobre 400 comités de salud.

Conforme a su concepción original, todos los miembros de la comunidad eran miembros del comité de salud y realizaban asambleas para definir prioridades y discutir la solución de los problemas respectivos. Las comunidades aceptaron el programa de participación con entusiasmo y seriedad; como resultado, un creciente número de demandas de salud llegaron a los despachos de los administradores de salud. El entusiasmo no duró mucho. Cuando las comunidades comprendieron que los planificadores no estaban dispuestos y/o no eran capaces de satisfacer sus demandas, la participación disminuyó. Hacia 1974 la situación había comenzado a deteriorarse. En una visita a un hospital regional, un alto administrador me dijo con entera franqueza que los comités de salud “eran un dolor de cabeza”. Que los comités, por su parte, eran conscientes que los funcionarios de salud no los tomaban con demasiada seriedad, se confirmó a través de una encuesta realizada ese mismo año (37). Una muestra nacional de 79 comunidades mostró que el 25% de los comités había dejado de existir y en aquéllas donde los comités continuaban en actividad, sólo el 20% de la población participaba. Una segunda evaluación del programa en 1981 en Panamá indicó mayor erosión de la participación. De los 168 comités originarios sólo 81 continuaban existiendo y de éstos sólo 27 estaban en actividad en el momento de la evaluación. Las actividades de las comunidades se limitaban a apoyar las funciones administrativas en los centros de salud. El estudio informa que:

“Los comités han llegado a formar parte de la estructura administrativa de los centros de salud y han olvidado sus funciones como instrumentos de participación y vinculación entre los centros y comunidades” (38).

Es fácil aceptar que los programas locales o pilotos de participación comunitaria puedan conservar el apoyo del pueblo en la medida en que la asistencia externa se mantiene y/o los programas no desarrollan la conciencia política de otras comunidades. Dos de los mejores conocidos ejemplos tempranos de participación comunitaria en programas de salud enfrentaron problemas serios cuando el apoyo cesó y/o se desarrolló algún conflicto político. Bruges escribió en 1975 una excelente evaluación del PRIMOPS. En su opinión, los problemas logísticos, las interferencias políticas, la falta de respuesta por parte de las autoridades de salud a las demandas de las comunidades o sus promesas incumplidas fueron algunas de las principales razones de la erosión de la participación (debe tenerse en cuenta que nos estamos refiriendo exclusivamente al componente de participación popular de tales proyectos y no a la provisión de atención médica primaria que continuó sin dicha participación). Como en la mayoría de los otros programas las comunidades no participaron en el diseño del PRIMOPS, les fue impuesto desde arriba (39). Dos estudios recientes han examinado críticamente desde diferentes —casi opuestas— perspectivas el fracaso del Programa Chimaltenango, uno de los más sofisticados y mejor diseñados en América Latina. Paul

y Demarest observaron los problemas relativos a la introducción de la participación comunitaria en una de las clínicas, y plantearon la cuestión de la adecuación de tales programas en un sistema político como el de Guatemala (40). Heggenhousen mostró elocuentemente el trágico y violento fin de muchos promotores de salud cuando el proyecto Chinaltenango comenzó a despertar la conciencia política por fuera de sus propios límites (41).

Con este trasfondo en mente, no podemos sorprendernos al descubrir que a pesar de los esfuerzos promocionales realizados por las agencias internacionales no existen historias de éxito en los programas de salud con participación comunitaria en América Latina. Una rápida revisión país por país confirma este aserto. En la República Dominicana un programa de participación comunitaria se organizó a mediados de los setenta como parte de un programa de atención primaria de salud rural, financiado por AID, el Banco Mundial y posteriormente por el Banco Interamericano. Nunca funcionó con muchas energías, y recientes evaluaciones muestran que hacia 1983 el programa había dejado de existir (42). En la misma época, un programa de participación de carácter nacional fue puesto en práctica por el ministerio de salud en Colombia. Se organizó una división de participación comunitaria y se le asignó un equipo constituido por un gran grupo de profesionales. En la primera reunión nacional sobre atención primaria en 1977 hubo general consenso en que las comunidades no estaban participando en "las áreas de toma de decisiones, programación de actividades y evaluación" (43).

Se acordó, en dicha reunión, que la responsabilidad de la falta debía ser puesta sobre las espaldas del personal de salud. Tres años más tarde, en 1980, una segunda reunión afirmó que había habido muy poco progreso en la participación de la comunidad: sólo el 5% de las comunidades tenían un nivel de participación aceptable. Entre ambas reuniones UNICEF había financiado un estudio muy sofisticado y costoso sobre participación comunitaria que no tuvo ningún impacto en mejorar la situación (45). El caso de Colombia es particularmente interesante porque se trata de uno de los pocos países en la región que mantuvo un sistema político de base electoral sin intervención militar abierta en los últimos veinticinco años, y al mismo tiempo ha estado en la vanguardia en la provisión de atención médica primaria (46).

En relación a Bolivia, Donahue ha mostrado la falta de participación comunitaria entre las comunidades con mayor nivel de aculturación en un bien dotado proyecto regional en el cual la participación jugaba un rol fundamental (47). Crandon ha escrito un análisis más devastador del mismo programa (11). Según este autor la comunidad "no tiene poder político para expresar de qué manera opera el programa o satisface sus necesidades" (11, p. 1.284). El autor añade:

"Las élites rurales locales dominan los comités (de salud) como un medio de afirmar su poder y servir sus propios intereses en el interior de la jerarquía social

más amplia... Ellos saben que los funcionarios de mayor jerarquía satisfacen a los líderes campesinos para servir sus (de los funcionarios) intereses en la región (11, p. 1285).

Crondon concluye cuestionando la posibilidad de los programas de participación aún en las comunidades más tradicionales, dado que la introducción de una forma exterior de organización comunitaria, tal como un comité de salud, conduce a la ruptura del sistema social tradicional.

Somarriba estudió un programa de salud regional en el Norte de Minas (Brasil) iniciado en 1975 que, al igual que el implementado en Bolivia, fue financiado por AID. Según el diseño del programa las comunidades locales participarían en el sistema de salud: "La clientela de salud de la región no será un simple insumo en el sistema sino que se convertirá activamente en partes integral del mismo". Sus conclusiones después de una profunda investigación del proyecto fueron:

"En vista de la naturaleza del estado brasileño, y de la estructura socioeconómica regional, hay muchos obstáculos reales para que el Centro de Salud Regional llegue a lograr un mayor nivel de participación comunitaria en profundidad" (48, p. 65).

Costa Rica, al igual que Colombia, es uno de los pocos países en la región con una tradición de sistema político abierto y ha sido también innovadora en atención médica primaria. Según sus planificadores la participación comunitaria es "básica para el éxito de cualquier programa de salud" (49). El estudio UNICEF/OMS, de atención primaria que incluyó Costa Rica (30) concluye afirmando que en este país.

"... los esfuerzos de organizaciones no gubernamentales, que pueden estar genuinamente motivadas para apoyar al poder en la mejora de su situación de salud y su posición socioeconómica, se enfrentan con obstáculos considerables. Si se suscita la hostilidad de la élite local es probable que la maquinaria del estado los obligue a retroceder, y que las actividades que integran a la comunidad sean neutralizadas o proscritas como subversivas (30, p. 35).

La evaluación del programa nacional de participación comunitaria realizada por UNICEF/OMS fue también pesimista: "... la integración de la comunidad en los puestos de atención médica parece estar centrada principalmente sobre actividades convencionales de atención médica" (30, p.36).

El análisis de Muller de los programas de participación comunitaria en Perú y Guatemala añade dos ejemplos a nuestra lista de evaluación de países. En el primero, el Consejo de Ministros aprobó para el período 1975-78 una política de promoción de "la participación de la comunidad en la determinación de necesidades, en la implementación de programas para satisfacerlas, y en el financiamiento, administración y control de servicios de salud en todos los niveles" (50).

Al año siguiente, una declaración conjunta de OPS y el ministro de salud peruano acuerda en "estimular la conciencia de la comunidad y la implementación de programas de salud que estén destinados a mejorar la situación del pueblo y la comunidad" (50, p. 93). En vista de estas declaraciones, los hallazgos de Muller son bastante sorprendentes. Encuestó varias localizaciones de diferentes programas de salud y concluyó que en sólo uno de ellos, Villa El Salvador, un poblado de viviendas precarias de 125.000 personas en Lima, los residentes participaban activamente en servicios de salud que habían organizado por su propia cuenta. El ministerio de salud, en lugar de apoyar los esfuerzos de esta comunidad los socavaba, negándose a participar con la comunidad y abriendo un centro de salud a sólo dos manzanas del organizado por ésta (51). El análisis de Muller del programa nacional de atención primaria de Guatemala en la municipalidad de Chichicastenango confirma que las comunidades no participaban en la planificación y control del programa. Al igual que Crondon para Bolivia, sugiere que la introducción de formas organizacionales desde el exterior tienen un impacto negativo sobre la organización comunitaria tradicional del pueblo. Es necesario señalar que Guatemala y Bolivia son los dos países latinoamericanos con mayor porcentaje de población indígena.

El plan de salud hondureño para 1974-78 apela por "la promoción de una activa participación comunitaria en el desarrollo de servicios de salud integrales" (52). Dos evaluaciones del sector salud conducidas seis años después muestran la falta de implementación política (53). La misma situación se encontró en Ecuador cuando en 1980 el gobierno reconocía que "las comunidades no están familiarizadas con los servicios ofrecidos en los puestos de salud. Hay poca participación en las actividades del sistema formal y como resultado no hay demanda de servicios de salud" (54). Para corregir esta situación el plan nacional de 1980-84 demanda un incremento de "la activa participación comunitaria en los programas de salud y la coordinación con otros sectores en vistas de lograr un desarrollo integral" (54, p. 118), palabras que pueden ya sonar familiares al lector.

El caso de México añade un ejemplo más a nuestra lista de fracasos. El primer plan nacional de salud en la historia del país fue preparado por el régimen populista de Echeverría (1970-76). El plan decenal (1974-1983) tenía como una de las principales estrategias "la participación de la comunidad más allá de una participación episódica en actividades aisladas. Es necesario despertar, a través de la educación continua, la conciencia de la población sobre la necesidad de compartir sobre una base permanente la responsabilidad de hacer frente a las causas que perjudican el bienestar individual y colectivo" (55). El objetivo específico de la implementación de la participación comunitaria fue el establecimiento, a lo largo del período de 10 años, de comités de salud en cada comunidad de

más de 100 personas, en todas las escuelas primarias y secundarias, en todos los ejidos y lugares de trabajo (55, p. 69). No se realizó ninguna evaluación formal de la implementación de este plan, pero en 1977 el nuevo secretario de salud declaró que el mismo era inaplicable y las estadísticas oficiales de 1978 mostraron que alrededor del 30% de la población continuaba sin acceso a los servicios de atención médica. El plan decenal fue seguido por dos programas de atención primaria (Programa para la Extensión de Cobertura y Programa de Comunidades Rurales) que luego fueron unidos en un Plan de Salud Rural. Las características de este programa fueron muy similares a aquéllas de los otros programas en América Latina. Los promotores de salud elegidos por las comunidades fueron escasamente entrenados y pagados con salarios a través de los comités de salud. Esta fue una de las principales funciones de dichos comités. López Acuña, que ha escrito un penetrante análisis de estos programas sugiere, que el uso de los comités para pagar salarios es una ingeniosa manera de eludir las leyes laborales y evitar conflictos de esa índole (56). En su discusión de las razones del fracaso de la participación comunitaria en México, López Acuña llega a conclusiones similares a aquellas formuladas por Somarriba en Brasil y UNICEF/OMS en Costa Rica (56, p. 9).

El resultado negativo del programa nacional de participación popular en Venezuela es presentado en el artículo de Gómez et al. Examinar los programas de participación comunitaria en países que en la década de 1970 tenían regímenes represivos (Chile, Argentina, Uruguay, El Salvador y Nicaragua) es una pérdida de tiempo. Ahora, examinaremos por qué las agencias internacionales continúan promoviendo la participación comunitaria en los programas de salud frente a tantas falencias.

Racionalidad de la Participación Comunitaria en Programas de Salud

Dos supuestos falsos pueden explicar la promoción de la participación comunitaria en programas de salud, el primero es la creencia que los valores tradicionales de los pobres constituyen la principal limitación para las mejoras en salud, y el segundo es la idea que los pueblos "tradicionales" no pueden organizarse a sí mismos.

Durante cierto número de años, los profesionales en medicina comunitaria en Latinoamérica y en otras partes del Tercer Mundo, han trabajado con antropólogos sociales y otros cientistas sociales en esfuerzos para introducir la medicina occidental y eludir la típica desconfianza ante los forasteros que es a menudo tópico de conversación anecdótica entre consultores. Mientras se evitaban o al menos se minimizaban los errores administrativos y de planificación, la "penetración" de las culturas tradicionales —un término utilizado por el antropólogo

Goodenough (57)— podía también facilitar el cambio de valores tradicionales por modernos. De la misma manera que los economistas del desarrollo han considerado a los valores tradicionales como el principal obstáculo para el desarrollo, los expertos en salud consideran, que los valores son la principal razón para el mal estado de salud de la población de menores recursos. Uno de los precursores de la antropología médica, B. Paul sugería hace más de 25 años que en el largo plazo, el medio más eficiente para mejorar el estado de salud de la población era la reeducación de la comunidad, y, según su opinión, una de las más importantes tareas del sector público de salud, era el cambio de los hábitos campesinos (58).

La idea que los valores tradicionales constituyen un impedimento serio para mejorar la situación de salud en el Tercer Mundo continúa siendo aceptada por muchos antropólogos y expertos en salud en los EE.UU.. En una introducción a la antropología médica Foster y Anderson se preguntan porqué habría problemas para universalizar la medicina moderna (para ellos medicina occidental y medicina moderna son una y la misma cosa, y aparentemente ningún otro sistema de medicina puede ser moderno o científico). Su respuesta a su propia pregunta es muy reveladora de los sesgos de algunos estudiosos occidentales.

“En su sistema de valores y creencias, en su estructura social y en su proceso cognoscitivo, los pueblos tribales y campesinos despliegan formas que a veces inhiben su aceptación de la medicina científica... En relación al conjunto de creencias y valores asociados a alimentación, salud y enfermedad esto parece particularmente cierto (59).

Para Foster, tanto como para Paul 25 años antes, la antropología puede ayudar a comprender otras culturas y hacer más efectiva nuestra intervención. Podemos introducir nuestra moderna medicina científica más exitosamente si preservamos aquellos aspectos de otras culturas que son compatibles con ella. La manipulación de las culturas tradicionales o ingeniería social es claramente expresada por el siguiente ejemplo “¿Las mujeres aldeanas salvadoreñas creen que la camisa de su marido, puesta al revés, bajo el colchón, facilita el parto? Por lo tanto hay que permitirles que tengan la camisa en el hospital” (59, p. 223).

Los ejemplos utilizados por esta escuela de antropólogos culturales a menudo proyectan visiones negativas de los valores tradicionales del campesinado y en el caso de salud implica que sus prioridades son irracionales, y de eso se deduce que los campesinos pueden ser responsabilizados por su propio mal estado de salud. Wellin describe el fracaso de la utilización de agua por bomba manual en una aldea peruana. Un año después de la instalación, el ingeniero que la realizó volvió a la aldea y vio que los campesinos habían vuelto al uso de la cuerda y el cubo y abandonado la bomba (60). Foster y Anderson, siguiendo a Wellin, interpretan esta anécdota como un problema de prioridades. Los aldeanos podían se-

guramente haber reunido los fondos para mantener y reparar la bomba, pero hacerlo “puede haber significado distraer recursos disponibles para la importante celebración del poblado... Por mucho que Arenal prefiera la bomba manual por encima del sistema anterior, sus propias fiestas son aún más importantes que la bomba” (59, p. 237). Este ejemplo contrasta con mi propia experiencia en varias aldeas en Honduras. Las bombas manuales que habían sido instaladas pocos meses antes de mi visita no funcionaban, los aldeanos, sin embargo, eran más que capaces de pagar la reparación, pero el ministerio de salud pública no había proporcionado los repuestos a pesar de los múltiples reclamos realizados por los comités de salud comunitarios. Más tarde, en entrevistas con personal del ministerio de salud pública, verifiqué la apatía e indiferencia de los funcionarios civiles en relación con los problemas de salud del campesinado (70% de la población del país) y con las bombas. Estos profesionales “modernos” —podría argumentarse— eran los únicos que tenían un sentido equivocado de prioridades y valores: dos tercios del presupuesto nacional habían sido asignados para la operación y el mantenimiento de dos hospitales que atendían sólo al 10% de la población (61). Un punto de vista similar ha sido formulado por Werner después de visitar casi 40 proyectos de salud en Latinoamérica:

“Se dice a menudo, en el trabajo de salud comunitario, que las modificaciones que requieren cambios en actitudes o en la manera tradicional de hacer las cosas son aquéllas que se realizan más lentamente y requieren más tiempo y paciencia. Generalmente, tales afirmaciones son hechas en relación a aldeanos o personas escasamente educadas, pero, como muchos pioneros de alternativas de atención médica pueden testificar, a menudo aquellos cuyas actitudes y enfoque tradicional son más difíciles de modificar, no son los aldeanos sino los profesionales” (1, p. 95).

Es comprensible que dada la larga tradición de responsabilizar a los campesinos por su pobreza y mala salud, los planificadores latinoamericanos y los burócratas bajo influencia de tales cientistas sociales, continúan colocando a los valores tradicionales como obstáculos para la mejoras de la situación de salud. Así, el informe oficial presentado por la República Dominicana en Alma Ata afirmaba: “Sabemos que todos los cambios son lentos debido a fenómenos obvios, tales como actitudes, hábitos, costumbres y supersticiones negativas enraizados en nuestras comunidades rurales” (62). En Costa Rica los evaluadores de los programas de salud rural en San Ramón atribuyeron el fracaso del programa a la actitud pasiva de los campesinos y el bajo interés de la comunidad (63). La organización de la comunidad toma tiempo, los burócratas estarían de acuerdo, y así, se encuentran una buena excusa para posponer mejoras significativas. Esta táctica dilatoria, que en los hechos refleja una falta de interés por los pobres, es similar a la utilizada por burócratas y planificadores en las naciones industrializadas

cuando requieren investigación y datos adicionales para tomar decisiones (64). La responsabilidad por los fracasos en la organización de la comunidad, puede también ser adjudicada a los valores tradicionales.

La capacidad del campesinado y de los pobres urbanos para la acción política y la organización ha sido ya demostrada. En el sector salud, hay también muchos ejemplos que podrían ser citados al respecto. Hemos mencionado ya el caso de Villa El Salvador en Lima (51). Otro caso importante es el reportado por Venegas en Zarzal (Colombia). En este pueblo, un grupo comunitario auto-organizado conocido como Comité Cívico demandaba a los funcionarios de salud la reparación del acueducto que estaba contaminado y causaba epidemias de gastroenteritis. La falta de respuesta de los funcionarios ayudó a incrementar el número de personas que pacíficamente demostraban y demandaban agua potable. Venegas discute la táctica utilizada por las autoridades para perturbar las actividades del Comité, para crear disenso a su respecto y, finalmente, el hostigamiento y la violencia dedicados a destruirlo. Sus conclusiones: "En Zarzal, cada acción tomada por grupos populares dirigida a solucionar problemas comunitarios es considerada subversiva si puede entrar en colisión con los intereses de la clase gobernante" (65); y los ejemplos que hemos citado en Guatemala (41), Bolivia (11), Brasil (48), Costa Rica (30) y México (56) son muy sugestivos respecto a que en Latinoamérica la participación comunitaria democrática terminará en violencia, una idea que tomamos de los estudios de los otros sectores. El caso de Zarzal es también muy útil, porque ilustra el uso de las organizaciones de salud comunitarias como mecanismos de control y co-optación de líderes. En el momento en que se producían los acontecimientos descritos más arriba, los organismos gubernamentales de salud regionales estaban desarrollando un proyecto para el entrenamiento de líderes comunitarios (66). Se habían construido nuevos edificios específicamente para el proyecto y el centro de entrenamiento se había convertido en un prototipo visitado frecuentemente por funcionarios nacionales y extranjeros. Había recibido elogios y algún financiamiento de OPS, y el ministerio lo había declarado proyecto piloto para el desarrollo de un programa nacional de entrenamiento de líderes comunitarios de salud. Así, en Zarzal, como en muchos otros sitios, encontramos al gobierno entrenando sus propios líderes mientras destruía las organizaciones y liderazgos populares.

En suma, las agencias internacionales, con el apoyo de académicos y consultores estadounidenses, encontraron en la necesidad de cambiar los valores tradicionales y en la alegada incapacidad del campesinado y los pobres para organizarse a sí mismos, una excelente excusa para promocionar programas de participación. Como dijimos, es posible que debido a la ignorancia, los planificadores latinoamericanos acepten acriticamente las políticas determinadas por ellos, especialmente cuando tales políticas están acompañadas por grandes prés-

tamos o subsidios. Afirmamos que la real motivación internacional para los programas de participación, no fue la preocupación por los pobres, sino la necesidad de legitimar sistemas políticos compatibles con los valores políticos de los EE.UU.

Las Dimensiones Políticas de la Participación Comunitaria

El concepto de medicina primaria o simplificada y la idea de participación de la comunidad fueron una respuesta política a las presiones por expansión de la cobertura de salud en Latinoamérica, después de la revolución cubana de 1959. Desde sus comienzos, la atención primaria se diseñó para los campesinos y pobres urbanos. Comités de salud y participación comunitaria fueron concebidos como instrumentos de legitimidad para la baja calidad de atención otorgada por programas de atención primaria. Este tipo de atención utiliza personal sin título o sin entrenamiento. Las enfermeras auxiliares y los promotores de salud son la columna vertebral de la atención primaria: las primeras reciben dos o tres meses de entrenamiento, mientras los últimos, que en muchos lugares son voluntarios, reciben dos semanas o ningún entrenamiento en absoluto. En ausencia de supervisión, y éste es el caso de la mayoría de los programas en Latinoamérica, la calidad de los servicios puede ser muy escasa. Si agregamos a esto la falta de apoyo administrativo, y éste es el caso de América Latina, la calidad de los servicios se vuelve funesta. Donde no hay preocupación por la equidad, ¿por qué habría preocupación por la calidad de los servicios de salud para el pobre? En un programa de vacunación en Cali se encontró que las enfermeras auxiliares no sabían cómo vacunar, en Honduras se esperaba que los promotores de salud visitaran una aldea cada día del mes sin transporte (su pedido de caballos o bicicletas había sido dejado de lado por los funcionarios de salud que alegaban que los promotores, en razón de su origen rural, amaban caminar), en la República Dominicana los promotores no sabían cómo construir una letrina, cómo equilibrar la balanza, o cómo llenar la cartilla nutricional de un niño (67).

La participación comunitaria en Latinoamérica ha sido en la mayoría de los casos simbólica; no podría ser de otra forma por razones que explicaremos a continuación. Las comunidades han recibido el poder de seleccionar los promotores de salud y elegir trabajadores voluntarios. También pueden elegir a algunos o todos los miembros del comité de salud, y hay poco más que puedan hacer; no tienen poder político, administrativo ni financiero. Las normas y la estructura de los programas de participación han sido impuestas desde arriba. Por ejemplo, el director de la participación comunitaria en el ministerio de salud de Colombia recibió del ministerio el encargo de preparar las normas para el programa nacional de organización comunitaria en un plazo de 24 horas. El director, un epide-

miólogo sin experiencia en este campo, se sentó, y en unas pocas horas escribió la mejor carta organizacional que pudo y las normas para el programa (68). La afirmación de OPS que los comités de salud "pueden ser utilizados como foros para expresar las demandas o las solicitudes de asistencia cuando sea necesario" es una buena expresión de deseos (36, p. 14). Sin embargo, esta participación simbólica y mínima, tiene un propósito.

Para tener una clara comprensión de las observaciones planteadas necesitamos fundamentarlas en teoría política. Para este propósito encontramos particularmente útil el análisis de la histórica lucha entre liberalismo y democracia tal como fue discutido por Wolfe (69). Thomas Hobbes y John Locke proporcionaron la fundamentación moral para la ideología liberal, de manera de asegurar la acumulación de poder y capital y la transformación de los derechos naturales en derechos de propiedad. Para liberales como Bentham y James Mill, la participación popular —más pasiva que activa— estaba limitada a la protección del individuo que participaba en la medida en que era el objeto de consideración. La interpretación liberal de participación y comunidad se opone a la que ha sido adelantada por la corriente ideológica democrática. En realidad, siendo una ideología anticapitalista, la democracia promueve la participación activa y la igualdad. Los demócratas radicales como Rousseau piensan que la participación tiene un efecto liberador que ayudaría a los individuos a tomar el control de sus propias vidas y destinos. El estudioso latinoamericano reconocerá la deuda de Paulo Freire en relación a Rousseau (70). La necesidad de liberar a los hombres de las estructuras sociales opresoras, es uno de los principios básicos de la democracia. Es en este contexto que Wolfe escribe: "La participación genuina en los asuntos cívicos ha tenido tradicionalmente una cualidad subversiva" (69, p. 4). La democracia así comprendida deber ser diferenciada de la democracia de los demócratas liberales para quienes, elección, partidos y la libertad de organizarse en el interior de parámetros pre-establecidos constituyen la democracia.

Este no es el lugar adecuado para examinar las fuerzas que están por detrás del matrimonio de conveniencia entre las dos ideologías (liberalismo y democracia) en el momento del siglo XIX que comenzó a reconocerse la democracia liberal en Occidente. Como señala Wolfe citando a Habermas (71) y Offe (72) la democracia liberal es el sistema político perfecto para el capitalismo tardío, el componente liberal legitima la acumulación de capital y el democrático proporciona el apoyo al sistema político a través de "algún tipo de participación popular y alguna igualdad de resultados". Y añade que las democracias liberales no pueden evitar ser desgastadas por el conflicto, colmadas de contradicciones, bajo continua presión, e incapaces de enfrentar el futuro sin cambios sustanciales" (69, p. 6) debido a la oposición intrínseca de las dos ideologías.

Con raras excepciones los sistemas políticos latinoamericanos han sido ca-

racterizados por la inestabilidad, autoritarismo e intervención militar. Excluyendo a Cuba desde 1959 y a Nicaragua desde la caída de Somoza, históricamente, el resto de Latinoamérica ha sido aliado de occidente y de sus ideologías democrática liberal, pero los conflictos, contradicciones y presiones han sido enormes. Las élites políticas latinoamericanas han enfrentado serias dificultades para mantener el elemento democrático de la ecuación y una respuesta común ha sido la intervención militar y la centralización para debilitar las municipalidades que han sido tradicionalmente los centros de decisiones locales, participación popular y democracia. Wilkie ha documentado la enorme pérdida de control fiscal de las municipalidades a través de los años en México y Bolivia, y hay acuerdo general entre los estudiosos de las políticas latinoamericanas en que las municipalidades han perdido poder (73). Tal vez las presiones por acumulación capitalista excesiva (debe tenerse en cuenta que la gran parte de la riqueza es succionada por las naciones industrializadas) o tal vez la insensibilidad política de las élites ha llevado a exacerbar la explotación de las poblaciones que frecuentemente se rebelan, punto en el cual los militares intervienen para preservar "el orden". El movimiento pendular desde gobiernos militares a civiles que caracteriza los sistemas políticos latinoamericanos puede ser explicado por las presiones que Occidente, los EE. UU. en particular, ejercen sobre la élite para obligarla a volver a un gobierno civil. Los EE.UU. se sienten más cómodos con los símbolos de la democracia (elecciones, partidos, algún tipo de participación popular) que con el gobierno militar; éste último está demasiado abiertamente en conflicto con los principios básicos de la democracia liberal. Una de las contradicciones de la democracia liberal es la asistencia de EE.UU. en entrenamiento en seguridad y el apoyo a los ejércitos latinoamericanos, y su apoyo y a veces estímulo de los golpes (74). Una vez que la intervención militar destruye violentamente los liderazgos y las organizaciones populares, el péndulo político está listo para volver hacia atrás, hacia los gobiernos civiles, hasta que auténticos líderes y organizaciones democráticas emergen una vez más. En este clima político los programas nacionales de participación comunitaria bajo respaldo y control de los gobiernos son ideales para legitimar las democracias civiles liberales e incluso los gobiernos militares. Líderes complacientes pueden así ser reproducidos después de destruir a los democráticos. Así comprendemos las fuerzas internacionales promocionando los programas de participación comunitaria, y que el único futuro de los programas de participación democrática sea la confrontación violenta. Werner ha captado muy bien el futuro de los programas de participación cuando escribió:

"Consideremos las implicaciones en el entrenamiento y función de un trabajador de atención primaria... si es estimulado a pensar, a tomar iniciativa y a mantenerse informado por sí mismos, las posibilidades son que trabajará con

energía y dedicación, hará una mayor contribución a su comunidad... Así, el trabajador de salud de la aldea se convierte en agente interno de cambio, no sólo para atención médica, sino para la concientización de sus pueblos sobre su potencial humano... y en última instancia sobre sus derechos humanos.

En países donde reformas sociales y en la propiedad de la tierra son necesarias con urgencia, donde la opresión de los pobres y las groseras disparidades de riquezas son dadas por supuesto, es posible que el trabajador de salud que yo termino de describir sepa y haga demasiado. ¡Tales hombres son peligrosos! Constituyen el germen del cambio social". (1, p. 97-98).

Hemos subrayado la dimensión económica por detrás de la promoción de los programas de participación. Es correcto decir que muchos observadores han señalado que la fuerza de trabajo extraída de las comunidades en los programas de salud puede liberar capital para ser utilizado en hospitales urbanos para los grupos más acomodados. Por otro lado, debido a las presiones políticas los gobiernos en varios países han asignado montos sustanciales de recursos a servicios de atención primaria (servicio para pobres) (75). Frecuentemente tales recursos son mal administrados por la falta de preocupación por los pobres o porque algunos grupos de interés, tales como la profesión médica o firmas farmacéuticas, sacan ventajas de ellos.

Conclusiones

Ha habido muchas discusiones sobre el significado y la naturaleza de la participación comunitaria (1, 8, 30, 51, 56, 76) y no es nuestro intento contribuir a este debate en este momento; en mayor medida buscamos sacar a luz —por el camino de la síntesis— algunas conclusiones. La afirmación más básica que es necesario formular es la siguiente: el nivel de éxito de cualquier forma de participación comunitaria es inversamente proporcional al nivel de estratificación social de la sociedad. A partir de esta premisa podemos afirmar: 1) cuanto más estratificada es la sociedad, menos deseable será la promoción de programas nacionales de participación comunitaria, dirigidos a extraer recursos de los pobres (en trabajo, especie o moneda), 2) en las sociedades en las cuales la estratificación social ha sido sustancialmente reducida, la participación comunitaria debería ser estimulada, como medio de formación de capital y de reforzamiento de la dignidad humana. 3) La participación de comunidades locales en programas organizados por grupos privados, tales como universidades, iglesias o fundaciones podría ser efectiva como medio de descentralizar, de resolver algunos problemas inmediatos de salud, de mejorar la utilización de recursos y crear conciencia social y política. Los organizadores de tales programas deberían saber que cuando más estratificada es la sociedad en la que trabajan, más probable es

que el programa fracase una vez terminado el apoyo, y más probable es que se produzcan situaciones de violencia cuando sus actividades incrementen las demandas de salud por fuera de los límites del proyecto o cuando se despierte la conciencia política o social. 4) Debería resultar claro, contrariamente a las afirmaciones de agencias internacionales y gobierno, que los servicios de atención médica primaria pueden ser exitosos sin la participación comunitaria. Las fallas en la provisión de atención médica está causadas por incompetencia, corrupción o mala administración por parte de los funcionarios civiles, y no por falta de participación comunitaria. 5) Las comunidades y los comités de salud pueden ser utilizados para monitorear y controlar el desempeño de los funcionarios civiles de menor jerarquía. Normalmente, esta función es parte de la supervisión del sistema de administración: sin embargo, pueden existir circunstancias en las cuales las comunidades pueden ser comprometidas para apoyar a la administración en la supervisión. Podría ser el caso de un gobierno seriamente interesado en reducir la corrupción, o en una situación post-revolucionaria. En Cuba después de 1959 los Comités para la Defensa de la Revolución fueron muy efectivos en la supervisión de la implementación de las políticas revolucionarias. Funciones formales de supervisión no deberían ser confiadas a la comunidad de manera permanente, pues estas son parte del proceso burocrático. Deberían estar disponibles otros mecanismos para formular demandas y recursos legales. Además, la supervisión por parte de comités de salud o comunidades será muy inefectiva en sociedades con grandes diferencias de ingresos; como ya dijimos, donde no hay preocupación por la equidad, tampoco hay interés en la calidad de los servicios para los pobres (6). El modelo de participación comunitaria de OPS/OMS y otras agencias internacionales según el cual la comunidad participa en el proceso de toma de decisiones, planificación, administración y elección de comités de salud no es realista y es inimplementable: estas son funciones políticas y deberían estar a cargo de cuerpos políticos con derechos y obligaciones constitucionales tales como consejos y asambleas municipales, un punto que ha sido muy bien tratado por Belmartino y Bloch (77).

El caso de Cuba es particularmente interesante a ese respecto. A pesar de la masiva movilización comunitaria el sistema de provisión de atención médica fue diseñado sin aportes de la comunidad, la participación comunitaria se centró casi exclusivamente en el programa de implementación (o extracción de recursos bajo la forma de trabajo) (78). Por ejemplo, la decisión de desmantelar las Mutualidades (organizaciones sin fines de lucro que incluían servicios de salud) se llevó a cabo sin consultar sus más de un millón de miembros. Una vez que la revolución estuvo consolidada, en 1976 se permitió a los ciudadanos elegir Asambleas Municipales, y desde entonces la atención médica primaria está bajo el control de las Asambleas. Hay poca discusión relativa a que el sistema de atención mé-

dica primaria en Cuba ha satisfecho las necesidades básicas de salud de la población (7). En países donde los ciudadanos consideran que sus intereses y demandas de salud no son articulados en forma adecuada por los partidos políticos, la participación de los ciudadanos en la conformación de políticas a través de asociaciones privadas tales como los grupos de consumidores y ecologistas, y la auto-ayuda en salud son necesarias y útiles (79). Este tipo de participación tiene poco en común con el concepto de participación comunitaria para el Tercer Mundo elaborado por OPS/OMS. En síntesis, la participación comunitaria es una actividad política, y no puede ser organizada por gobiernos o agencias internacionales, para satisfacer sus propias necesidades políticas.

REFERENCIAS

- 1.- Werner D. *Health care and human dignity. A subjective look at community-based rural health programs in Latin America.* Contact, special issue No. 3, 91-105, 1980.
- 2.- See among many others the following: Erasmus C. J. *Community development and the Encogido syndrome.* Hum. Org. 27, 65-74, 1968. Fromm E. and Maccoby M. *Social Character in a Mexican Village.* Prentice-Hall, Englewood Cliff, NJ, 1970. Díaz M. N. *Tonalá. Conservatism, Responsibility and Authority in a Mexican Town.* The University of California Press, Berkeley, 1963. Núñez T.E. *Cultural discontinuities and conflict in a Mexican village.* Ph. D. dissertation, University of California at Berkeley, 1963. Santos de Morais C. *Algunas consideraciones en torno de las investigaciones campesinas en Latinoamérica.* Boletín No. 8 del Instituto de Estudios Laborales, Geneva, 1971. Lewis I. *Life in a Mexican Village: Tepoztlán Restudied.* The University of Illinois Press, Urbana, 1951. Foster G.I. *Traditional Cultures and the Impact of Technological Change.* The University of California Press, Berkeley, 1962. Kahl J.A. *The Measurement of Modernism.* The University of Texas Press, Austin, 1968. Paul B.D. *Health, Culture and Community.* Russell Sage Foundation, New York, 1955. Silberstein P. *Favela Living: personal solutions to larger problems.* Am Lat. 12- 183-200, 1960. Hoffman R et. al *La marginalidad urbana.* In *Marginalidad en América Latina. Un ensayo de diagnóstico* (Edited by DESAL). Editorial Herder, Barcelona, 1969. Lerner D. *The Passing of Traditional Society: Modernizing the Middle East.* Free Press, Glencoe, 1958.
- 3.- Paddock W. and Paddock E. *We Don't Know How. An Independent Study of They Call Success in Foreign Assistance.* Iowa State University Press, Ames 1973.
- 4.- Landsberger H. A. *Continuity and change in Latin America's rural structures: Changing perspectives in the study of rural Latin América.* In *The Process of Rural Transformation, Eastern Europe, Latin America, and Australia* (Edited by Bolgyes I et al.), p. 277. Pergamon Press, New York, 1979.
- 5.- U.N. Department of Economic and Social Affairs. *Manual de Construcción de Viviendas Mediante Esfuerzo Propio.* New York, 1979.
- 6.- Labiada A. *Operación Sitio: A housing solution for progressive growth.* In *Latin American Urban Research* (edited by Geisse G. and Hardoy J.E.) Vol. 2. Sage, Beverly Hills, 1972.

- 7.- United Nations. *Seminario Mundial Sur la Rehabilitación de Tandis et l'Amélioration de l'Urbanization Spontanée. Rapport Final.* Instituto de Crédito Territorial, Medellín, 1970.
- 8.- U.N. Department of Economic and Social Affairs. *Popular Participation in Decision Making for Development.* New York, 1975.
- 10.- Cancian. F. *Economics and Prestige in a Maya Community: The Religious Cargo System in Zinacantan.* Stanford University Press, Stanford, 1865.
- 11.- Crondon L. *Grass roots, herbs, promoters and preventions: a re-evaluation of contemporary international health care planning. The Bolivian case.* Soc. Sci. Med. 17, 1281-1290, 1983.
- 12.- Huizer G. *Ciencia social aplicada y acción política: notas sobre nuevos enfoques: Rev. Mx. Soc. 41, 1013-1940, 1979.*
- 13.- Support of our view can be found among others in the following sources: Stavenhagen R. (Ed.) *Agrarian Problems and Peasant Movements in Latin America.* Anchor Book, Garden City, NY, 1970. Huizer G. *The Revolution Potential of Peasants in Latin America.* Lexington Books, Lexington, MA. 1972. Ferder E. (Ed.) *La lucha de Clase en el Campo.* Fondo de Cultura Económica. México City, 1973. Quijano Obregón A. *Contemporary peasant's movements,* In *Elites in Latin America* Edited by Lipset S. and Solaris A), Oxford. University Press, New York, 1969.
- 14.- Horowitz. I. L. *Revolution in Brazil. Politics and Society in a Developing Nation.* Dutton, New York, 1964.
- 15.- Furtado C. *Dialéctica del Desarrollo,* p. 134. Fondo de Cultura Económica, México City, 1965.
- 16.- Moraes C. *Peasant leagues in Brazil.* In *Agrarian Problems and Peasant Movements in Latin America* (Edited by Stavenhagen R.) Anchor Book. Garden City, NY, 1970.
- 17.- See among many Roberts B. *The social organization of low-income families.* In *Masses in Latin America* (edited by Horowitz I.). Oxford University Press, New York, 1970. Goldrich D.R. et al. *Settlements in Chile and Peru.* In *Peasants in Cities. Readings in the Anthropology of Urbanization* Edited by Mangin W.) Houghton, Mifflin, Boston, 1970. Portes A. *The urbano slums in Chile: types of correlates.* *land Econ.* 47, 235- 248, 1971. Uzzell J.D. *Bound for places I'm not known to: adaptation of migrants in four irregular settlements in Lima, Peru.* Ph. D. dissertation, The University of Texas at Austin, 1974. Ugalde A. *The Urbanization Process of a Poor Mexican Neighborhood,* Institute of Latin American Studies, Special Publication Series, The University of Texas at Austin, 1974, Herrera Moran A. and Alt-schul F. *Proyecto Experimental de rehabilitación del Meson El Progreso.* Fundación Salvadoreña de Desarrollo y Vivienda Mínima, San Salvador, 1979.
- 18.- Nelson J. *Migrants, Urban Poor and Instability in Developing Nations.* Occasional Papers in International Affairs. No. 22 Harvard University Center for International Affairs, 1969.
- 19.- Korten D. C. *Community social organization in rural development.* Recourse paper for the Ford Foundation, Yogyakarta, Indonesia, October 1979, cited in Nichter M. *Project community diagnosis: participatory research as a first step toward community involvement in primary health care.* Soc. Sci. Med. 19, 237- 252, 1984 see p. 237.
- 20.- In the early 1960s Professor Abad Gomez developed in Antioquía (Colombia) one of

the first programs of health promotores in Latin America whose functions included representing the community before public health authorities. This promoter was elected by the community or appointed by local grass-root organizations.

- 21.- The manner in which the population participates in social and health programs can be read in Escalona Reguera M. and Agüero Benítez N. La participación popular en la gestión estatal en Cuba. Rev. Cub. Admin. Salud. 5, 221-223, 1979. Muller F. and Vila González E. Participación popular en la atención sanitaria primaria en un área rural de Cuba, 1978. Rev. Cub. Admin. Salud 5, 181-209, 1979.
- 22.- Newell K.W. (ed.) Health by the People. World Health Organization, Geneva, 1975.
- 23.- Djukanovic V. and Mach E.P. (Eds.) A Joint Study on Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries. Unicef/WHO, Geneva, 1975.
- 24.- World Bank. Health Sector Policy Paper. Washington, 1975.
- 25.- American Public Health Association. The State of the Art of Delivering Low Cost health Services in Developing Countries. A Survey of 180 Health Projects. Washington, DC, 1977.
- 26.- UNICEF/WHO. Community Involvement in Primary Health Care. A Study of the Process of Community Motivation and Continued Participation. Geneva, 1977.
- 27.- Unicef News 98, 4, 1978.
- 28.- WHO/UNICEF. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, Geneva, 1978.
- 29.- World Health Organization. Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000. Geneva, 1979.
- 30.- World Health Organization. National Decision-Making for Primary Health Care. A study of the Unicef/Who Joint Committee on Health Care. Geneva. 1981.
- 31.- Among the first critical writings we find Muller F. Participación Popular en Programas de Atención Sanitaria Primaria en América Latina. Universidad de Antioquía. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, 1979; Pedersen D. Salud y Participación: un modelo para armar. Un published paper, Quito, 1980; and several articles in the special issue of Contact, The human factor. Readings in health, development and community participation, special series No. 3, 1980 edited by Susan B. Rifkin. I Presented and earlier version of this paper at the VII International Conferencia on Social Science and Medicine, Leeuwenhorst Congress Center, The Netherlands, 1981.
- 32.- Pan American Health Organization. Servicios comunitarios de la salud y participación de la población. XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. (Washington, DC, October 1973). Pub. Científica No. 289 (E) Washington, 1974.
- 33.- Pan American Health Organization. Utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural. Informe final. Pub Científica No. 296. Washington, DC. 1975.
- 34.- Acuña H.R. Participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. Bull. Pan. Am. Health Org. 55, 93-97, 1977.
- 35.- Pan American Health Organization. Informe del Director, Cuadrienal 1974-1977. Anual 1977. Documento Oficial No. 158, Washington, 1978.
- 36.- Pan American Health Organization. Informe del Director de la Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud para las Américas/ Oficina Sanitaria Panamericana. ICPHC/ALA/ 78.5. Washington, DC., 1978.

37.- Ministerio de Salud Pública, Panamá, Encuesta sobre los comités de salud. Unpublished manuscript, Panamá, 1976.

38.- Tunón C. et al. Informe sobre el estado actual de los comités de salud. Análisis preliminar y estrategias. Ministerios de Salud Pública.

39.- Bruges C.H. Untitled manuscript. Cali, 1975.

40.- Paul B. H. and Demarcest W. J. Citizen participation overplanned: the case of a health project in the Guatemalan community of San Pedro la Laguna. Soc. Sci. Med. 19, 185-192, 1984.

41.- Heggenhougen H.K. Will primary health care efforts be allowed to succeed? Soc. Sci. Med. 19, 217-224, 1984.

42.- Lebow R. et al Project evaluation summary specific to the rural health delivery system (SBS) in the Dominican Republica. Evaluation and recommendations. Management Science for Health, Boston, 1983 (unpublished document.) My own field work in rural areas between 1982 and now confirms their findings.

43.- República de Colombia. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Atención Médica. Atención primaria de Salud. Taller sobre atención primaria de salud. Monteria, 1977 (unpublished document).

44.- República de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Taller nacional de atención primaria en salud. Bogotá, 1980 (un published document).

45.- República de Colombia. Ministerio de Salud, Dirección de Investigaciones. Estudio. Participación de la Comunidad en la Planación de la Salud, Vol.7, Bogotá, 1980.

46.- Some of the first primary health care programs which in early days were called community medicine programs took place in Colombia. See for example Aguirre A. Community medicine at the University of Avlle. In Community Medicine. Teaching Research, and Health Care (Edited by Lathem W. and Newberry A.) pp. 51-60. Appleton-Century-Crofts, New York, 1970. Velázquez G. Community medicine as an experiment in health care. In Community Medicine. Teaching Research, and health Care. (Edited by lathem W. and Newberry A.), pp. 131-140. Appleton-Century-Crofts, New York, 1970.

47.- Donahyel H. health delivery in rural Bolivia. In Health in the Andes (Edited by Batic J. W. and Donahue J.M.) A special publication of the American Anthropological Association, No 12, Washington, DC. 1981.

48.- Somarriba M.M. On the limitations of community health programmes. Contact special issue No. 3, 61- 68, 1980.

49.- Jaramillo Antillon J. Los Problemas de la Salud en Costa Rica, Políticas y Estrategias. Talleres de Litografía Ambar, San José, 1983.

50.- Cox. K. M. and Geletkanycz C. The health situation in Peru. Division of program Analysis. Office of internacional Helath, Department of Health, Education and Welfare. Washington, D C., 1977.

51.- Muller. F. Participación Popular en Programas de Atención Sanitaria Primaria en América Latina. Universidad de Antioquía. Fac. Nacional de Salud Pública. Medellín, 1979.

52.- Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1974-1978. Tomo VII "Plan de Salud y Nutrición", Tegucigalpa, DC. 1973.

- 53.- Martin P. An assessment of factor which affect comunity participation in the Honduran health system. American Public Health Association, Washington, DC. 1981 (unpublished document); Eoff G.M., Vista sociocultural de la salud rural y la entrega de servicios de salud: mito y realidad. United States Agency for International Development, Tegucigalpa, Honduras, 1980 (unpublished document.)
- 54.- Ministerio de Salud Pública. II Plan Quinquenal de Salud 1980- 1984. Volumen I. Planificación General. Quito, 1980.
- 55.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983. Volumen I. México, 1974.
- 56.- López Acuña D. La Salud Desigual en México. Siglo XXI Editores. México, 1980.
- 57.- Goodenough W. H. Community response and development. In Community Medicine, Teaching, Research and health Care (edited by Lathem W. and Newberry A.) Appleton-Centur-Corfts, New York, 1970.
- 58.- Paul B (ed). Health, Culture and Community. Russel Sage Foundation, New York, 1955.
- 59.- Foster G and Anderson B. Medical Anthropology, p. 226, Wiley, New York, 1978.
- 60.- Wellin, E Water boiling in a Peruvian town. In Health Culture and Community (Edited by Paul B.) Russel Sage Foundation, New York, 1978.
- 61.- Ugalde A. Physicians' control of the health sector: Professional values and economic interests. Soc. Sci. Med. 14 A, 435-44, 1980.
- 62.- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Informe. Extensión de cobertura con atención primaria y participación de la comunidad en República Dominicana. Santo Domingo, 1978 (unpublished report).
- 63.- Guzmán. L. Tumala M. and Barrantes C. Medicina comunitaria, medicina integral y trabajo social: una experiencia en San Ramón, Rev. Cenam Cien. Sal. 2, 115-125, 1975.
- 64.- Alford R. Health Care Politics: ideological and Interests Groups barriers to Reform. The University of Chicago Press, Chicago, 1975.
- 65.- Venegas E. Decision making process and community participation in Zarzal regional health unt. Ph. D. Doctoral dissertation. The University of Texas. Austin, 1981.
- 66.- Information about in program can be read in the following documents: ministerio de Salud Pública. Comunidad Escuela de Zarzal. Documento básico. Unidad Regional de Zarzal, 1977 (unpublished document); Ministerio de Salud Pública, Proyecto de convenio de integración sector salud-sector educación en la Comunidad-Escuela. servicio Seccional de Valle, Secretaría de Educación de Valle, Cali, 1978 (unpublished document); Ministerio de Salud Pública. Bases legales de constitución y organización de la Comunidad-Escuela. Unidad Regional de Zarzal, 1978 (unpublished documents).
- 67.- Form personal interviews by the author with health officials and fiel work in Colombia, Honduras and Dominican Republic.
- 68.- Personal. observation. The norms for the program were rewritten at a later date by a new director. These norms define who is a leader, how leaders are going to be trained, what they should do, how the communities should be organized, etc. See Ministerio de Salud. Manual operativo para el desarrollo del programa de participación de la comunidad. Dirección de Participación de la Comunidad, Documento P.C.S., 2 Bogotá, 1977.
- 69.- Wolfe, A. The Limits of Legitimacy. Political Contradictions of Contemporary Capitalism. The Free Press, New York, 1977.

- 70.- Freire P. *Pedagogy of the Oppressed*. Herder & Herder, New York, 1970.
- 71.- Habermas J. *Legitimation Crisis*. Beacon Press, Boston, 1975.
- 72.- Offe C. *Struktur Problem des Kapitalistischen Staates*. Suhrkamp, Frankfurt, 1972.
- 73.- Wilkie J. W. *The Bolivian Revolution and U.S. AID Since 1952*. Oatin American Center, The University of California at Los Angeles, 1968; Wilkie J. W. *The Mexican Revolution: Federal Expenditures and Social Change Since 1970*. The University of California Press, 1967.
- 74.- Bailey S. *The United States and the Development of South America, 1945-175*. New Viewpoints, New York, 1976.
- 75.- This is not to say that in most Latin American countries, there is a disproportionate allocation of resources to tertiary care. But I have shown in my study of a rural health center in the Dominican Republic that relatively large amounts of resources were allocated to rural health services. In this country, as in many others, and increase in allocation would have only served to increase mismanagement. See Ugalde A. Where there is a doctor: strategies to increase productivity at lower costs. The economics of rural health care in the Dominican Republic. *Soc. Sci. Med.* 19, 441-450. 1984.
- 76.- Cohen J. M. and Uphoff N.T. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *Wld. Dev.* 8, 213-235, 1980. Esquivel J. R. La medicina comunitaria como sistema de protección a la familia y al niño en Latinoamérica. *Rev. Cenam. Cien. Sal.* 2, 91-95, 1975; Ramón G. Sistema de salud comunitario y poder popular. In *Política de Salud y Comunidad Andina* (edited by Rhon F.). Centro de Arte y Acción Popular. Quito, 1982' Molina G. et al. El responsable de salud y la participación e la comunidad. *Bol. of. Panam.* 83- 93-104, 1977.
- 77.- Beltramino S. and Block C. Reflexiones sobre participación Popular en Salud en Argentina. *Cuad. med. Soc.* 27, 7- 21, 1984.
- 78.- Muller F. and Vila González E. Participación popular en la atención sanitaria primaria en un área rural de Cuba, 1978. *Rev., Cub. Admin. Salud* 5, 181-209, 1979.
- 79.- There are a number of authors who link consumers' groups and self-help to the concept of participation. See Robinson. D The self-help component of primary health care. Paper presented at the Sixth International Conference of Social Science and Medicine, 1979; Greve J. Consumer participation and responsibility in the planning and delivery of health care. World Health Organization, Geneva, 1980; Silver G. A. Community participation and health resource allocation. *Int/ J/ Hlth. Serv.* 3, 117-131, 1973; Menéndez E. L. Hacia una práctica Médica Alternativa. Hegemonía y Autoatención (gestión) en Salud. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, México, 1983.

GUIA BIBLIOGRAFICA DE PARTICIPACION POPULAR EN SALUD

- 1.- Participar. Susana Belmartino y Carlos Bloch. Salud y Sociedad N° 9 y 10, Córdoba.
- 2.- Salud: Educación y participación popular. Roberto Chediack. Salud y Sociedad N° 9 y 10, Córdoba.
- 3.- Reflexiones acerca de la participación popular y sus problemas. Marcelino Fontán. Mimeo Fundación Manuel Ugarte, 1987.
- 4.- Seminario de participación popular y atención primaria de la salud, 13 y 14 de julio de 1985. Mimeo CODESEDH.
- 5.- Líderes de A.P.S., categorías, funciones y requisitos. O.M.S. Cuadernos de Salud Pública, N° 82.
- 6.- Participación popular y sistemas de salud en Nicaragua y México. Revista Nueva Antropología N° 28, México.
- 7.- La salud de los trabajadores. Franco Basaglia. Ed. Nueva Imagen, México.
- 8.- Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados. O.P.S. Publicación N° 473.
- 9.- La participación popular en Salud. La lucha por la salud en Cuba. Leopoldo Bernal y José Figueroa. Edit. Siglo XXI. Colección Salud y Sociedad.
- 10.- Participación popular en Salud. Catalina Eibenschutz. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud N° 21. Enero/abril 1982
- 11.- Participación popular en salud en Cuba. Sergio R. Ledo Duarte. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud N° 21. Enero/abril 1982.
- 12.- La participación comunitaria en salud. D. Zakus. Revista de Salud Pública de México. Volumen 30, N° 2. Marzo 1988.
- 13.- Mortalidad, participación popular y alcoholismo en Méjico. Eduardo Menéndez. Cuadernos Médicos Sociales de Rosario N° 44. Mayo/junio 1988.
- 14.- Salud, participación y clases subalternas. Inés Cortazzo y Lucía Silva e Silva. III° Seminario-Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud. Secretaría de Ciencia y Técnica, Area de Estudio e Investigación en Ciencias Sociales y Salud. 17 al 19 de setiembre de 1987.
- 15.- Algunas tendencias de la Educación y Participación Comunitaria en América Latina. Leonel D. Gallardo. Boletín Of. Sanitaria Panamericana. Vol. 96 N° 4. Año 1984.

EL RECURSO HUMANO QUE FORMAMOS Y EL QUE NECESITAMOS: UNA CONTRADICCIÓN. ¿POR QUÉ?

COORDINADOR:

Dr. Daniel Grill, Dirección de Capacitación Profesional y Técnica MCBA.

PANELISTAS:

Prof. Felicitas Elías, profesora de la Cátedra de Trabajo Social de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Derecho. U.B.A.

Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Lic. Silvia Daneri, Directora de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina, U.B.A.

Dr. Mario Testa, Ex-Decano de la Facultad de Medicina, U.B.A.

Dr. Carlos Vidal, Director de la Representación en la Argentina de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS).

Coordinador Dr. Daniel Grill: —Vamos a comenzar con la mesa de esta mañana. Como coordinador quiero decir que es una sensación muy especial, la de estar aquí, en estas Segundas Jornadas y me parece importante recalcar que en estos momentos en los que resulta particularmente duro tener alguna visión de futuro, sostener esperanzas, hablar de Segundas Jornadas implica que hay un camino trazado y hay un crecimiento en este sentido y esto es lo que queremos apuntalar desde aquí. El otro comentario es con respecto a una crítica muy seria que se nos hizo el año anterior. En la mesa de equipo interdisciplinario de salud, de la necesidad de la relación de las distintas profesiones, a la hora del recuento, casualmente, éramos cinco médicos. Ahora podemos mostrarles que la crítica nos tocó y nos acompañan la Lic. Daneri y la Lic. Elías para traer una percepción distinta.

Dr. Mario Testa: —En algún momento cercano al principio de este siglo, hubo alguien que dijo lo siguiente: para pueblos primitivos y suspicaces la medicina tiene algunas ventajas sobre las ametralladoras. El señor que dijo esto está citado

en un libro de un médico sanitarista norteamericano que se llama Rick Brown y el libro se llama Rockefeller Medicine Men, es decir, Los Hombres de la Medicina de Rockefeller, poniendo de esta manera el acento sobre la importancia que tuvieron estos personajes, la gente que dentro del equipo podríamos llamar de Rockefeller, (la Fundación, las empresas), en cuanto a la formación de médicos en particular. Pero no sólo de médicos. Para completar la anécdota les puedo decir que en la inauguración del edificio de la famosa Escuela de Malariología que se encuentra en Maracaibo, Venezuela; estaba presente Rockefeller (físicamente presente) y fue uno de los que financió esta operación de la enseñanza de la malariología desde esta escuela que tuvo una difusión e importancia continental considerable.

¿Cuál es la significación de estos hechos? La significación es que hubo un interés muy grande por la medicina y por la salud en general de estos grandes capitales norteamericanos. ¿Por qué? ¿Por el convencimiento, tal vez, de que los negocios que se hacían debían ser revertidos de alguna manera para satisfacer las necesidades de la población? Yo creo que debe haber habido, en alguno de estos hombres de la medicina de Rockefeller alguna intención de ese tipo, pero creo que la intención principal era otra: la fundación de la escuela de malariología en Maracaibo estaba ligada fundamentalmente a las necesidades que imponía la exploración petrolera. Uds. saben bien, que la exploración petrolera está ligada al nombre de Rockefeller a través de las grandes compañías petroleras que tenían estos representantes.

Y este hecho se ve repetido con frecuencia en varios niveles: uno es este nivel que yo les cuento, el de que es mejor hacer medicina que reprimir y otro es una actividad que podemos considerar más académica, como es por ejemplo el hecho del exámen que se ha hecho de la enseñanza y particularmente de la medicina a través del análisis de la práctica médica y de la forma en que esto debe reflejarse en la enseñanza.

Para la misma época de la anécdota inicial, se produce en Estados Unidos un primer informe sobre la enseñanza de la medicina. Es lo que se conoce como el Informe Flexner, porque el señor Flexner fue uno de los primeros en participar en la redacción de este informe. Fue hecho a solicitud de una fundación que también lleva un nombre importante y que se reconoce como perteneciente a los que conforman el gran capital norteamericano. Por ejemplo la Fundación Carnegie, que creo que fue en aquella oportunidad, y luego esto se ha seguido repitiendo. Hay varios informes producidos a lo largo de estas décadas, sobre la enseñanza y su relación con la práctica de la medicina. El último que yo he leído es el Informe Millis, de hace unos 15 años aproximadamente donde se examinan entonces cuales son las formas en que se enseña medicina y cuales son las relaciones de esta enseñanza con la práctica.

Lo importante para nosotros de todo esto, es que estos sucesivos informes son los que han estructurado las formas de nuestra enseñanza. Son informes que han sido pensados desde países centrales, desde intereses muy particulares alguno de los cuales acabo de relatar y han tenido una importancia fundamental en los países centrales para modificar la enseñanza y la práctica de la medicina pero están pensadas sobre problemas de esos países centrales. Voy a poner un ejemplo actual de esto que digo: es lo que todos conocemos como la propuesta relativamente reciente de que tenemos que retornar al médico de familia. Cuando llegó esta propuesta a nuestros países me acordé de cuando era chico, del viejo médico de familia que se llamaba Serafín Guari, vivía en la calle Alberti más o menos al 1700; tenía un consultorio en su casa y nos atendía a todos nosotros, a toda la familia, a mi papá cuando le pasaba algo, a mi mamá, a nosotros, a los chicos. Le teníamos una ciega confianza y era un personaje importante en nuestra vida.

Vuelve ahora esta propuesta, a través de un análisis muy minucioso de las funciones que ese médico de familia tiene que cumplir. Y nosotros tomamos esta propuesta, la incorporamos, nos parece buena e interesante.

Pero lo que no examinamos, es por qué en Estados Unidos surge en este momento la propuesta de volver al médico de familia. Y surge porque de esa manera se resuelve un problema interno de la práctica médica en Estados Unidos, que no tiene absolutamente nada que ver con lo que nos pasa a nosotros. Pero lo incorporamos y decimos: "qué bien" y como estamos en la onda de la nostalgia esto satisface una necesidad de Estados Unidos y satisface nuestra nostalgia. Así que nosotros incorporamos esto, como si fuera la solución que necesitamos para todos nuestros problemas. No digo que el médico de familia sea malo pero lo que señalo es que nuestra dependencia, y señalo dependencia como cultural, nos impide analizar las verdaderas razones por las cuales se implantan ciertas medidas. Yo creo que este es el hecho central que ha signado la estructuración de nuestra forma de enseñanza, de nuestro saber. No es la única determinación de las formas de enseñanza pero es la más importante. Esta es la que yo llamaría la determinación externa; hay otras determinaciones internas. El tiempo tan cruel no me va a permitir entrar en detalle sobre esta temática.

Lo que quiero destacar es que nosotros no hemos generado un pensamiento propio. Es difícil escapar de estas fuertes determinaciones que nos vienen de afuera y el hecho es que las sucesivas transformaciones que han experimentado nuestras formas de enseñanza han estado ligadas a este análisis muy cuidadoso de problemas que no son los nuestros. Esto es lo que yo creo que establece una de las razones importantes para llegar a esta contradicción que señala el título de esta mesa; el recurso humano que formamos y el que necesitamos: una contradicción. Esta es la raíz de la contradicción, que está en que las razones reales por

las cuales nuestra enseñanza se hace como se hace están afuera, no están dirigidas al exámen de las necesidades de nuestro pueblo, sino que están impuestas desde una razón que es ajena a nuestra situación real.

Yo no sé si nosotros somos tan primitivos como esos pueblos a los que se refería el personaje inicial que eran las Islas Filipinas a comienzos de siglo; tal vez seamos más suspicaces que esos pueblos, pero esta determinación ajena sigue funcionando. Es mejor, y también lo es para nosotros, que se nos aplique medicina que ametralladoras, aunque por supuesto esta solución de las ametralladoras nunca es descartada cuando es necesario. Los ejemplos son muchos, si uno piensa en Centroamérica y otras regiones, se darán cuenta de lo que quiero decir.

Hago una brevisima mención, aparte de la mención de lo externo, al problema de las determinaciones internas, de por qué la enseñanza se hace de esta forma. Si uno pensara en un país ideal, debería decir que las formas del saber, la investigación, el conocimiento deberían determinar las formas de práctica y ésta sería una razón interna para enseñar como se debe. En muchos países, sobre todo en los capitalistas sub-desarrollados y dependientes como es el nuestro, hay una inversión de esta cuestión: no es el saber que determina la práctica sino que son las formas de prácticas dominantes, (como dice E. Menéndez a quien spongo que todos hemos leído y si no, recomiendo la conferencia que dictará mañana sobre lo que él llama el Modelo Médico Hegemónico), las que determinan los saberes y las formas de realización de esa transmisión del saber. Esta es una determinación muy fuerte en nuestro país pero además es muy difícil de percibir, por lo cual se hace muy difícil de modificar internamente. No le envidio el cargo al Dr. Jaim Etcheverry y casi diría que tampoco envidio mi propio pasado en ese sentido. Gracias.

Coordinador: —Ya tenemos un pantallazo sobre los determinantes internos y externos sobre la estructura del saber médico, como dijo el Dr. Testa. Como nos interesa profundizar un poco más nuestra percepción le vamos a pedir ahora a la Lic. Elías que nos cuente sobre su tarea en Trabajo Social y luego a la Lic. Daneri que se va a referir al perfil de la enfermera en este contexto.

Lic. Felicitas Elías: —Primero quisiera hacer una corrección a lo que figura en el programa y a lo mencionado por la locutora que hizo la presentación de la mesa. Desde septiembre de 1985 los trabajadores sociales dejamos de ser escuela dependiente de la Facultad de Derecho para pasar a ser Carrera de Trabajo Social dependiente del Rectorado. Creo que este hecho también marca cual es nuestra situación desde 1985 hasta aquí.

Acordando con el marco general que propone el Dr. Testa y para pasar a hablar del Trabajo Social, creo que la formación brindada por la carrera lograba ca-

pacitar recursos humanos, en ese momento Asistentes Sociales, que desde un rol más vinculado a la beneficencia o al arte que a una formación científica, respondía al modelo hegemónico vigente.

Nacida primero como práctica de carácter filantrópico-religiosa, pasa de este marco referencial al que le brindan profesiones liberales, la abogacía y la práctica médica. Los estudios, que se tornan universitarios a partir del 1945, planteaban entonces una formación y un conocimiento general ligados a estas prácticas. Esto quiere decir que se formaba sobre temas como higiene, biología, psicología evolutiva, nociones de derecho civil, penal, de familia, etc. Este profesional, producido entonces, no analizaba la realidad a la luz de una metodología científica y una práctica que abarcara el conflicto social como tal, sino que se encontraba capacitado para, desde sus propios patrones culturales y desde su propia valoración, evaluar una problemática de carácter individual, familiar o comunitaria. De esta forma la capacitación recibida también nos permitió desempeñarnos como ejecutores de políticas sociales que, en la mayoría de los casos, tienden a limitar la presencia del conflicto y mantener al sistema social vigente.

Este es el camino que recorre esta profesión en su formación universitaria desde el año 1945, aunque hay algunos períodos de independencia, en los años 70 y 73 en las cuales esta dependencia cultural que muy bien señalaba el Dr. Testa es al menos criticada y se formula un planteo teórico y un acercamiento a los sectores populares para trabajar junto con ellos.

Este avance, este pequeño despegue teórico es posteriormente fracturado por la dictadura militar la cual empobreció más la formación universitaria con su modelo autoritario. Es así entonces que, aquello que es nuestro objeto, tanto a compartir con los médicos como con gente de otras ciencias sociales, aquello que es nuestro patrimonio social que es la sociedad como un cuerpo vivo, como un espacio en el que se suceden problemas y conflictos, en el que un orden social injusto genera este tipo de cuestiones, este aspecto social es borrado y pasa a ser analizado y trabajado desde planteos que pretenden ser adaptativos o de corte más psicologista. Ciertamente esta orientación más psicologista permite un marco de mayor contención para los profesionales pero lo que hace es recortar este conflicto social y este aspecto histórico, este hombre, familia o barrio como sujetos históricos y en todo caso como actores. Para sintetizar, el trabajo social desde la formación académica cercena el contexto social y político, también el económico e histórico y al hombre en su sucederse como sujeto histórico.

Respecto al título que da lugar a esta mesa, yo creo que si ubicamos los actores y las épocas, los gobiernos, la dependencia, yo diría que no hay tal contradicción. En el caso particular nuestro del trabajo social, al ser la mano de las profesiones hegemónicas de corte liberal, cubríamos la necesidad y el vacío que generaba ese grupo dominante. Yo no lo entiendo como contradicción, tal como

fue planteado históricamente, lo veo sí como una contradicción personal. La formación académica no respondió a las necesidades de aquello que yo deseaba para mí en todo caso, que el estudiantado desea como formación.

También quiero decirles que dentro de la carrera esta situación varía. Desde julio de 1985, oportunidad en la que el estudiantado se moviliza y trata de gestar un cambio. De hecho se han producido logros tales como renovar el plantel docente y efectivizado concursos por primera vez en la historia de nuestra carrera. Se está por poner en práctica un nuevo plan de estudios sobre el que tendremos que evaluar su efectividad para este rol de acompañamiento y de trabajo con las necesidades de un pueblo.

Creo que nuestra formación debe tender a generar conocimientos y abrir vías para su utilización y difusión, no sólo por parte de los grupos intelectuales sino por los propios sujetos comunitarios que, en todo caso son aquellos con quienes nosotros trabajamos.

Lic. Silvia Daneri: —Me fueron entregadas dos preguntas y lo que es interesante de la última de ellas, es la cuestión de si la única manera de formar lo que necesitamos es modificando el curriculum o si hay otras formas y cuales serían.

Creo que lo que hay que hacer es analizar el recurso humano en general.

Vamos a hablar del recurso humano formado, porque la expresión recurso humano en salud abarca toda la comunidad, pero para poder llegar a la aplicación de este concepto el recurso humano debe estar formado para ello o sea para la utilización de la comunidad en el cuidado de su propia salud. Si este recurso no existe, la comunidad lo resolverá a su manera con personas tales como por ejemplo Garrincha. Esta es una de las formas en que resuelve sus problemas dejando de lado el sistema formal.

El recurso humano no puede estudiarse sino de una forma relativa. De nada valen los datos absolutos. Si se debe ubicar los datos de la cantidad de enfermeras, esto debe ser en relación a algo, de lo contrario no sirve para nada. Lo mismo pasa con los médicos, asistentes sociales y demás.

Hay dos elementos fundamentales: uno son las necesidades a satisfacer y otro es la proporción en la relación entre los miembros del equipo de salud.

Partiendo de esto vamos a analizar nuestra situación. Teóricamente el profesional de mayor especificidad y mayor precisión debe ser el de menor cantidad. Los cuadros intermedios tendrían que ser el doble y los cuadros de la base cuatro veces más. Esa sería una estructura de recursos humanos ajustada a un determinado nivel de desarrollo. Aquí ocurre al revés: tenemos como un reloj de arena en el cual hay una base superior muy grande con una alta cantidad de los de alta especialización, un acogotamiento terrible en el medio y una base un poquito

más ancha pero siempre menor que la base superior, de tal manera que lo que era 1, 2 y 4 aquí es 4, 1 y 2.

Con esto tendríamos que decir que la salud de la población es mucho mejor que en la otra situación. Pero ¿qué ocurre? Que cuando la cúspide genera actividades, alguien las tiene que cumplir. Es exactamente lo mismo que en una empresa en la cual hay 50.000 ejecutivos y un solo operario; es al revés. Aquí es lo mismo: el que tiene un alto grado de especificidad quiere hacer aquello para lo que fue formado, no quiere hacer otra cosa y de esa forma está generando actividad que otros tienen que cumplir, pero esos otros no están. Por consiguiente, aparece la paradoja de que a mayor cantidad de recurso humano superespecializado igual o peor nivel de salud.

La constitución de ese “reloj de arena” no es una cosa casual, es una respuesta social; la sociedad construyó esa estructura de recursos humanos. Nadie la hizo por decreto. Es la propia sociedad a través de sus modelos de aspiración social la que determina qué quieren los padres que el hijo estudie, qué tipo de estudios se le van a pagar o qué no se le va a dejar hacer. Nos encontramos, por ejemplo, que cuando esto se analiza con los estudiantes de la escuela de enfermería, cómo hicieron para llegar allí, generalmente ha habido una pelea familiar, o bien de su carrera no se habla en la casa. Las chicas estudian, hacen las prácticas e incluso trabajan pero en la casa ése es un tema prohibido. Es obvio que no es un modelo de aspiración social para ese grupo familiar. Sin embargo es probable que el papá trabaje en 18 partes distintas para pagarle los estudios de medicina a cualquiera de los estudiantes que nosotros tenemos en este momento aquí. Es decir que esa pirámide no está hecha porque alguien lo quiso, sino que las distintas aspiraciones del grupo social la conforman.

Todo esto tiene una relación con el prestigio y con los distintos grupos de poder. Nadie quiere estar en el medio o abajo. Todo el mundo quiere estar arriba. Esto se refleja luego en el sistema de salud. Pocos habitantes pueden llegar a tener todos los servicios de salud y muchos pueden tener solo algún servicio de salud o ningún servicio porque la que debe dar la primera respuesta es la base y la base no está, está solamente la cúspide, de tal forma que eso condiciona el perfil de cada una de las carreras. Esa presión externa, esa idealización previa, esa expectativa propia de cada estudiante y su familia determinan el perfil explícito, pero no el perfil que la facultad quiere, pese a las modificaciones que se puedan implementar.

Hay un curriculum formal y uno informal y esto va a la segunda pregunta de Uds. que indaga si realmente a través de una reforma curricular se pueden modificar los perfiles y se puede responder a las necesidades.

Curriculum es toda la vida universitaria. Por más que yo modifique un plan de estudios, si el grupo docente no está consustanciado con la ideología que está

detrás del curriculum y del perfil, el estudiante egresará exactamente igual que en años anteriores. Lo que se modifica es la nueva información que pueda aparecer. Es lógico que el que egresó hace 15 años no recibió la misma información de ahora. Pero las características y las expectativas van a ser las mismas. O sea que el estudio se modifica pero el servicio y el alumno siguen igual porque la impronta de aprendizaje del recurso humano en salud se produce en el servicio, no se produce en la cátedra; se produce en el servicio; allí se imitan los patrones de comportamiento que tienen aquellos modelos que son los recursos humanos de los servicios. Cuando cada alumno egresa piensa que va a ser como aquellos que vio. Los patrones de comportamiento se copian como única alternativa porque si no es muy difícil trabajar y luego porque eso es lo que ve, lo que observa, lo que percibe a través de los sentidos y eso se fija como una fotografía dentro de la persona y se fija el comportamiento de otros modelos y el de su modelo también. Por lo tanto cuando se ven actitudes descabidas de otros miembros de equipo de salud piensan: "¿por qué yo no?"; sobre todo si aquél a quien yo copio es un modelo de aspiración social, o bien de alguna forma es rector del comportamiento de los demás.

La modificación de un perfil, si realmente quiere hacerse, tiene que ir concomitantemente, a mi juicio, con el desarrollo de los servicios. Si allí los modelos siguen siendo lo que son de nada vale el discurso del docente.

El 90% de las veces al alumno se le enseña lo que no va a ver en el servicio. Se exige una historia clínica perfecta y cuando se va al servicio hay una hoja perdida por ahí, que cuando la letra se entiende, Dios los ayude, a menos que sean egiptólogos para descifrarla.

Este tipo de contradicciones, van cercenando la formación del recurso humano.

El recurso humano resulta ser lo que esa pirámide social refleja en el hospital, o en el servicio de APS.

Uds. usan la palabra mercado. Ese mercado lo construyen, lo fabrican los egresados. El mismo recurso humano en salud, presionando por sus necesidades de lugar, de espacio para trabajar, ya que nadie quiere quedarse en su lugar, va generando las distintas distorsiones del mercado con lo cual se van creando nuevos espacios, nuevas especialidades de las especialidades que no satisfacen para nada las necesidades de la comunidad pero sí las del profesional; de tal manera que esa contradicción que Uds. cuentan entre satisfacer las necesidades de salud y recurso humano está básicamente centrada en que el sistema de salud gira alrededor de los profesionales de la salud, del equipo de salud pero no de la población.

Parecen decir: "somos muchos, necesitamos trabajar, no importa de qué". La contradicción surge allí y no tanto en la dicotomía teoría-práctica. Yo no estoy

tan de acuerdo con eso, sino con la cuestión de si la información que brindan los programas es aplicable o accesible de ser practicada o llevada a la práctica. Yo no encuentro esa dicotomía, pero lo que sí encuentro es la disociación de los modelos y luego que, cubiertos los espacios hospitalarios, nadie quiere cubrir los otros espacios que existen, pero ya no caben más en los hospitales, ¡a menos que se los ponga con calzador! Además todos trabajan en horario de la mañana, de 8 a 12 y a las 13 hs. no hay nadie. Y nadie quiere ir a APS, la cual es una de las actividades sub-valoradas o desprestigiadas del equipo de salud, esto es, el contacto con las personas.

Este es un diagnóstico de situación y creo que debemos plantear algunas líneas teniendo en cuenta que las medidas tienen que ser socialmente aceptables y no sólo políticamente aceptables. ¡Supongamos que a mí se me ocurriera, en un rapto de locura, decirle al señor decano de Medicina que, a partir del año que viene no hay más inscripción en medicina por los próximos 10 años! ¡Qué hecatombe! ¡Por probar no más sería divertidísimo hacerlo! Yo creo que tiran abajo la facultad de medicina, lo linchan al señor decano y a mí por haber sugerido la idea. Es decir que esa es una medida socialmente no aceptable con lo cual se deben pensar cuales serían las otras estrategias.

Estas estrategias tienen que ver con tratar que el medio de la pirámide, que tiene una escotadura, se ensanche. En primera instancia es difundirla, en segundo lugar prestigiarla y en tercera instancia, darle a esas carreras, dentro de la política universitaria, un lugar exactamente igual al de las otras carreras. Si dentro de la misma facultad no tiene el peso relativo igual a medicina y a las otras carreras, ya se está dando la pauta de que se responde a esa estructura social a través de una administración académica, pero no curricular.

Hay mayor peso, mayores facilidades, mucha publicidad, mucha difusión que logran vender un producto de manera tal de reorientar la matrícula. Pero la reorientación tiene que ser espontánea, no puede ser obligatoria; el estudiante que entró en la selección para ser médico, no pasa a otra carrera con el agravante que encontramos ahora de que todos quieren ser enfermeros, o por lo menos una gran parte, para pagarse la carrera. Entonces en este momento en nuestro primer año hay un 10% de estudiantes de medicina, hay simultaneidad de carreras ya que cursan ambas con el objetivo de tener un trabajo y después egresar y pedir el cambio de partida porque ya están incluidos en la estructura hospitalaria. Este es un artilugio muy interesante porque primero tienen un sueldo, tienen todos los beneficios de exámenes, parciales, etc.; es un recurso humano no positivo en el trabajo concreto porque es más lo que faltan que lo que concurren y por el otro lado el que se recibe, va y le pide al director que lo pase a Pediatría y lo logra con lo cual ya tiene su lugar y hay que tener todo esto en cuenta porque es muy perjudicial. No se puede enfrentar esto a causa de la situación económica difícil

y a la gente no se le puede prohibir que haga lo que quiere, mientras no sea un delito. Lo que hay que tener claro es que hay actividades que no son valoradas sino que son un paso intermedio o son utilizadas para otras cosas. Muchas gracias.

Coordinador: — Con la Lic. Daneri nos conocemos hace muchos años y siempre es agradable escucharla. También siento cierta envidia, como uno de los que egresamos hace más de cinco años, como dicen los programas, digo que tengo cierta envidia por los actuales estudiantes dado que cuando yo entré a la facultad en primer año nos tiraban una pierna, izquierda o derecha indistintamente para que aprendiéramos a disecar. Los estudiantes de ahora tiene algunas experiencias un poco más interesantes.

Creo que este es el momento de ver con qué estrategias estamos tratando de enfrentar este problema y para eso tenemos al Dr. Jaim Etcheverry que nos va a acompañar ahora.

Dr. Jaim Etcheverry: — Tal como decía recién el Dr. Testa, que no envidiaba mi posición, yo tampoco la envidio; lo peor es que no envidio el futuro, que es lo que más me preocupa.

Yo vivo en un estado de jaqueca permanente que se agudiza en algunos momentos, ante la dificultad de la tarea que enfrentamos.

Nadie está conforme. Los profesores me acusan de estar destruyendo la historia de esta venerable casa, me envían cartas diciendo que son cien años de historia que estoy destruyendo. Yo íntimamente digo que efectivamente, lo han entendido, pero por otro lado me acusan de que soy un limitacionista neoliberal foráneo, con lo cual no dejo a nadie conforme y por eso me preocupa el futuro.

Dado que no tuve la ventaja de conocer de antemano el temario, diré algunas palabras desordenadas, pero se beneficiarán Uds. con la espontaneidad. Con respecto a algunas de las cosas que se dijeron acá, como por ejemplo eso que dice Silvia Daneri de cerrar la facultad de medicina, yo lo haría con gusto, pero no estoy solo, lo cual es un condicionamiento muy grande.

Por ahora los demás, que me acompañan, tienen mucha culpa (ventaja de no estar solo) y por eso me preocupa el futuro.

Uno de los temas que creemos fundamental, es el tratar de mostrar un modelo diferente aunque por ahora sólo tratar de mostrarlo, lo cual no nos ha resultado fácil. Hemos hecho un gran esfuerzo en los últimos tres años para tratar de implementar esta idea de la APS y les voy a confesar una cosa; uno de mis objetivos fundamentales fue tratar de sacar esa experiencia de manos de los sanitarios profesionales y la pusimos en manos de gente que trabajaba en los servicios de APS. Ese fue uno de los elementos que aseguraron el éxito y lo tuvo, pero el

problema es que los sanitaristas profesionales ya se están preocupando y por eso también me preocupa el futuro.

Creo que esa es una experiencia muy valiosa, porque estamos mostrando de antemano al estudiante que comienza, otra cosa. Creo que eso es positivo y también como decía Silvia, pienso que el mercado de trabajo depende de la visión interna que tengan los profesionales de qué es lo que van a hacer. También de ellos depende y me parece que si lanzamos al mercado de trabajo gente con otra visión, eso puede contribuir.

Esta es una visión chiquitita. No piensen que estamos haciendo una revolución profunda, pero creo que estamos sentando las bases para que de a poco se vaya formando gente que tenga esta idea; por ahora son pocos, pero me parece que ésa es una contribución positiva y espero que duradera.

El otro punto importante es el servicio que, tal como lo manifestaba Silvia, es fundamental y nosotros también estamos tratando de modificarlo. Cuando asumí en esta facultad, los servicios asistenciales que brindábamos eran de la época del siglo XV, más o menos. Yo estoy tratando de ver si los podemos llevar a principios del siglo XX, no más que eso, ¡y aún así no es fácil! Todo esto porque los intereses son enormes y es muy difícil hacer algún cambio que sea persistente.

Algunos de los cambios que hemos introducido están para quedarse, no todos, pero sí algunos. Me parece que eso ha sido una contribución positiva.

También tenemos que empezar a cambiar esa percepción de lo que está arriba y lo que está abajo y eso también es tarea nuestra.

Y también tenemos que empezar a plantearle a la sociedad y yo lo hago, lo cual me genera enorme cantidad de críticas, pero tiene una función positiva y lo voy a seguir haciendo, así que pueden sintonizar Canal Dos todos los martes a las 22hs., y esto es tratar de dar el debate en el mismo lugar en donde se ha planteado hasta ahora. Vale decir que no tenemos que abdicar de nuestras banderas sino que tenemos que defenderlas en los mismos terrenos en los que se plantea la crítica. También hay que plantearle a la sociedad qué es lo que quiere, ya que a nosotros nos han dado una tarea y nos han dicho: Uds. tienen aquí esta cantidad de estudiantes para formar, la tendrán de aquí en adelante, ¡arreglense! Y eso me parece que es una mentira y nosotros tenemos que empezar a plantear que nuestro interés está en la gente a la que servimos. Porque ahora estamos sirviendo a una corporación, la de la clase media y alta argentina que no tiene adonde mandar a sus hijos y vienen acá a pasar un tiempito. El problema es que muchos pasan el tiempito y se van, otros lo pasan y se reciben, y se gradúan en condiciones en las cuales nosotros, y lo he dicho públicamente y lo vuelvo a decir acá, no estamos en condiciones de garantizar la calidad de ese recurso humano que estamos formando.

Cuando digo calidad no me refiero a la alta tecnología médica, me refiero a

la calidad social, a la de comprender cual es el problema social que la sociedad vive en relación a al atención médica. La calidad tiene varios componentes, uno es el de la comprensión de la conciencia social y otro el de la conciencia profesional. Cuando cualquiera de nosotros se enferma y busca ayuda trata de que sea la mejor posible, entonces tratemos de que así sea también para los demás, porque estoy cansado del discurso en el cual se dice que debemos formar un tipo de recurso humano que no es el que vamos a buscar cuando efectivamente lo necesitamos. Y además manejo un ministerio de acción social acá, porque parece que el decano de la facultad de medicina es omnipotente para conseguir cualquier cosa y siempre escucho que mucha de la exigencia que se plantea es que tenemos que darle esa misma calidad a la gente por la cual decimos trabajar, porque esa es la que sufre cualquier deficiencia de calidad que podamos tener en nuestra formación.

Eso no quiere decir, como dicen algunos comunicadores sociales, que los médicos son asesinos u homicidas, porque la mayoría de los médicos tiene la preocupación por formarse, continuar estudiando porque son concientes, pero lo que yo digo es que la sociedad no se puede basar en la conciencia individual de la gente. Creo que hay que poner mecanismos más estrictos de control, tanto en el ingreso como durante la permanencia y también al final. También he dicho que, en mi opinión, y creo que se está empezando a generalizar en la sociedad, el título habilitante no puede estar dado por las universidades. Me parece que ese es un problema interesante para discutir. Yo he tomado en muchas de estas cuestiones una posición provocativa, ex-profeso, para que se dé el debate porque desconozco antecedentes de otros decanos de medicina que hayan tomado una posición pública de esta naturaleza. Estoy pagando un enorme precio por esto pero lo hago porque creo que el debate es fundamental.

Esta discusión debe empezar a darse, de lo contrario, seguiremos hablando de los planes, proyectos, comisiones, estudios y nada cambiará con el paso de los años. Hace unos días fui invitado al Senado de la Nación y con varios senadores presentes, les pregunté? "¿Por qué no definen qué es lo que quieren? ¿Que mantengamos a estos chicos, durante un período prolongado de su vida aquí protegidos? ¿Quieren que hagamos un trabajo en las condiciones de que disponemos para hacerlo?" Porque, pareciera que nuestras condiciones son infinitas, que acomodamos a todos los que vienen.

Y los acomodamos pero a expensas de la calidad de la formación, calidad que a mí me parece que tiene que ser nuestro objetivo. Por eso, como vengo diciendo desde hace tiempo, la razón de ser de la facultad está afuera, en la calle y no aquí adentro. Está en la gente a la que tenemos que servir, a la que tenemos que darle la calidad. Si este tipo de proyecto no lo defendemos nosotros desde una perspectiva que, según veo, compartimos, lo van a defender otros y me pare-

ce que es una lástima perder argumentos como éste en manos de otra gente que, a lo mejor quiere hacerlo con otra finalidad. Eso se ve claramente en la posición de nuestros estudiantes que reflejan el lugar del que vienen.

Hace poco hemos hecho una encuesta a los estudiantes que pasan a Unidad Hospitalaria y les preguntamos como debería ser el ingreso a la facultad y de cada 100 de ellos, 88 pensaban que debería haber un examen de ingreso y 12 que el ingreso debía ser directo. Del total de 100, 51 pensaban que debía ser ingreso directo a la facultad independientemente de si se les podía enseñar, de si hacían falta o no, vale decir esta es una posición liberal a ultranza: que entren los mejores de nosotros y luego no importa nada, lo que queremos es salir con el título. Finalmente, hay 35 de ellos que piensan que tenemos que atender a las necesidades concretas o reales que tenemos. Eso me parece un punto de partida importante, implica cambios sociales en la posición y son los que nosotros tenemos que ir alentando.

En la facultad de medicina sólo trabaja el 35% de los estudiantes, el resto no lo hace y se los ve bastante bien alimentados, así que alguien los debe mantener. Por eso la ficción del ingreso irrestricto para permitir el acceso a las clases más humildes yo creo que es una mentira ya que las clases humildes no pudieron ni llegar al secundario. No nos engañemos con esto. Lo que estamos favoreciendo con esto es a la gente menos capacitada de las clases ricas o medias. Pero centrar el problema en el ingreso es otra mentira porque decir que la facultad chica va a ser necesariamente buena es mentira. Las cifras que nosotros tenemos son cifras de la facultad chica y mala, pero es un desafío muy grande tratar de hacer una facultad grande y buena porque hay pocas experiencias en el mundo de eso, y por otro lado tendríamos que resolver si es necesario o no. No creo que diciendo todo esto y hablando por la TV la sociedad va a cambiar; tenemos que empezar a plantear estas dificultades concretas, lograr un consenso para tomar medidas.

Porque me he dado cuenta que durante estos años ha habido mucho debate, mucha discusión, y todo sigue igual. Por esto me parece que tenemos que ir avanzando en algunas medidas concretas en ese sentido.

El problema de la especialización, que también se citó aquí, es tremendo. Yo creo que eso se está alentando de manera feroz y tenemos que hacer lo posible para cambiarlo. Una de las ideas concretas que estamos desarrollando desde la facultad es tratar de recuperar la idea de la Unidad Hospitalaria, que no es algo nuevo, y se había perdido. La idea de hospital como centro, en el que se formaban los estudiantes durante todo el período que pasaban en él se fue perdiendo porque los profesores vieron amenazado su poder; en las reuniones que yo tengo siempre se habla de hospitales periféricos y yo me pregunto periferia de qué centro. Pero lo más curioso es que los hospitales así llamados periféricos son los que usan ese mismo lenguaje, vale decir que hay una sumisión total. Tratar de cam-

biar esa actitud me parece muy importante y por eso estamos haciendo un gran esfuerzo para modificar esto volviendo otra vez a la idea de unidad hospitalaria como centro educativo integral.

Uno de mis visitantes me decía que lejos están aquellas épocas en las que venía el profesor con su listita, y temerosos atrás los alumnos que venían aquí a rendir exámen. Eso da una idea de lo que es la sumisión a ese modelo de un poder central y poderes periféricos delegados que hacen algunas cosas y otras no; deben venir acá para el control. Bueno, creo que tratar de destruir eso es importantísimo.

El intento que estamos haciendo es muy modesto porque es muy poco lo que se puede hacer bruscamente en una estructura tan compleja como ésta; lo que intento es cambiar el estilo y muchas de las cosas que se hacen son ex-profeso para tratar de marcar ese cambio de estilo dentro del estrecho margen que permiten las condiciones en las que tenemos que movernos. Porque uno de los valores fundamentales también es durar y creo que también debe ser conjugado ya que muchas de las cosas que se están haciendo pueden inducir a cambios más profundos más adelante. Sería mucho más sencillo irse pero me parece que la continuidad institucional es trascendental y por eso muchas veces hay que hacer muchos sacrificios en aras de ese valor.

Coordinador: —Le vamos a pedir al Dr. Vidal que cierre esta parte de la mesa y que nos cuente un poco su experiencia como funcionario internacional en relación al problema que estamos tratando.

Dr. Vidal: —En primer lugar quiero agradecer a los organizadores de estas jornadas la posibilidad de estar con Uds.

En realidad todos los puntos se han tocado y si quiero hablar de América Latina esto va a ser mal de muchos consuelo de tontos, pero quisiera comenzar preguntando por qué se habla aquí de contradicción. Yo no creo que haya contradicción ya que el personal de salud que se forma en América Latina responde al modelo prestador preexistente, entonces no existe tal contradicción; ésta nace en el momento en que algunos se hacen la pregunta de cuál es el recurso humano que necesitamos y el que generalmente está dentro del sistema. Hay una frase que se acuña que es “la sociedad en su conjunto”; ¿qué cosa es la sociedad en su conjunto? ¿cuáles son los grupos sociales que están incorporados dentro de esta frase? Antes se decía “las fuerzas vivas”, ahora se dice “la sociedad en su conjunto”. Es una forma de ir limitando una serie de aspectos y la pregunta sobre cual es el recurso humano que necesitamos se hace en el interior del sistema y lógicamente empieza la reproducción del recurso que ya se viene formando porque nadie quiere perder identidad, lo cual es un serio problema ya que involucra a la propia persona humana.

En América Latina pasa casi exactamente lo mismo, no voy a decir exactamente, pero casi, porque en los países de economía centralizada o los que han tomado el camino del socialismo, la formación de recursos humanos está muy ligada al tipo de modelo que tiene que ver con lo que se quiere realizar, que se ha planteado para lograr aquello que se dice en forma permanente, y es ¿cuál es la base de la estrategia de la APS? Acá me dicen que vamos a hacer programas de APS o vamos a mandar a la gente a lugares donde se ejecuta la APS. Ese es uno de los aspectos más críticos para nuestra propia organización. A mí me cuesta mucho trabajo hablar como representante de la organización, debo ser una persona moderada y no criticar mi propia organización pero es uno de los puntos más críticos en ella no haber permeado lo suficiente un criterio o una propuesta o una estrategia como es la de APS. Estoy hablando de estrategia y no de programas. Esta estrategia de APS es el punto principal y el que marca todo es la búsqueda de la equidad. Y esto se puede resumir en darle a cada uno lo que necesita en el momento más oportuno y de la calidad requerida. Entonces, eso es la APS. ¡No pueden haber programas de APS! Toda la atención de la salud es APS si uno la busca a través de la equidad. Lo que pasa es que es muy difícil conseguir esta equidad porque hay que hacer muchos cambios estructurales más profundos para conseguirla. Entonces se pasa por encima de ella y se va a la búsqueda de la eficiencia, de la eficacia, de la llamada participación comunitaria, etc. que son componentes del enfoque fundamental de la estrategia de APS que es la búsqueda de la equidad.

Si nosotros pensamos que esto es lo fundamental la formación del recurso humano tiene que estar (me gusta más llamarlo la formación del personal de salud) en función directa de las necesidades de la población en su conjunto, de la búsqueda de la equidad para las necesidades de la población.

Para esto no sólo existe la posibilidad de crear un nuevo currículum, de hacer experiencias que nos lleven a un cambio en la actitud de la persona, sino que definitivamente la Universidad y todos los que están dedicados a la formación de profesionales en salud tienen que participar de alguna manera en el cambio del modelo prestador que esta búsqueda de equidad requiere.

Si no se trata de que este modelo prestador cambie, es muy difícil que los cambios que se hacen en el plan curricular puedan tener alguna trascendencia. Yo estoy de acuerdo con Testa cuando él habla de la importación de todos los modelos y los aplicamos en forma permanente y no lo hacemos exclusivamente porque vienen de afuera sino porque es parte de nuestro proceso cultural.

También coincido con lo de la práctica hegemónica. Hace más de 15 años de esto, inclusive se trató de ver que hasta la propia práctica preventiva, como parte del currículum, había sido un fracaso y los 20 años de medicina preventiva que había en esa época no habían servido para nada debido a que se habían separado

de la realidad. Entonces nos planteamos lo de la práctica hegemónica en relación con el proceso de enseñanza. Han pasado 15 años y seguimos en esta misma discusión.

¿Cuál es la participación de la Universidad? Directamente a través de su protesta, a través de su crítica, de su participación directa y de los cambios en el modelo prestador que traten de buscar la equidad en un determinado país.

Esto sucede en todos los países de América Latina. En los países más desarrollados de nuestra América como USA o Canadá, tampoco existe la contradicción porque el personal de salud se forma para el modelo prestador que existe en esos países. Pero al importar los sistemas para aplicarlos aquí aparentemente se da una contradicción y digo aparentemente porque el modelo prestador también es copia o quiere serlo, de esos países desarrollados. Uds. dirán que no llegamos a tener nunca ese tipo de modelos, pero a eso queremos tender, a modelos en los cuales la búsqueda de la equidad no es su principal aspecto.

Darle a todos en el momento oportuno, la calidad que se requiere no es un problema del modelo prestador en esos países, allí se responde a través de otra situación.

Ustedes preguntarán ¿cuál ha sido durante todo este tiempo el papel de un organismo internacional como el de ustedes? Les digo que los que hemos trabajado en recursos humanos durante muchos años, en la organización, (y yo soy uno de ellos que vengo de esa mafia de recursos humanos que creo que ahora están hablando de que está adueñada de la organización, antes decían que era la mafia de los sanitaristas, ahora que es la de recursos humanos y se mete en los negocios de la prestación de los servicios de salud o sea en el aspecto fundamental del modelo prestador, decía que hemos trabajado muchos años en este campo y nos hemos encontrado con el rechazo de la mayoría de gobiernos de la América de ese momento.

La universidad era la universidad que contestaba, la universidad problema, y para la organización era prácticamente imposible entrar a la universidad, porque como somos un organismo intergubernamental tenemos que participar a través del gobierno y entrar a la universidad era prácticamente imposible, dentro de los gobiernos de hace muy poco, en América Latina. Pero se produce una apertura y se puede entrar a la universidad y a trabajar formalmente, pero la realidad es que en el interior de la universidad es donde está la parte más conflictiva del problema, lo más tradicional, lo menos de avanzada está dentro de la propia universidad entonces la crítica de estos aspectos y su discusión trae inmediatamente la creencia de que se está volviendo ideológico el problema. Puede ser que así sea, pero no puede ser que dentro de la universidad que debería ser el ámbito de crítica se encuentre uno con lo contrario, con un ámbito de conservadurismo, de mantener las cosas como si fueran parte de este sentimiento del statu-quo, y

conste que no estoy hablando de la universidad argentina sino americana. Nos encontramos entonces con qué, o trabajamos con los modelos prestadores y hacemos toda una crítica y trabajamos también directamente con las poblaciones o va a ser muy difícil que los cambios desde la formación del personal de salud tengan una repercusión en esta salud que todos necesitamos.

Todos hemos tocado el problema del futuro, son los médicos, las enfermeras, los asistentes sociales que se van a formar, pero nosotros tenemos un problema de presente: en este momento en América Latina existen más de 3 millones de personas trabajando en los servicios de salud, de los cuales aproximadamente 300.000 son médicos y se calcula que en los próximos 3 años se van a duplicar. Este cálculo lo hicimos hace 5 años, cuando había 300.000 estudiantes de medicina. Ustedes saben que cuanto más estudiantes hay, se produce menos pérdida, hay menos posibilidad de evaluación, entonces este número, que se va a duplicar necesita de un proceso de reeducación, si también pensamos en el cambio de modelo prestador. Y estos sí son números mayores que de ninguna manera vamos a enfrentar con los modelos tradicionales de enseñanza. El otro día, cuando el decano estaba en TV, lo oí un ratito porque antes estaba un programa de Chabuca Granda que me gustó mucho más. Allí se hablaba de la universidad en crisis y yo creo que, fundamentalmente el problema no es que la universidad esté en crisis, sino que las formas de responder ante las propuestas que se le hacen son las mismas, que quieren repetir de otros tiempos y la cuestión no es que tenga muchos o pocos alumnos. Las formas de responder de la universidad no han cambiado. Pero cuando tratamos con 3 millones de personas, no estamos dando educación permanente o continuada si creemos que lo que se está haciendo a través de las sociedades científicas en la mayoría de los países latinoamericanos es una respuesta válida, para los médicos. Yo no creo que lo sea. Esto tiene que tener como base la transformación del trabajo y la educación permanente debe estar orientada para esa transformación, para mejorar la calidad de conocimiento del individuo no por el conocimiento en sí mismo, sino como elemento transformador del trabajo. Eso no lo van a poder dar aquellos que quieren mantener la posibilidad del manejo de una superspecialidad.

O sea que el presente mismo es un problema y lo tratamos de acordar a través de estos programas de educación permanente pero luchando contra todo aquello que ya está hecho. Si hablamos de educación continuada, nos enseñan unos libros enormes sobre todos los programas de enseñanza de sociedades científicas, de los propios centros de formación, de las universidades, etc. y se dice que eso es educación continuada, aquí está, lo cual no es cierto. Esa es una forma de mejorar el conocimiento del individuo poniéndolo al día. No hay iniciativa personal. El individuo no lee sino que hay alguien que le recita un curso rápido sobre alguna novedad.

Yo quiero plantear los problemas tanto para el futuro como también y mucho, para el presente. La cantidad de personas que necesitan capacitación es muy grande. Si pensamos solamente en el problema de enfermería a nivel de los servicios hospitalarios y de salud, hay una gran masa de gente sin formación y que requiere de una capacitación ya que están realizando un trabajo. No se puede dejar de lado a esa persona. No es cuestión de formar nuevos bien formados y sacar a los anteriores que creo que ganaron un espacio y tienen derecho a una formación.

También creo que no puede haber sólo una propuesta educacional que no va a traer ningún cambio sino que va a entusiasmar a la gente en su período de estudio y luego en el momento de inserción laboral, no le va a ser útil lo aprendido. Yo creo que la propuesta más clara es que tenemos que trabajar en conjunto y que la universidad tiene que participar directamente en los cambios de un modelo prestador que esté basado fundamentalmente en la estrategia de APS como búsqueda de equidad.

Yo sé que no está de moda en este momento el Estado de Bienestar, yo sé que se está buscando la desigualdad entre los iguales, que se está buscando una serie de formas nuevas de pensar, que en las políticas sociales tiene que haber otra forma de respuesta, pero debemos analizar si todas estas no son propuestas que se alejan cada vez de la búsqueda de equidad.

Alguien dijo que no era un delito formarse mal y atender peor y yo creo que sí, que es delito social, que va a en contra de la sociedad. Algún día la sociedad nos va a tener que reclamar esto, esta imposibilidad de poder hacer suficiente presión como para que el cambio se produzca.

Los esfuerzos que se están haciendo dentro de América Latina son muchos, la formación en Salud Pública, aquellas cosas que dejaban hablar a los sanitaristas clásicos, yo creo que eso está cambiando mucho. Se está en una búsqueda de un conocimiento mucho más global sobre los aspectos políticos, más generales que sobre los aspectos puntuales de ese mar de conocimientos sin profundidad que se daba antes en las escuelas de salud pública, pero que quisiéramos que se recuperara porque es necesario también un liderazgo dentro del sector salud que tenga estos componentes. No se los puede dejar de lado y por esto es que también es un esfuerzo grande que en América Latina se está haciendo al respecto.

Se abre el debate y las preguntas del público:

Público: Pregunta inaudible

Dr. Mario Testa: —En este caso esos médicos habían sido partícipes de la tortura de ciudadanos que, por equis razón, habían sido sometidos a este control por ser esos desviados sociales que esta sociedad ha calificado como subversivos. Es

otra clase de enfermedad en la cual los médicos participaron también. Este problema es una determinación externa de la práctica. Yo creo que en la búsqueda de equidad que mencionaba Vidal o en la búsqueda de transformaciones que mencionaba J. Etcheverry en esta facultad este problema tiene que estar presente para que no nos ocurra que estas determinaciones externas sigan siendo determinaciones totalmente inconscientes, para que no sigamos formando médicos que sean colaboradores con la tortura. Este es el ejemplo más terrible que ha ocurrido en nuestro país y hay otros. Hay otras formas en que esta determinación externa de las prácticas adquiere una significación muy particular y yo mencioné los intereses comerciales por ganar dinero que forman parte también de esta determinación externa de la práctica. Yo dije que el Sr. Rockefeller cuando estimulaba los estudios de malariología, no lo hacía para curar a los enfermos de malaria sino que lo hacía para extraer beneficios de la explotación petrolera. Este es un caso también claro de determinación externa de las prácticas. Entonces tiene que entenderse que esta función social no debería quedar fuera totalmente de nuestro control sobre los procesos de formación.

Lic. Elías: —Llega una nota que dice: “Los antecedentes de la actual carrera de trabajo social no deben obviar la formación de trabajadores sociales en la década del 60 en un intento de unir la formación con la práctica a través de la integración con los organismos oficiales prestadores de atención, diluyendo así el aislamiento que sufrió y sigue padeciendo la universidad. No es casual que se vuelva a la denominación trabajo social, que fue ignorada por más de dos décadas”.

Me parece ampliatorio y acuerdo con ello. Yo hablé de la universidad en general y no quise entrar en otro tipo de organismos de corte privado o religioso pero agradezco este aporte.

También hay una pregunta que está dirigida tanto a la Lic. Daneri como a mí y que dice:

“En el marco del perfil necesario del recurso humano para nuestro país y que ustedes han señalado, la primer pregunta sería: ¿A qué necesidades debería servir la práctica comunitaria de los estudiantes, tanto de enfermería como de trabajo social y por qué?”

Respecto del trabajo social y teniendo en cuenta la historia que nos acompaña como formación práctica, yo entiendo que el estudiantado debe ser incluido como elemento adicional al servicio. Cuando lo hablamos de entrecasa, decimos que el alumno no debe ser el “che, pibe” de un servicio o aquél que amplía el personal de asistencia. Por otro lado entiendo que sus actividades de adiestramiento y de formación deben, en lo posible, estar basadas en su participación activa en el trabajo.

Lic. Daneri: —Pregunta ¿a qué necesidades deber servir la práctica comunitaria de los estudiantes? La práctica del estudiante deber servir para el aprendizaje. Yo no puedo plantear ninguna experiencia educativa que no esté centrada en el aprendizaje del alumno; si concomitantemente el estudiante aporta algo al servicio es estupendo pero el estudiante tiene que tener dónde y con quién aprender.

El método de aprendizaje todavía sigue siendo el ensayo y el error pero uno tiene que proteger de riesgos a la comunidad por esto es que lo mejor es tratar de insertarse en lugares en los que existe una programación de actividades en la cual los alumnos, pasando por los distintos niveles de complejidad en los distintos años se integren al equipo de trabajo.

Lic. Elías: —La segunda parte de la pregunta dice: ¿Cómo implementarían esas prácticas en comunidades en las que hay instituciones de salud, que tienen un equipo de salud, una historia y un proyecto?

Yo entiendo que esta práctica deber darse integrada a este equipo y a este proyecto de trabajo, y rescatando y conociendo la historia que ese equipo tiene.

De ninguna manera creo que la integración de estudiantes debe darse en una fractura del proyecto existente. Esto no quiere decir que no suceda; en la historia de los últimos años de la universidad y de los trabajadores sociales, por la presencia de prácticas deficientes, (no por la práctica en sí misma sino por la carencia de una explicitación del proyecto de trabajo) se dieron estas fracturas y lo que sucede es que el alumno se frustra y termina su práctica con mucha crítica y poco aprendizaje. La otra parte de la pregunta dice: ¿Cuál sería la estrategia fundamental a tener en cuenta en este caso particular?

No me queda claro respecto de la estrategia fundamental si se refiere a la integración de la inserción del estudiantado o a la estrategia respecto del trabajo a llevar adelante. En el primer caso creo que debe respetar la historia, el proyecto y la práctica que viene recogiendo, como dije antes, ese equipo de salud y respecto del trabajo, reitero lo dicho anteriormente, en torno a que el alumno debe ir al centro de práctica a aprender, es decir a entrenar conocimientos, habilidades y destrezas. No la incorporación de conocimientos sólo desde un punto de vista teórico.

Lic. Daneri: —La inserción de un estudiante en un equipo de salud es entrar en el mismo.

Hay que ver a qué nivel está organizado ese equipo, pero yo hablo de un nivel operativo, del que presta directamente un servicio, en donde hay una cierta cantidad de profesionales, que actúan interdisciplinariamente y toman decisiones de conjunto. Entonces el alumno debe insertarse en esos lugares y ese grupo tie-

ne que tener alguna participación en la formación previa, una participación directa en la formación práctica y una participación en la forma de evaluación. Lo que sí tiene que tener presente ese equipo de trabajo que ofrece la experiencia de aprendizaje, es la confrontación de la práctica con el encuadre teórico. No puede hacer sólo una práctica.

Coordinador: —Propongo que cada uno de los participantes vaya contestando algunas de las preguntas que recibí. Damos la palabra al Dr. Vidal.

Dr. Vidal: —¿Cuándo se habla de APS se dice que es medicina para pobres? Yo creí que esto estaba ya superado, pero definitivamente cuando hablo de que la base de la estrategia de la APS es la búsqueda de la equidad no puede ser una medicina para pobres o una medicina de segunda para los más pobres, ni tampoco está única y exclusivamente localizada en el primer nivel de atención, ni en el trabajo comunitario. La APS, en su búsqueda de equidad como punto fundamental, trata de darle a cada uno lo que requiere y en el momento más oportuno y en el lugar en que está y de la calidad mejor posible. Este aspecto, que es el que menos se discute, la búsqueda de equidad, hace que se haya pensado durante mucho tiempo que es una medicina simple, del primer nivel de atención, la puerta de ingreso al sistema, olvidándose del resto. No es un programa simplificado de atención médica o de la salud. APS es una estrategia que busca equidad y dejando como consecuencia que la eficiencia y eficacia tengan un segundo valor en función de esa búsqueda de equidad. Antes se decía de un hospital de menos de 200 camas que no es eficaz, que su costo-beneficio no está bien estudiado; pero si uno busca equidad hay poblaciones en América Latina que requieren hospitales complejos con pocas camas, pero que den una respuesta adecuada a ese tipo de necesidad. Si a esa población que no tiene acceso a la salud y que no tiene vías de comunicación, le vamos a poner un práctico o un agente de salud, eso no es APS. Primero hay que darle a esos individuos la posibilidad del mismo tipo de atención que cualquiera de nosotros puede tener en esta ciudad.

Cuando se dice que la APS baja los costos, esto no es así. En su primer momento va a subir el gasto en salud, el cual no se puede bajar. En este momento el gasto no es lo suficiente como para la búsqueda de equidad, entonces pretender que con un modelo de APS este gasto va a disminuir es pretender un imposible porque cuando se empieza realmente a trabajar en la búsqueda de equidad los gastos suben y los costos también. Y no es que se medicalizó el problema sino que se lo llevó a su verdadera dimensión desde el punto de vista de la búsqueda de equidad. Esto es para mí rechazar totalmente la posibilidad de que APS es una medicina para pobres o que es exclusivamente el primer nivel de atención. Y menos en un país como este que gasta 5.000 millones de dólares en atención de

salud y es el primer país en América Latina en cuanto a gasto per cápita.

El que le sigue gasta aproximadamente el 50% menos, que es Brasil y luego Costa Rica. Entonces, con esos 5.000 millones de dólares debería haber una mayor equidad en cuanto a la atención de la salud.

Hay una segunda pregunta que me preocupa porque dice: **¿Cree Ud. realmente (subrayado) que una corporación como es la médica puede provocar sus propios cambios a través de algunos de sus integrantes?**

El problema es que cuando se habla de la corporación médica se mete allí a todos los médicos. Cuando me preguntan si soy médico, digo que lo fui para evitar que me incorporen dentro de la corporación médica como lo que se entiende que es una corporación. Cuando planteamos la universidad como un todo yo no estoy hablando de la corporación médica, sino de la universidad como estructura, como organismo, como partícipe de la propia comunidad, que participa a través de la investigación, a través de la crítica, esa es la búsqueda de la participación de una institución como la universidad.

Y con respecto a ¿cuáles son las medidas para que la población no médica puede realizar para que la corporación médica cambie? Yo creo que depende del tipo de gobierno que existe. Si hay un gobierno constitucional, con tres poderes hay formas de expresarse a través de ellos si es que realmente es constitucional. En otros países existe el poder popular que tiene mayores posibilidades de acceder a estos cambios. Ahora, qué estamos haciendo nosotros, los organismos internacionales en la búsqueda de esta participación; bueno, es difícil, como le decía porque no podemos imponer sino trabajar junto con la gente para lograr esta participación. En algunos países se ha logrado, en otros se está tratando. Se está tratando de llevar adelante lo que podría ser una Conferencia Nacional de Salud.

Finalmente hay una expresión de felicitación al decano a la cual me uno yo también, pero agregan que lo debería imitar. No lo logro totalmente pero nos hemos abierto a participar en todos estos eventos, lo cual era muy difícil antes por tener una estructura muy rígida de cooperación técnica. Nuestra organización era una respuesta específica al gobierno de turno o a sus solicitudes pero en este momento nos hemos propuesto ser una organización abierta, estamos proponiendo, junto con el gobierno actual, qué es lo que pensamos de la situación de salud en el país. Esto nos trae a participar en todos estos eventos y a auspiciarlos en todos los lugares en los que sea posible. Creo que lo que hace el decano tiene un valor inmenso en cuanto a poner el conocimiento en el tapete pero vamos a tener que trabajar mucho a nivel de otros grupos sociales, no sólo los de la TV, que nos permita que tengan ese conocimiento porque ahora no lo tienen.

Coordinador: Debo transmitir que hay otras felicitaciones para el Dr. Jaim Etcheverry y remarco como final un mensaje, que no es una pregunta, que dice ¡que no decaigan estas inquietudes, que crezcan!

Dr. Jaim Etcheverry: —Todo esto viene bien para la autoestima. Luego hay dos preguntas que voy a juntar. Una dice: “¿qué es un **hospital periférico**? Esa es la misma pregunta que yo hago y que no me queda claro. Bueno, es todo aquello que se considera fuera del radio de acción de lo que se considera como central que es el Olimpo en el cual estamos asentados los profesores. Una segunda pregunta dice: “¿**considera que hay que regionalizar la formación del recurso médico, si es así, en pre o post-grado?**”

Claro que hay que regionalizarla. Ese es parte de un esfuerzo que hay que hacer para que se vaya asumiendo una responsabilidad creciente en educación médica por parte de los distintos efectores de salud que trabajan con nosotros.

Otra pregunta dice: “**ante una propuesta interesante de contacto con los efectores de APS al estudiante de medicina, ¿qué pasa cuando llega a la unidad hospitalaria de un cuarto o quinto año? ¿No cree que en la unidad hospitalaria se estimula sobremedida la superespecialización?**”

Creo que sí, que es un peligro pero es un peligro del sistema de salud. No tenemos otro lugar al cual mandar a los estudiantes y este año tuvimos que ubicar 1.800 en los hospitales.

Hay otra pregunta que dice: “**Ud. habló de un cambio de estilo en el gobierno de la facultad, la Escuela de Salud Pública depende de ella y es un hecho significativo que la actual conducción eliminó las áreas de APS y ciencias sociales. ¿Qué reflexión podría hacer al respecto?**”

Podría hacer muchas reflexiones pero le voy a dar un dato; que ya lo dije al pasar: la Facultad de Medicina está gobernada por un Consejo Directivo que está integrado por 8 profesores, 4 graduados y 4 estudiantes. Esta es la respuesta.

Otra pregunta dice: “**en el país existen muchas zonas de emergencia sanitaria y muchos médicos. El Estado invierte mucho dinero en la formación de recursos humanos, dinero que por otra parte aporta el pueblo con su trabajo diario. ¿No le parece que a esta altura de los acontecimientos la facultad tendría que garantizar la devolución de lo invertido mediante contratos de trabajo en lugares de emergencia sanitaria firmados al ingresar a facultad?**”

Sí, me parece, si estuviéramos en condiciones de hacerlo creo que es una idea muy interesante y en muchos países se hace y creo que el conjunto de las facultades de medicina del país deberían diseñar un sistema de esa índole.

Le pregunta sigue: “**¿no cree que medidas como ésta serían importantes como para paliar en parte las necesidades de la gente y para asustar a aquellos que ingresan a la facultad, pensando que el sistema de salud es una vaca lechera al que creen que van a poder ordeñar?**”

Bien, yo creo que nadie se asusta ya con nada por lo tanto lo veo sí como me-

dida que sirve para paliar las necesidades de la gente en parte, porque si tampoco mejoramos nuestro nivel de formación tal vez les creamos nuevas necesidades, ¿no es cierto?

Una última pregunta dice: “¿es posible capacitar a los estudiantes de las distintas carreras que compondrán al equipo de salud en forma conjunta? ¿Hay experiencias conocidas?”

Creo que es posible pero no es fácil. No quiero entrar a hablar de las corporaciones. No sólo existe la médica, también está la corporación de las enfermeras, las de los kinesiólogos, la de los fonoaudiólogos, de los obstetras. Creo que hay que luchar también contra eso porque si estamos promoviendo la idea de que somos todos integrantes del mismo equipo y que tienen que trabajar en conjunto, creo que damos un pésimo ejemplo, así como damos un pésimo ejemplo al no darle más jerarquía académica o jerarquización de la estructura de conducción a las distintas carreras que se siguen en la facultad, creo que también hacer formaciones independientes va en contra de lo que estamos diciendo.

Creo que sí es importante hacerlo en forma conjunta pero también es importante determinar concretamente qué hacemos y qué buscamos con lo que hacemos porque no se olviden que también todas las profesiones buscan la jerarquización, que va íntimamente unida al tiempo porque parece que cuanto más tiempo duran los estudios, más jerarquizados son y así vemos disciplinas que, extienden la duración de los estudios y ahora prácticamente todas duran lo mismo y todas se tocan. Sin ánimo de ofender a nadie supongamos que aquí se enseña albañilería y se le jerarquiza si al albañil o al médico se le enseña a poner los ladrillos y luego a hacer el revoque. Eso parece poco porque lleva poco tiempo: tiene que llevar más tiempo. Entonces, ¿qué podemos enseñarles? Por ejemplo historia comparada de la albañilería en la Edad Contemporánea. Entonces eso es lo que, de alguna manera, está destruyendo el sistema. Qué dicen los políticos, los dirigentes universitarios: carreras cortas, ¡salidas laborales! Pero cuando aprueban los planes de estudio deben detenerse a verlos. Tienen mucha historia porque parece que eso es importante, historia en el país, en L. América, en el mundo, o sea que para aumentar siempre hay tiempo. Esa es una idea muy errónea y que hacemos muy poco para combatir, la idea de que la jerarquización se da con el tiempo. Creo que es un error garrafal y tal vez estamos desalentando a mucha gente que seguiría estas carreras si nosotros los indujeramos a hacerlo en condiciones que rápidamente les permitieran salir con un título laboral como creo que en algunas se podría producir.

Coordinador: —Tomaré dos o tres preguntas que admiten respuestas cortas:

“¿Cómo se entiende que se otorgue el título de especialista realizando un curso superior universitario y que no ocurra lo mismo luego de hacer la re-

sidencia?" A esto quiero decirles que está en marcha una modificación de la ley 17.132 del ejercicio profesional que ya tiene media sanción de la cámara de Diputados y que apunta a reconocer como uno de los caminos para acceder al título de especialista la residencia médica.

Dr. Jaim Etcheverry: —Allí se habla de los cursos de la facultad, de los cursos superiores universitarios. A mí me parece que dar el título de especialista luego de cursos en los que se dan clases es una irresponsabilidad total, de modo tal que hemos intentado modificar esa reglamentación para exigir mayor actividad práctica.

Pero qué es lo que va a salir de esto, está por verse, porque los intereses otra vez empiezan a surgir y es muy difícil llevar a la práctica la idea con la que se hizo esa reglamentación. Yo también pienso que si estamos promoviendo el sistema de residencias como sistema de formación, qué mejor especialista que alguien a quien le hemos hecho hacer tres años o cuatro, que ha trabajado concretamente, porque esos sí trabajan, los otros hablan.

Coordinador: La segunda pregunta dice: “¿Existe un diagnóstico de situación a nivel nacional acerca de necesidades y recursos de salud de que se dispone; número, distribución calidad, etc?”

Podemos dar como referencias algunos lugares en los cuales recabar esta información a la persona interesada: uno puede ser la Dirección Nacional de Recursos Humanos, en Defensa 120, 4º p. Of. 4008; el otro puede ser la Dirección General de Atención Médica de la Municipalidad de Buenos Aires, Carlos Pellegrini 312, piso 12.

La tercera pregunta dice: “Según lo expresado por el Dr. Vidal para transformar la formación del recurso humano es necesario transformar el sistema de prestación al cual está adaptado, entonces, ¿no creen Uds. que para modificar ese sistema dependiente que impera es necesario producir una transformación ideológica y política de todo el sistema funcionante?”

Creo que puedo interpretar el sentir de la mesa si intento formular una respuesta, que es sí.

Lic. Elías: —Una pregunta también dirigida a la Lic. Daneri: “¿Cuales son las dificultades que encuentran los profesionales que Uds. representan, trabajadoras sociales y enfermeras, en el trabajo en equipo con médicos?”

Lic. Daneri: —Para mí es la diferencia de formación. Hay una orientación bastante diferente entre la formación de las enfermeras y la de los médicos que radica fundamentalmente en el contacto directo con las personas y en el énfasis que se pone en la relación humana. La enfermera muy precozmente comienza con la

atención de las personas directamente; durante el segundo semestre de la carrera y con prestaciones directas lo cual promueve una influencia de tipo humanístico centrado en la persona para la atención. Este es un código que no se comparte; esto es lo primero que aparece, y como resultado de una formación separada (Uds. preguntaban recién si no deberían formarse juntos y creo que sí). Otro problema que aparece es un prestigio diferencial dentro de la estructura de salud que es adjudicado y asumido.

Lic. Elías: —A lo que plantea la Lic. Daneri yo quisiera agregar que nosotros como carrera por arrastre tenemos un rol asignado que es ocuparnos de evaluar lo social. Esta sería una de las principales dificultades pero, para no hablar siempre de dificultades creo que en el presente estamos tratando de cambiar este aspecto para poder ser promotores y acompañadores.

Hay otras dos preguntas: **“¿Cómo ve la inserción del trabajador social en el equipo de salud? Dificultades y logros.”**

La otra pregunta dice: **“¿Cuál es la inserción del trabajador social en el equipo de salud dentro de la APS?”**

Con respecto a la primera pregunta sobre la inserción creo que no se puede hacer un planteo global y generalizador. Creo que hay inserciones más difíciles que otras, pero en la medida en que intentamos poner un marco teórico más firme y amplio podemos integrarnos en condiciones de igualdad.

Respecto de la APS, ésta ofrece al trabajador social un marco que permite avanzar desde allí como plataforma de trabajo en tanto este planteo de equidad que hacía el Dr. Vidal, este otro elemento de participación comunitaria y todo lo que apunte a la organización. Estas son cuestiones bastante centrales en las que creo que el trabajador social puede estar habilitado, en la medida en que la formación universitaria aporte reflexión y práctica sobre estos aspectos.

Hay otra pregunta que dice: **“¿Cómo considera Ud. que deber ser el perfil del trabajador social?”**

Pienso que debe responder a la realidad de este país en el que vivimos, que tiene una marcada injusticia social y que debe responder a este rol de promotor y de acompañador.

Otra pregunta dice: **“¿No le parece que debería existir un sola curricula para el ejercicio de la profesión?”**

Creo que sería bueno aunque no tengo un juicio formado al respecto pero sí creo que tendría haber un cierto control respecto al surgimiento de escuelas, escuelas y organizaciones que dan el título del Trabajador Social o Licenciado en Asistencia Social y que en los años de la dictadura han proliferado enormemente.

La última pregunta dice: **“¿Se podría ampliar la orientación del nuevo programa para la carrera?”**

Entiendo que sí, es un programa que recién se va a poner en práctica este año. Tomando lo que decía el Dr. Etcheverry creo que, de alguna manera tendió a alargar la carrera. Hay que ponerlo en práctica y de allí en más hacer los ajustes. Tendríamos que sí incluir más aspectos referidos al tema salud ya que este nuevo programa no lo incluye. Me refiero a la salud vista desde las ciencias sociales, no la salud como la veníamos viendo desde el modelo hegemónico que establecía la medicina para nosotros. Creo que es una cuestión de práctica de debate y de análisis.

Lic. Daneri: —“¿Qué hace la universidad para capacitar esa gran masa de enfermeras sin formación que hoy ocupan un espacio en el sistema?” Esta pregunta se relaciona con otra que dice: “¿En cuánto a facilitar, se ha pensado en medidas poco tradicionales como por ejemplo el ingreso sin requisitos por cinco años, reconocer años de práctica, lo que de ninguna manera significa bajar el nivel. Algunos podrían, otros no?”

Bueno, tenemos que considerar que la Escuela de Enfermería de la Universidad no es la única que constituye el sistema formador de enfermeras en el ámbito de la Capital Federal y en el resto del país. En Capital Federal nos acompañan 12 escuelas más de enfermería que están tanto en el sub-sistema privado como en el público.

El censo de 1980 reveló que prácticamente el 80% del personal de los servicios de salud tiene algún tipo de capacitación. La Capital Federal es un lugar privilegiado. Lo que sí afecta son las variables que dependen de la remuneración ya que la gente va a donde mejor le pagan y donde tiene mejores condiciones de trabajo. Si hiciéramos un estudio institucional la distribución del recurso humano tal vez no sea la adecuada.

Con respecto a la capacitación con programas especiales es una propuesta que interesa pero que debería insertarse en un sistema de acreditación de contenidos y de experiencia que fuese avalado por la universidad.

La universidad de Luján tuvo esto antes de su cierre de tal manera que una persona con cualquier grado de escolaridad podía ingresar a ella. Pero para administrarlo tiene que ser aceptado por la universidad y equitativo para todos.

Hay otra pregunta que dice: “Por su planteo ¿la formación de la enfermera es mecánica, tiene que mirar y copiar? ¿Cuál es el juicio crítico del estudiante, no es esto reforzar un modelo hegemónico?”

Yo creo que se interpretó mal porque cuando hablé de curriculum hablé de una amplitud de experiencias y focalicé en una porque no me pareció que era el momento de hablar del desarrollo curricular de la enfermera. Sin embargo si yo le entrego a un estudiante en un aula un listado de procedimientos de como se coloca un inyectable y lo mando a la sala, sólo... Tiene que ver que alguien lo

haga, hay que copiar. Este es un aspecto fundamental, el poder copiar procedimientos para saber hacerlo bien e imitar actitudes. Todo esto independientemente y concomitantemente con el juicio crítico que tiene el alumno que le permitirá discriminar. El problema se plantea cuando existe diversidad de modelos a imitar y cuando estos modelos no son de la calidad esperada. Pero esta es la metodología.

Hay otra pregunta que dice: **“En la relación mercado/salud se planteó al egresado médico como determinante de las características de ese mercado: desigualdad, elitismo, competencia. ¿No se están invirtiendo los términos? ¿No es el mercado de salud preexistente y determinante del lugar que ocupa?”**

Aquí es como la cuestión del huevo o la gallina; será cuestión de ponerse a discutir. Llega un momento en que es un círculo vicioso y a dónde se llega, no se sabe. Al reproducirlo lo recrea, la situación se multiplica.

Otra pregunta dice: **“Homogeneizar el mercado es confuso pues hay quienes son los dueños de los puestos y fijan las reglas y muchas veces no son médicos y otros con mayores o menores comodidades son asalariados, médicos o enfermeras que se ubican allí como pueden”.**

No sé lo que es homogeneizar, pero de todas maneras el mercado o el sistema es así: hay quienes son dueños y hay quienes no lo son. El problema es que el modelo de aspiración es llegar a ser el dueño. Nada más que todos no pueden llegar a serlo.

Coordinador: —Es interesante la reflexión que hace el autor de esta pregunta que dice:

“El título de esta mesa está en plural de la primera persona, ¿no creen necesario aclarar quiénes somos nosotros? ¿Una corporación, un país, una clase social? Porque según desde donde se hable se tendrán distintas necesidades por resolver y se programará la formación de profesionales que resuelven esos problemas.”

Obviamente esta primera parte de la pregunta admite una respuesta. Este encuentro no es un congreso con distintos temas centrales. Tiene un nombre claro: Segundas Jornadas de APS. El nosotros está definido desde allí. Los que están aquí lo están por un interés común; si bien hay distintas profesiones, lo que convoca es un objetivo similar y en ese sentido creo que el nosotros queda aclarado desde el vamos.

La segunda parte de la pregunta dice: **“¿no creen que hay que plantearse la formación de profesionales que se adapten al sistema o formar profesionales que aporten desde su especificidad a la contribución de una ciencia y una práctica para la modificación de este sistema económico social que determi-**

na y condiciona las formas de atender a la salud?"

Obviamente la primera parte contesta la segunda. El nosotros apunta a una serie de objetivos comunes; cada uno aportará desde su práctica aquello en lo que pueden haberse desarrollado sus inquietudes y de esa manera conformar un modelo común de trabajo interdisciplinario. Pero aquí no hay otro tema de discusión que no sea este.

Dr. Testa: —La pregunta dice: “A mi juicio el médico general es un pilar fundamental para desarrollar la estrategia de la APS. ¿Quiero saber si comparte esa opinión y, si es así, cómo le parece que se lo podía jerarquizar ante la creciente valorización de la especialidad que influye en gran manera en la formación del recurso humano del pre y post-grado?”

A mí me parece que esta defensa que se hace acá del médico general es en términos generales correcta. Pero el problema excede un poco a esta antinomia entre médicos especialistas y generalistas. Es un problema, como lo planteó muy bien Vidal, de índole más global, de qué estrategia se sigue para esta búsqueda de equidad. Acá hay problemas de tipo organizativos que admiten diversas soluciones y en distintos países en los cuales la APS funciona bien estas soluciones han sido de distinto tipo. Pongo un ejemplo: APS incluye un primer nivel de atención. Ese primer nivel, que funciona como puerta de entrada al conjunto del sistema prestador de salud puede resolverse de varias maneras: puede resolverse con un médico general, que atiende todo y que resuelve algunos de los problemas y que deriva otros a otros niveles de atención. Ese nivel de atención se puede resolver a través de lo que en algunos países se llama el “triaje”, es decir que el médico no resuelve ningún problema pero decide a quién tiene que enviar al paciente que le toca. Se puede resolver de otra manera, como lo ha hecho en algún momento Cuba, que en el primer nivel de atención había cuatro especialistas: un pediatra, un clínico, un cirujano y un tocoginecólogo. El paciente, entonces, espontáneamente acudía a una de estas cuatro divisiones según le parecía que le correspondía. De manera que no hay una única respuesta sino variantes de ella. Lo fundamental es que este primer nivel de atención no se debe resolver por la vía de disminuir la calidad del primer nivel de atención porque el costo de hacer una mala atención en ese primer momento es grave, se pueden cometer errores muy severos de diagnóstico, de tratamiento o de orientación y todo esto es costoso para el sistema y para el paciente. Lo que no se puede admitir, entonces, es una disminución de la calidad y una atención realizada por gente sin experiencia. Es un error que este primer nivel de atención sea cubierto por estudiantes o por recién graduados con una experiencia muy limitada. Esto de que el estudiante tiene que ir a hacer sus primeras armas a lugares que están aislados de apoyo es un error fundamental; el estudiante tiene que estar protegido por el acceso a

un consejo en el momento en que lo requiere y a una supervisión permanente. Entonces mandarlo lejos porque tiene menor poder, porque es un recién graduado es un error fundamental.

Quiero agregar otra cosa con respecto a lo que se está discutiendo y que tiene que ver con esto que es esta cuestión del equipo de salud, esta articulación de distintas capacidades profesionales que enfrentan un problema común.

Es necesario mencionar un aporte que tiene que ver con que todas las ideas que se han planteado y que tienden a solucionar los problemas que se han nombrado acá parten de una cuestión fundamental y que es la superación del individualismo; este es un hecho clave porque lo que se llama muchas veces equipo de salud no es un equipo ni nada que se le parezca, es una organización rígidamente burocrática donde el médico sigue siendo el personaje dominante y todos los demás son ayudantes del médico. Esto es lo que jamás deber ser un equipo.

Un equipo se constituye a partir de que cada uno de sus miembros aporta su parte individualmente su capacidad para el manejo de las situaciones que se presentan. Hay una cosa que define la capacidad del médico, si es que los médicos tenemos alguna capacidad, a veces lo dudo, y también otras capacidades que están en manos de los otros personajes que conforman el equipo; no se puede funcionar con un jefe de equipo que sea el mismo en todas las circunstancias porque no puede ser que entre los cuidados permanentes que requiere un paciente el médico sea el jefe porque precisamente no hace cuidados permanentes de los pacientes. En consecuencia el proceso de trabajo que se define para el equipo tiene que ser el que define quien toma la "jefatura" por decirlo de alguna forma o quien toma la conducción en cada momento de los problemas que se intentan resolver. De lo contrario no se cuenta con un equipo sino con una rígida organización burocrática, tan cara para los países capitalistas.

Lic. Elías: —Quiero agregar a esto que dice el Dr. Testa que además de que tome la conducción quien tenga más capacidad en determinado momento para determinado problema, creo que esas capacidades deben ir siendo compartidas en una construcción y en un camino, si no, seguimos siendo individualidades.

Dr. Jaim Etcheverry: —Creo que estamos dando algunos pasos en ese sentido. Hasta ahora la facultad pocas veces se había acercado así que me parece interesante seguir en ese camino. No me parece una relación fácil. Anecdóticamente el título de este panel se me ocurrió a mí, no para esta mesa sino para una reunión que hicimos el año pasado tratando de invitar a la gente del área salud de la municipalidad, de nación, para empezar a discutir una serie de problemas en común. Algunos de los que están aquí presentes estuvieron en esa reunión que fue muy interesante y el problema era que parecía que nadie era representativo de nada y

todos tenían que ir a consultar con sus superiores a ver como teníamos que seguir.

Rápidamente la invadió un virus que está muy presente entre nosotros que es el virus del "piripipismo". ¡Yo me he vuelto muy hipersensible a eso! Será la desesperación de los que se les acaba el tiempo y quieren hacer cosas. Eso lo debíamos combatir, pero es un camino muy interesante y que en la facultad estamos promoviendo. Nos reunimos con la Confederación Médica, con la OPS, con la municipalidad. Nos parece que es importante profundizar esos distintos caminos como para que la facultad se empiece a vincular y no sea una estructura totalmente aislada del sistema usuario. Inclusive hemos promovido la constitución de una comisión intersectorial para hablar del problema de la formación de recursos humanos o del personal de salud. No hemos tenido mucho éxito pero creo que debemos seguir insistiendo.

Coordinador: Quedan dos preguntas que creo que se pueden agrupar: 1) **Para cambiar al modelo prestador del equipo de salud se requiere democratizar su tarea, ¿ es posible hacerlo a partir de una diferente curricula que exprese las necesidades de la población a atender? ¿No debemos partir de una jerarquización en la retribución para estimular al personal de salud que se necesita?**

2) **¿Qué pautas aconsejan Uds. seguir a los que trabajamos en orientación vocacional para ayudar a los futuros estudiantes en una plena elección acorde con el planteo aquí realizado? Digo en el sentido de que la razón de ser está afuera y no dentro de la facultad.**

Las dos preguntas se refieren al saber en sí y cómo se estructura. El otro aspecto es el tema de la determinación. El Dr. Testa introdujo este tema de las determinaciones externas sobre la ideología de la formación de los recursos humanos y creo que ha quedado suficientemente claro, pero valga la reiteración, es importante tenerlo en claro para concebir como se estructura el saber en salud, no sólo el saber médico sino el saber en salud; qué significa para nosotros. Saber es adquirir determinado discurso; Sábato en un escrito muy lúcido que se llama "Sobre algunos males de la Educación" dice que: "mientras el universo nos deslumbra con su prodigalidad de asombro, los docentes en general se empeñan en inundarnos con certezas que a lo único que contribuyen es a abortar nuestra capacidad de creación y de transformar la realidad".

Creo que todos somos víctimas, no importa de qué profesión provengamos, de este modelo educativo que nos ha enseñado que la realidad es disciplinada y que se comporta de una manera exacta siempre y que esto es aplicable a la salud de los hombres. Voy a robar acá una frase, confieso públicamente, de Aicia Stol-

kiner, que creo que es una de las cosas más lúcidas que he escuchado y que dice "que la necesidad de la interdisciplina es consecuencia de la indisciplina de la realidad". Si podemos aceptar esto tal vez podamos empezar a revisar los conceptos con los que hemos sido formados. Estas certezas con las que nos constituimos médicos y que dicen que el sodio normal es de tanto y que la conducta normal es de otro tanto. Nos aterraría reflexionar sobre el papel que la sociedad nos confiere cuando nos dice que tenemos la autoridad para decidir quien está sano, enfermo, loco o muerto. Esta centralización y omnipotencia del saber es aplicable a cualquiera de las otras disciplinas que conforman lo que llamamos eufemísticamente "trabajadores de la salud".

Cuando hicimos la enumeración de las distintas corporaciones que tienen que ver con esto no fue casual que se nos olvidara la corporación psicológica; mencionamos otras pero esa no. Tal vez uno de los desafíos más apasionantes que nos queda por delante en este camino de la APS sea definir el rol de la salud mental en el desarrollo de esta tarea, en el desarrollo de lo que significa salud-enfermedad en el seno de esta sociedad. No es casual, en ese contexto la denominación de profesionales "para" médicos. En la medida en que sean esto su capacidad estará subordinada a la decisión del supuesto jefe del equipo y todo apuntará a conseguir los resultados que la medicina fija en términos de salud. Entonces salud será el estado de completo bienestar, el equilibrio y es la adaptación. Todo nuestro quehacer estará entonces, desuinado a conseguir seres lo más adaptados posible a la realidad, no seres capaces de transformarla sino seres que sean capaces de adaptarse a las condiciones que el grupo dominante fija.

Este discurso es el que ejercemos cotidianamente; uno está bien cuando está adaptado, no cuando se desadapta, y Uds. saben que asociar bienestar a salud demuestra que hay muchos malestares más saludables que el bienestar.

Otra pregunta que llegó dice: "¿Existe contradicción entre lo que se necesita y se forma?" Yo creo que no existe contradicción: contradicción entre comillas porque la necesidad ya está creada artificialmente ya que la comunidad termina consumiendo lo que nosotros le decimos que tiene que consumir: cualquiera de nosotros creo que no aceptaría de buen grado que el embarazo de su mujer haya sido controlado 9 meses con un centímetro de hule y no con tres ecografías de rutina, aunque sabemos que la información que pueden aportar una y otra como método de screening es exactamente la misma, pero el sistema nos enseñó que la complejidad es buena calidad de medicina.

Entonces hay que consumir lo que el sistema crea que es bueno por lo tanto no hay contradicción en este contexto entre el recurso humano que se está formando y lo que supuestamente se necesita.

"¿El cambio de curriculum tiene que ver con el cambio de modelo? Esto formaba parte de la pregunta. Yo creo que, obviamente no. Son dos cosas de la

misma envergadura; no alcanza con que yo modifique, como decía Jaim hace un momento, la duración de la carrera, los contenidos de la misma si no tengo un modelo capaz de enseñar aquello que estoy tratando de modificar. Y en ese sentido es importante que el sistema nos haya hecho pensar en algún momento que la clave de estas cuestiones podrían tenerlas los sanitaristas, o que esto era patrimonio de los sanitaristas. En realidad esta alternativa, de transformar este ejercicio esta modalidad, en el terreno de trabajo de aquellos que puedan servir de buenos modelos a los estudiantes es mucho más importante que entregarlo en manos de los técnicos.

Con respecto al saber, de nuevo, y vuelvo sobre todo, una vez conformado este saber, ¿es para siempre? Esta es otra alternativa que nos han hecho creer.

La impunidad con la que nos hemos manejado en todos estos años ha sido espeluznante sino de otra manera no puede explicarse que alguien pueda recibirse hoy día en esta casa, retirar su título y no volver a abrir un libro de por vida, sin que esto sea imputable. Insistimos en la necesidad de la reacreditación, lo hemos dicho acá y que debe ser periódica y formar parte de la modificación de esta ideología que nos convierte en semidioses de por vida.

En cuanto a lo que tiene que ver con la orientación vocacional, yo había puntualizado que la sociedad debe decidir lo que necesitamos. Decidir desde la facultad es tarde y aquí se entronca con la cuestión de las orientaciones vocacionales porque lo que la sociedad debe afrontar sin pérdida de tiempo es la discusión global de lo que significa salud y enfermedad.

Es posible que con la participación plena en esta discusión nosotros tengamos que redefinir la medicina, lo que significa ser médico en ese contexto. Dejar de tomar a la medicina como ciencia biológica y tomarla como una ciencia social significa afrontar sin pérdida de tiempo el redescubrimiento de su taxonomía.

En ese contexto, entonces, discutiremos si hay pocos o muchos médicos. Creo que hay muchos médicos y que tienen que incorporarse a un mercado saturado de especialistas, pero que hay pocos médicos si éstos, en diálogo permanente con sus pacientes van a recrear la realidad, van a aceptar que de la nueva percepción conjunta surge la posibilidad transformadora y entonces, sí, hacer del ejercicio cotidiano de la medicina una práctica auténticamente revolucionaria. Antes de cerrar, hay unos compañeros que quieren leer una experiencia. Les damos unos minutos para ello.

Público: —Nosotros somos residentes de medicina general de la Provincia de Buenos Aires y les queremos transmitir la experiencia de nuestra formación y además hacer un pedido a toda la gente que participa de estas jornadas porque, siguiendo con el estilo del panel de hoy, lo que queremos es po-

neros en contacto para tratar de poder realizar este cambio en salud que aparentemente estamos todos de acuerdo.

Nuestra experiencia se da en una residencia que la Provincia creó hace cuatro años que aparentemente no tiene el contenido que le estamos dando ahora. Se pretendía mejorar el mal producto que lanzaba la facultad y por necesidad, debimos replantearnos gran parte de las cosas que se estuvieron mencionando aquí, desde el auditorio y en todas las jornadas.

Tuvimos que hacer un replanteo porque el modelo médico hegemónico, que es el que está vigente en nuestros hospitales, en nuestro sistema de salud nos quería adaptar al sistema. Nosotros, siendo médicos generales vivíamos en la permanente contradicción de que no somos nada. Si no somos especialistas no somos nada. Por otro lado pensábamos en la propuesta que venía del norte, de la medicina familiar que nos decía que somos los médicos familiares como los que hay en Norteamérica, en México y nosotros empezamos a acercarnos a los que más saben, como dice el Dr. Testa. También el Dr. Escudero nos dijo que empezáramos a emplear la sensatez, ya que somos un país dependiente y debemos ser sensatos para todo lo que sea salud.

Comenzamos a replantearnos qué necesidades de salud tiene nuestra comunidad, a tratar de lograr un recurso humano que respondiera a esas necesidades y en eso estamos tratando de trabajar.

En estos años hemos hecho nuestro programa de la residencia, buscamos trabajar en una inserción en la comunidad para la que nos formamos y queríamos transmitirles esta experiencia que se está realizando en la Provincia de Buenos Aires, que tiene su salida laboral actualmente. La facultad no transmite correctamente la idea ya que no prende mucho en la gente.

Queremos transmitirles la necesidad de comunicarnos con todos los que están haciendo algo con nuevas ideas en salud para que se pueda llegar a un aporte mutuo. Nosotros necesitamos de los que tienen experiencia y en general se nos larga muy solos: para los hospitales no servimos, podemos servir para la gente pero no se nos conoce mucho e inclusive, yo creo que es un desafío, hemos intentado nuevas formas de aprendizaje tratando de usar la famosa interdisciplina que nunca se llevó a la práctica por la cual nos arregamos, nos bajamos del pedestal y tratamos de estar en pie de igualdad con todo el mundo; con la comunidad, escuchando, a nivel de todo el equipo. Queremos leerles el perfil del médico generalista y esperamos del aporte de todos y trabajar con los especialistas básicos porque en la estrategia de APS es fundamental que trabajemos absolutamente todos.

Esto que voy a leer surge de una opinión común de residentes que trabajamos en 20 hospitales de la Provincia de Buenos Aires. Ayer nos reunimos

con residentes de otras provincias para cotejar esto y veíamos que el perfil es común.

“El médico general integral es un especialista que surge como respuesta a las necesidades de salud de la comunidad, capacitándose a través de una residencia con técnicas como epidemiología, demografía, saneamiento ambiental, educación para la salud y orientación médico asistencial hacia patologías prevalentes, prevención y promoción de salud. Forma parte de un equipo interdisciplinario que trata al individuo de manera integral y personalizada, teniendo en cuenta su entorno social y sanitario. Este especialista trabaja en el primer nivel de atención es decir en el seno de la comunidad entendiéndose por tal la meta de su accionar y no el punto de partida, asumiendo la tarea de promover y proteger su salud y su derecho a la misma. Prevenir las enfermedades endémicas y prevalentes, diagnosticar y tratar a los individuos que enferman de esa comunidad en forma continuada e integral, organizar y acompañar su paso a través del sistema de salud en caso de que algún tipo de complejidad mayor sea necesaria.

El objetivo del médico generalista es la salud de la comunidad, de la cual forma parte. Para este objetivo, la APS es la estrategia adecuada y de sus componentes la participación comunitaria es la que garantiza la respuesta adecuada del equipo interdisciplinario de salud”.

Coordinador: —Se pueden acercar otras ponencias al micrófono.

Público: —Soy del quipo de Sauzalito. Quería aportar una reflexión sobre lo dicho en la mesa y sobre el hecho de por qué esa contradicción de la que se habla.

Se mencionó la necesidad de la equidad y de que la razón de ser de la universidad está fuera de las aulas, está en la gente, en el pueblo. Yo creo que esa equidad no es sólo en cuanto a los servicios que se prestan, es decir en las consecuencias de la capacitación y formación de las personas sino también en las causas, es decir en los que intervienen en esta capacitación y formación.

Creo que allí habría que hacer una diferencia ya que no es lo mismo capacitación que formación. Para dar un ejemplo muy simple si uno tiene un vehículo y va a una escuela de conductores espera que se lo capacite para conducirlo bien, pero no espera que allí se le diga para qué usar ese vehículo, que finalidades tiene, eso viene de otra parte. Si bien es cierto que en toda capacitación hay algo de formación en tanto es una relación humana yo creo que fundamentalmente la formación tiene que volver a manos del pueblo. El pueblo no puede decir “hemos hecho la universidad, que ellos se

arreglen con ella, con la gente que va allí.

La universidad tiene que capacitar a la gente en lo que se necesita para poder servir al pueblo, pero que todos los profundos valores humanos que esa persona durante mucho años ha de ir elaborando y vivenciando tienen que venir de su comunidad, de su pueblo.

Ayer se mencionó como funcionan en el Chaco los agentes sanitarios y algunas de las cosas que se han logrado, como que hay gente que Salud Pública capacitó pero que sus comunidades ha formado y son ellos los que están haciendo ese trabajo. Nada más.

Coordinador: Agradecemos la presencia de todos ustedes.

UNA PERSPECTIVA MAS AMPLIA SOBRE EL INFORME DE FLEXNER*

HOWARD S. BERLINER

Este trabajo constituye una tentativa para colocar el informe de Flexner de 1910 en una mayor perspectiva de la dinámica de la sociedad americana, en los años que rodearon el vuelco del siglo 19. Contempla la medicina como parte integral de la sociedad afectada por las contradicciones que asedian al mayor grupo social. El Informe de Flexner es considerado como una tentativa de la clase capitalista por mejorar aquellas contradicciones que afectan la medicina. Los eventos que precedieron la publicación del Informe de Flexner, se describen en detalle, discutiéndose algunos problemas con un peso convencional en los orígenes de este Informe. Además, se discute también, el paradigma de la medicina que fuera institucionalizada, con la aceptación e instrumentación de las recomendaciones proveniente de Flexner.

El Informe de Flexner (1) tuvo una profunda e imponente influencia sobre todo concepto referente a la medicina y la educación médica en los Estados Unidos y Canadá. La versión europea del Informe(2) ha producido también un gran efecto sobre la educación médica en Europa(3-4). El continuo impacto del Informe se puso en evidencia por el volumen de literatura que se produjo y que aun estuvo siendo consagrado a dicho informe, casi 65 años después de su publicación. A continuación se detallan algunos de los comentarios más recientes sobre él.

• "Revelo producido por la demanda de standards aceptables que culminaron en la publicación, en 1910 del famoso informe de Abraham Flexner. Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá, que mucho más que cualquier otro factor determinante condujo al sistema de educación médica, conocido hoy en día. Esencialmente, el informe de Flexner sacó la educación de las manos de los médicos y la puso en manos de las universidades, donde, presumiblemente se aseguraría la calidad".(5)

* Extractado y traducido del International Journal of Health Services. Vol.5. NY. 1975.

• “Se le ha llamado con mucha justicia el giro más importante impartido a la educación médica americana... el Informe de Flexner produjo un impacto histórico sobre la educación médica en América del Norte”.(6)

• “El Informe de Flexner, constituyó en 1910, la culminación de un período de críticas a la educación médica, tanto en los Estados Unidos como en Canadá, que dio como resultado su transformación de un sistema de aprendizaje, dentro del cual el estudiante obtenía su conocimiento profesional, trabajando con un profesional médico, en una disciplina reconocida dentro de la universidad”(7).

• “Probablemente ningún informe, ni público ni privado ha producido tan profundo efecto sobre la educación médica”(8).

• “El informe de Flexner iba a producir una gran impresión a través de muchas influencias sobre la educación médica. Su principal impacto consistió en: (1) alentar la adopción de un curriculum referente a una escuela de medicina con cuatro años de estudio(2) introducir la docencia en ejercicios de laboratorio y mejorar la calidad de la instrucción por medio de un cuerpo docente full-time(3); expandir la docencia clínica por medio de la introducción de un cuerpo idóneo; (4) llevar las facultades de medicina al seno de la universidad y (5) incorporar la investigación dentro del programa docente, una pauta diferente de aquella que constituía la separación de los programas de Investigación en institutos, cosa común en muchos otros países” (9).

Este muestreo de citas constituye un indicador del sentir académico corriente con respecto del Informe de Flexner. Este criterio académico, es, con todo extremadamente estrecho y limitado. Esto es, que sólo los eventos producidos dentro de la medicina y dentro de la educación médica han sido considerados al alcance del Informe de Flexner, la situación de conexión entre la medicina y la mayor parte de la sociedad estaba enmascarada, no había un concepto claro. En virtud de su naturaleza histórica, las apreciaciones convencionales del informe de Flexner no esclarecen cuál es la razón para que la Fundación Carnegie patrocinara el informe y el por de qué la Fundación Rockefeller apoyara la instrumentación de las recomendaciones.

Este trabajo habrá de intentar ampliar ese modo de ver convencional, referente al informe Flexner y examinará su origen y sus efectos sobre la medicina, a la luz de las aparentes dificultades de la sociedad americana de la época. Deberá tomarse nota de que esta tentativa de explicación, al tiempo que es compatible con la historia, es hipotética entonces. Constituye, con todo, un método útil para la descripción de los eventos ocurridos en la sociedad durante ese período.

La sociedad americana y la actitud científica

La sociedad americana en el último trimestre del siglo 19 estaba signada por

violentos disturbios y contiendas. El crecimiento de la industria que venía produciéndose desde la guerra civil y la emergencia, en gran escala de las organizaciones corporativas estaban acompañados de revueltas drásticas dentro de las relaciones sociales de la producción. El nuevo orden corporativo produjo y ha producido su más llamativo y visible efecto en tres grupos de América, el proletariado urbano, los labradores del agro y la clase media (10-12).

El proletariado urbano, una clase recientemente emergida, étnica y radicalmente heterogénea, dentro de la sociedad americana, estaba sometida a condiciones de vida y de trabajo inferiores, en virtud del capitalismo naciente. La reacción del proletariado contra estas condiciones de miseria, incluyó la organización de los gremios y, por momentos una insurrección violenta. Los agricultores del Oeste Medio y del Sur estaban enfrentados a la creciente dominación financiera, referente a los bancos y el ferrocarril. El populismo se constituyó en una compleja resistencia agrícola a ese control, ejercido por los controles de las grandes empresas y la banca. La clase media estaba constituida por el remanente de la anterior clase comerciante, los artesanos que acababan de convertirse en trabajadores especializados, pequeños industriales y un estrato de nuevos gerentes. La clase media urbana se enfrentaba a las mismas condiciones insalubres del medio, condiciones poco saludables a las que estaba sometido el proletariado, su reacción fue la de sacar a luz todos los asuntos turbios y exponer el dominio ejercido por la maquinaria política.

El recientemente surgido capitalismo y la clase que lo constituía, enfrentaban la tarea dual (y, a menudo contradictoria) de aumentar y fomentar la acumulación de capital y de mantener la viabilidad y legitimidad del orden social. La respuesta de los capitalistas, en tanto que clase, se manifestaba en la transformación de los problemas sociales en problemas técnicos. Esto se hizo necesario, en parte, por la ideología democrática que prevalecía y la ruptura del viejo orden jerárquico, las viejas formas del control social, dentro de la sociedad americana, en la segunda mitad del siglo XIX.

Los años 1860 y 1870 contemplaron el surgir de las universidades y las escuelas de graduados que ponían énfasis en las ciencias físicas y de la ingeniería más bien que en las humanidades (13° 15). El acento puesto en la ciencia y la tecnología tendía a promover el concepto de que la ciencia no sólo era útil para ayudar a la industria sino que también era de utilidad y podía ponerse al servicio de los problemas sociales. En 1880 y 1890, las ciencias se filtraron en todo el país. Las ciencias sociales comenzaron a emerger dentro de las universidades, en tanto que ramificaciones diferentes y separadas (16). La prensa popular y los periódicos, dedicaban, constantemente, mucho espacio y atención a los nuevos productos biológicos que estaban intentándose y ayudaron a popularizar el criterio de que la ciencia podía resolver cualquier problema, en su momento.

En la industria, podíamos ver la aplicación de amplio espectro de lo que había dado en llamarse “manejo científico”, un medio de aumentar la productividad con pagas que también aumentaban. Por cuanto los salarios más elevados constituían la principal demanda del proletariado en aquella época, el empleo del manejo científico tendía a ayudar a asegurar la estabilidad del sistema. Al mismo tiempo, ese manejo científico agregaba un mayor elemento de control al proceso de producción, tomando los capitalistas dicho control (17-19)

Dentro del sector agrícola se introdujo la agricultura científica. Este método aumentó grandemente la productividad en las chacras, haciendo posible, de este modo, proveer de mayor alimento a menor precio, para alimentar a un proletariado que crecía dentro de las áreas urbanas. Aun cuando aumentaban los ingresos de los agricultores, al mismo tiempo ataba a los labradores a los bancos y al sector industrial, en vista de que se hacía necesario contar con capital para comprar fertilizantes y maquinaria agrícola (10-20).

El movimiento de la ciencia doméstica constituyó una manifestación del alicance de la ciencia dentro de los hombres de la clase media (12, 21). La reforma de la profesión, a través del requerimiento de estudios avanzados (ej. Colegios de Estudios Superiores, facultades para las profesiones) tendió a cambiar la composición de las clases profesionales y ayudó a otorgar a la clase media un asiento diferente en el seno de la sociedad y a crear una separación, neta, entre ellos y el proletariado. El soplo de ciencia dentro de la sociedad americana y alrededor de fines de siglo, constituye, tal vez su rasgo más determinado. Debe recordarse que, parte de esta tendencia general de la sociedad estaba constituida por la introducción de una educación “progresiva”, una filantropía “científica” y el “manejo” de la ciudad (22-24).

Esta modalidad científica, tendía a producir tres resultados: a) se mejoró, en algo, las condiciones sociales; b) La organización corporativa de la sociedad se convirtió en norma, debido a la eliminación de productores ineficientes y marginales y c) la clase capitalista, en virtud de la dominación financiera, estaba en condiciones de estructurar tales tendencias, con el fin de mantener, así, su control sobre ellas, cuidando de que no se alterara la estructura social existente y, de hecho, emplearlas para mantener y afirmar además la estructura social existente. No obstante, el conjunto de ciencias no era, en forma alguna, una panacea para los problemas del capitalismo. Al tiempo que la tecnología transformaba muchas contradicciones inherentes al capitalismo, por ningún medio se las eliminaba. Emergían nuevas contradicciones, en forma dialéctica, provenientes de las trabas aplicadas al sistema.

La medicina, como parte integral de la sociedad, se vio también sujeta al conjunto científico, su resultado fue que se designara a la medicina y se le conociera como medicina científica. Pero, exactamente del mismo modo que los problemas

sociales que trataban con la tecnología, dentro de la medicina se produjo también su propio conflicto. En este trabajo se trata de demostrar que el Informe Flexner constituía una tentativa de tratar dichas contradicciones inherentes, dentro de la medicina científica.

Positivismo médico

La publicación del Informe de Flexner, en 1910, marcó el comienzo del reconocimiento oficial de la institucionalización de determinadas tendencias dentro de la teoría y la práctica de la medicina. Es mejor considerar a dichas tendencias como parte del impulso social general hacia el dominio de la ciencia. Sería de utilidad caracterizar o designar a la medicina científica en tanto que un paradigma, en el sentido del término de Kuhn (25) y calificar a los eventos que circundan al informe de Flexner como a la instrumentación de este nuevo paradigma. Como sucede con todos los nuevos paradigmas, se han presentado cambios drásticos, dentro de la conceptualización del contenido del tema de ese paradigma. En medicina, los efectos gravitaron con más peso y se manifestaron con mayor claridad con referencia a la comprensión del cuerpo, en la forma en que se estructuró la investigación y en la base de la terapia y el diagnóstico.

Desde el punto de vista conceptual se eliminó finalmente del sentir principal médico, la imagen del cuerpo humano como un organismo único, integrado, en la cual al afectarse una parte del cuerpo, lo acaecido en ella se proyectaba en el resto de ese cuerpo. Al mismo tiempo que todo ese cuerpo en la medicina había sido desafiado, por lo menos, desde el principio del siglo 17, siempre había ocupado un lugar significativo en el concepto médico. Con el nuevo paradigma de la medicina científica, el cuerpo comenzó a conceptualizarse en términos de sistemas sin vinculación con otros sistemas de ese cuerpo y aún cuando la especialización, a la sombra de la medicina científica, comenzó a poner énfasis en los sistemas individuales u órganos con la exclusión de la totalidad del cuerpo. Con el surgimiento de la dualidad, mente-cuerpo, se pone en evidencia la declinación de la medicina holística, lo que se afianza con la subsiguiente diferenciación con respecto de enfermedad mental y enfermedad física-somática.(26-27)

El cúmulo de conocimientos dentro de la medicina (ej. investigación) también sufrió una drástica influencia del nuevo paradigma. Según las definiciones, la medicina científica rechazó la idea de causalidad social de la enfermedad, puesto que la base social de la humanidad estaba situada fuera del reino de lo que se consideraba científico. La investigación se estructuró de manera tal que dio fuerza a esta exclusión de causalidad social. El enfoque predominante de la investigación médica se convirtió en la patología y la anatomía patológica. Se ignoró olímpicamente la terapéutica, higiene y sintomatología, todos ellos pilares

de la medicina holística. La fisiología, que otrora había significado la relación del hombre con la naturaleza (del griego "Physis") sólo significaba ahora el estudio de los trabajos del hombre(27) Kuhn (25) demuestra que la adopción de cualquier nuevo paradigma, se debe al nuevo enfoque de los investigadores. Esto parecería constituir, precisamente el caso de la medicina científica. Sin embargo, debido a que la patología y la fisiología fueron aisladas de los factores sociales y la dinámica de los sistemas recíprocamente vinculados, estos descubrimientos aunque produzcan impresión, en conjunto y parezcan claros, no han llevado a una comprensión integrada ni del ser humano, ni del cuerpo humano. Con dolor comprobamos que esto se está haciendo más obvio, según lo que sugieren las publicaciones de Powles (28) e Illich (29). El diagnóstico y la terapia se vieron afectados por el nuevo paradigma. En términos de tanto diagnóstico como terapia, se consideraba al cuerpo como algo análogo a una máquina, de esta manera aproximándose al cuerpo, se procedía como un instrumentador. Podía tratarse individualmente partes del cuerpo y examinárselas sin afectar el resto de ese cuerpo. El modelo de máquina, lo que constituye la única definición de operación de la concepción no holística del cuerpo aplicada a la terapéutica tenía corolarios importantes. El modelo de máquina permitía el uso de suposiciones estadísticas sobre el cuerpo en particular, la suposición de una modalidad de tendencia central (normalidad) que permite que las enfermedades sean tratadas como entidades universales más bien que como una afección individual diferente en cada caso. Si bien el diagnóstico y la terapéutica se basan sobre una suposición colectiva, que emplea el uso de una distribución normal, se piensa que el paciente constituye casi una abstracción separada de la colectividad, con el contexto social de un problema que no se toma en consideración sobre una base individual. La enfermedad se trata como un proceso natural y, como tal, la posibilidad de una causalidad social se une al diagnóstico y la terapia. La medicina no sólo se vuelve individualista porque trate al paciente individualmente, sino porque excluye los aspectos sociales de la vida del paciente (26).

Es interesante que la concepción del cuerpo llegue a tener como base la forma de producción dominante (ej. la máquina) dentro de la forma predominante de la economía, de su sistema económico, (ej. el capitalismo). La concepción mecánica no dominaba, si es que existía, en los países no capitalistas (ej. los países del Asia).

Con todo, para todos los tremendos adelantos dentro del mejoramiento de la salud, este nuevo paradigma de la medicina no presentaba, en realidad un gran valor en el campo de la reducción de la mortalidad y la morbilidad. Lo más evidente era una tendencia a sugerir que no eran los servicios médicos, en forma alguna, que conducían, por ejemplo, al mejoramiento de las tasas de muerte, sino, más bien, una combinación de eventos, incluyendo una mejor nutrición, lograda

por una mejor forma de transporte de los alimentos, entre la ciudad y el campo, el cambio de ropas de lana por las de algodón y la introducción de servicios de agua en buenas condiciones de limpieza. En casi todas las causas determinantes de muerte, presentadas a fines del siglo, con una posible excepción, la difteria, la tasa de mortalidad había comenzado a declinar con el avance de las medidas terapéuticas introducidas, hechas posibles por la ciencia médica (28). McKeown (30-31), entre otros, ha argüido que la declinación de la mortalidad, atribuible a la medicina clínica no era significativa hasta el segundo trimestre del siglo XX, oportunidad en que la mayor parte de esa declinación se había producido ya. Como Powles lo señala, (28) aun cuando se presume que la introducción de antibióticos y las campañas de inmunización efectiva abrieron una impresionante brecha dentro de la lucha contra la enfermedad infecciosa, la mayor parte de la reducción operada en la tasa de mortalidad ya se había producido y sólo se acusó un leve descenso, en la ya descendiente curva, con su introducción.

Si bien el nuevo método científico no era muy efectivo para el mejoramiento de la salud, debido, tal vez, a una defectuosa conceptualización del ser humano, aun tendía a producir determinados efectos, compatibles con el criterio científico que prevalecía en la sociedad. Este concepto, referente a la causa de enfermedad, acarrió la noción de que todos los males de la sociedad eran causados por un, hasta entonces, no descubierto, microbio, conjuntamente con una promesa concerniente a que, con el tiempo, con los suficientes recursos, capacitados dentro del objetivo de hallar al microbio, todos los problemas sociales podría resolverse con una vacuna. Es así que Frederick T. Gates (32) ayudante de John D. Rockefeller y el alma mater de la creación del Instituto Rockefeller, podía decir: "La enfermedad constituye el mal supremo de la vida humana y es la fuente principal de casi todos los otros males, pobreza, crimen, ignorancia, vicio, falta de eficiencia, taras hereditarias y muchos otros daños". "El hecho de que fueron los capitalistas los que estuviesen apadrinando los institutos de investigación y las facultades, creó la buena voluntad para con el capitalismo, así como también para el individuo capitalista. La nueva medicina científica también tenía tendencia a enfocar la investigación en el individuo y, especialmente, en lo subindividual, (célula u órgano). Esto no sólo ayudó a enmascarar la relación del medio externo para con la enfermedad sino que también tendió a enfocar la investigación curativa y preventiva con relación al individuo más bien que con referencia a la colectividad. Esto produjo el efecto de hacer al hombre o la mujer responsable de su salud y separar su responsabilidad, afectivamente, de la sociedad.

Sin embargo, exactamente, en la misma forma en que el espectro científico condujo a contradicciones dentro de otros campos, a los que se aplicara, dentro de la medicina se presentaron conflictos entre la profesión y la población de legos y entre los médicos investigadores y los que ejercían la medicina en sus con-

sultorios. La institucionalización de las recomendaciones, contenidas en el informe de Flexner, constituyó una tentativa de llegar a un entendimiento con esas contradicciones.

En este trabajo habrá de examinarse el proceso por el cual la medicina científica llegó a dominar el campo médico y las contradicciones inherentes, dentro de este proceso, y demostrará la forma en que el informe de Flexner fue trazado para tratar con esas contradicciones.

La era y su transfondo

La institucionalización de la medicina científica comenzó en los Estados Unidos en 1893 con la apertura de la Facultad de Medicina de Johns Hopkins. Para ingresar en la facultad se requería cuatro años de enseñanza superior (college) además, debía seguirse cuatro años de estudio en la institución. En esa época, muchas, si no la mayoría de las facultades de medicina de los Estados Unidos no exigían estudios superiores (college) y con sólo dos años de facultad se obtenía el diploma médico. La de Johns Hopkins fue también la primera facultad que asentó la educación médica en una base investigativa, constituyendo así una política institucional. Por cuanto esta política es la que opera en todas las facultades de medicina, hoy en día, la facultad de John Hopkins es considerada hoy, como la facultad ideal de su época.(33-34)

Existe indicios de que en 1894, John D. Rockefeller trató de establecer una facultad de medicina que se hubiese volcado, en primer término, a la investigación científica, en la Universidad de Chicago, aportando su contribución en 1892.(35, p. 263) De acuerdo a las memorias de Gates (36) Rockefeller asoció en su empresa, un asesor de filantropía y un estratega para todas sus campañas sanitarias.

El presidente de la Universidad, Dr. William Rainey Harper, quería una facultad de medicina dedicada sólo a un ejercicio regular de la profesión, el Sr. Rockefeller no fue secundado en su insistencia con respecto de que la Universidad debía asociarse sólo con una institución médica fundada por la misma Universidad, que no representara a ninguna facultad de medicina, sin que fuese puramente científica en lo referente a su investigación e instrucción.

Tales diferencias demostraron ser irreconciliables, dando como resultado que la Universidad de Chicago se afiliara al Colegio Médico Rush, facultad local destinada al ejercicio regular de la profesión, perdiendo la posibilidad de que Rockefeller diera su contribución a su facultad de medicina (35). Esto tiene interés por varias razones. Primero, Rockefeller había sido toda su vida un homeópata y no está del todo claro porqué habría deseado establecer una facultad de medicina "científica".(35, p. 263; 37) En segundo término, Gates describe, más

tarde, en sus memorias, la forma en que se puso en contacto con la idea de una medicina científica, con la lectura de "Principios y prácticas de la Medicina" de William Osler, durante el verano de 1897, de manera que no está muy claro, el por qué, él y Rockefeller descaban, en 1894 una facultad de medicina. En tercer lugar de acuerdo a historiales oficiales de la Universidad de Chicago la falta de apoyo para la institución de la investigación (o por lo menos, para una institución sectaria) se entroncaba en una dinámica interna dentro de la profesión médica de Chicago.(38-39) Esto indicaría que la necesidad de investigación no era algo manifiestamente necesario entre los clínicos ni entre los médicos en ejercicio de su profesión.

Gates(36) escribe en sus memorias que se sintió impresionado por el libro de Osler que inmediatamente desplazó una memoria destinada a Rockefeller en la que se le demostraba cuán exitante e ilimitado era el potencial de la medicina científica. En 1891, Gates se convirtió en el asesor a tiempo completo de Rockefeller, en lo concerniente a asuntos filantrópicos, convirtiéndose la medicina científica en su primero y principal proyecto. El memorandum que Gates envió a Rockefeller, aparentemente, se perdió, pero, su impacto debe haber sido grande. Gates tenía grandes conversaciones referentes a sus conceptos, con John Rockefeller (h), el que prontamente se convirtió también en el abogado de la medicina científica.(40,P.271) Gates sugirió que su amigo Starr J. Murphy había sido empleado para realizar un estudio sobre las facultades de medicina de los Estados Unidos y en los establecimientos para la investigación, europeos, tales como los Institutos de Pasteur, Lister y Koch. Al mismo tiempo que esto se estaba llevando a cabo, Rockefeller (h) estaba siendo presionado por los médicos de la medicina científica, reclamándole que hiciera algo por esa medicina científica. En una carta de L. Emmet Holt (4) a Mitchel Prudden se pone de manifiesto este tipo de reclamo directo, con referencia al Instituto Rockefeller. Holt, un pediatra de Nueva York, médico de los hijos de un Rockefeller más joven, quien, como los Rockefeller asistía a la Iglesia Bautista de la Quinta Avenida, describe en su carta una reunión que tuvo con Rockefeller (h), la que se produjo, de acuerdo al decir de Nevins (35, P. 471) cuando Holt acababa de llegar de Chicago, luego de haber tratado uno de los hijos de McCormick.

Harold MacCormick, del International Harvest Corporation era yerno de John D. Rockefeller/ Puesto que Holt también trataba a sus hijos, sin lugar a dudas debe haber recibido el mismo mensaje. Cuando un hijo suyo murió, John Rockefeller estableció el Instituto McCormick, en su memoria.(42)

La primera cosa que recuerdo muy distintamente es una larga conversación que yo tuve con el Sr. Rockefeller (h) en un viaje en tren de Cleveland a Nueva York, en noviembre de 1900. Su padre había tenido in mente, durante algún tiempo la idea de la investigación médica, como campo promisorio que necesita-

ba un generoso apoyo. Por esa época, la aplicación de la antitoxina diftérica y sus resultados eran todavía algo nuevo y muy impresionante. Le referí al Sr. Rockefeller, muy detalladamente, las etapas de una investigación paciente y el trabajo investigativo de Behring y Roux, el que, finalmente había conducido a un sonoro triunfo. Lo notable era que la antitoxina diftérica no era un descubrimiento casual sino el resultado de un paciente y laborioso trabajo de laboratorio, al que se habían aplicado principios biológicos fundamentales. Lo que saltaba a la vista era que lo que se necesitaba para resolver muchos de los grandes problemas médicos era: hombres y recursos, exclusivamente consagrados al trabajo de la investigación.

Holt no dejó las cosas en esa etapa sino que, rápidamente, formó una reunión entre Rockefeller (h) y algunos médicos de Nueva York, dedicados a la medicina científica. En esta reunión se estableció la base del que habría de ser El Instituto Rockefeller. Aun cuando el "Rockefeller Institute" estaba llamado a ser la más famosa institución de investigación, debe tenerse en cuenta que también otros capitalistas estaban impresionados por los argumentos, como lo evidencia el establecimiento de varios otros institutos, tales como el McCormick Memorial Institute" para el estudio de las Enfermedades Infecciosas, de Chicago (1903) y el "Carnegie Institution", en Washington, D.C. (1902) que tiene su enfoque en la biología eugenética más bien que en la medicina.

La junta inicial de directores científicos del Instituto Rockefeller estaba compuesta por William H. Welch, como Presidente, T. Mitchell Prudden como Vice-Presidente y L. Emmett Holt como Secretario, como también Christian Herter, Herman Biggs, Theobald Smith y Simon Flexner (42, p. 33) Aun cuando la discusión original había tomado siempre el giro de establecer una dependencia centralizada, unida a una universidad, la junta decidió proponer la construcción de instalaciones físicas y, en su lugar otorgar subsidios financieros a los laboratorios existentes. El instituto se abrió en 1901 con la promesa del Sr. Rockefeller de acordar \$ 20.000 por año, por lo menos, durante diez años (42, p. 37).

El problema básico que enfrentaban el Instituto Rockefeller y otros institutos de la investigación, era la falta de investigadores, capacitados y orientados hacia el método científico. Sólo había una facultad de medicina en los Estados Unidos que formaba graduados que hubiesen sido capacitados en esa disciplina, la de Johns Hopkins, sólo tenía cinco clases para graduados, para un total de 166 graduados, en la época en que el Instituto Rockefeller abrió sus puertas (43).

La carencia de investigadores "competentes" se evidencia en el hecho de que de los \$ 20.000 de que se disponía por año, en 1901, el Instituto sólo otorgaba \$ 12.000 y, en 1902, sólo 14.450 (40, p. 276). Mientras que los directores científicos parecían estar bastante satisfechos con el arreglo del subsidio, Gates y Rockefeller (h) presionaban por obtener una organización más productiva. El plan

que se estableció fue el de establecer uno que otorgara un gran aporte para dependencias centralizadas de la investigación y para investigadores a tiempo exclusivo, dividido en secciones especializadas. El origen de tal organización estaba entroncado en el transfondo industrial sostenido por Rockefeller y Gates. En tanto que industriales, sabían que la productividad podría incrementarse a través de la centralización de la producción, aumentando la división de la labor y así, sucesivamente. Simplemente aplicaron las mismas técnicas del manejo científico a la organización de su "fábrica" de investigación médica. El resultado fue la construcción del Instituto Rockefeller (hoy en día Universidad Rockefeller, de Nueva York (2).

El problema de carencia de investigadores no fue resuelto por este método. Muchos de los jefes de departamentos instalados en el Instituto, estaban dirigidos por científicos extranjeros, importados. Todavía no existía una mecánica formal para preparar investigadores científicos americanos. La situación se mejoró cuando, en 1907, se incendió la Universidad de McGill. Varios científicos de esta Universidad le escribieron a Gates preguntándole si la Universidad Rockefeller podría facilitar dinero para volver a construir los laboratorios médicos. Gates remitió el pedido a Welch y su Junta de Directores.

La Facultad de Medicina de la Universidad de McGill constituye un centro de investigación de tanta relevancia como para justificar el pedido formulado al Sr. Rockefeller o al Instituto Rockefeller en el sentido de acordar fondos para el propósito expresado y para la colocación de varios cientos de miles de dólares a disposición de la Universidad McGill, para ser destinados, exclusivamente a la investigación?

La respuesta de Welch fue que el Instituto

—No podría ser indiferente a las condiciones de educación en nuestras mejores facultades ni tampoco podía presumir que la parte educativa podría ser abandonada a su propia suerte... Cuál es el tipo de facultad de medicina que sea dado desear ayudar esperando su contribución al adelanto del conocimiento médico? Creémos que debería otorgarse dicha ayuda sólo a determinadas facultades que posean las siguientes características: una facultad que esté asentada en una universidad, que sea parte integral de una universidad, absolutamente controlada por los fidei comicios de la Universidad, los profesores, pagados por las universidades y no por una sección correspondiente a los aranceles de los estudiantes. La facultad deberá hallarse ya en posesión de laboratorios que hayan sido productivos en el campo de la investigación. Debe dejarse en claro que los jefes de dichos laboratorios y el personal docente, en general, serían seleccionados, en primer término por su demostrada capacidad, para poder hacer avanzar y para estimular la investigación y para capacitar a los jóvenes en el sentido de que se conviertan en investigadores independientes... Por otra parte, la escuela debe ha-

ber presentado los requisitos necesarios para la matriculación de los estudiantes, ya fuese para el colegio de Estudios Superiores (college) como para la capacitación colegiada en las ciencias fundamentales de la medicina, tales como física, química y biología, requeridas para la admisión. (citado en 40, ps. 286-287)

Welch decía que los directores debería estar dispuestos a asesorar a la Oficina de Rockefeller sobre la forma más útil de disponer de fondos para el avance de la ciencia médica. Decía también que la junta debería abstenerse de hacer cualquier manifestación a la Facultad de McGill hasta que "tuvieran conocimiento de hasta qué punto la política general de ayuda por subsidios a las facultades de medicina, como así también, los lineamientos sugeridos en esta definición cuenta con la aprobación del fundador del Instituto y sus asesores" (citado en 40, p. 288).

Debe tomarse nota de que la definición o lo aseverado por Welch constituye tanto una descripción de la Facultad de Medicina de Johns Hopkins y el resumen del Informe de Flexner que sólo habría de aparecer tres años más tarde. No se prestó ningún apoyo a la facultad McGill en esa oportunidad, incidentalmente, (40, p. 288).

Conflicto entre los médicos de consultorio y los Investigadores

La Asociación Médica Americana (AMA), fundada en 1847 constituyó la primera organización de la sección de la medicina conocida como alopatía. La alopatía se conoció primeramente por su uso en grandes dosis medicamentosas y las sangrías, como modo de su terapia (44, 45). Como la alopatía constituía sólo un gran número de sectas competitivas, la nueva organización dedicó mucho de su tiempo a combatir aquello que estaba rotulado "curanderismo", lo que, en esencia significaba las prácticas de las sectas opuestas. (3)

En 1900, la AMA representaba sólo 8.401 miembros dentro de los aproximadamente 125.000 "reparadores", en los Estados Unidos (46, pp. 17, 18). La revista de la AMA, uno de los órganos líderes de los médicos científicos, tenía una circulación (no suscripción) de más de 17.000 de acuerdo a los cálculos liberales de la AMA, en 1900 (46, p.13) aún cuando esto representaba un triple aumento con respecto a la circulación de 1890, sólo alcanzaba, todavía, una minoridad de médicos, en los Estados Unidos. La forma de asociación a la AMA era atípica, con respecto de otras organizaciones médicas, en varias formas. Muchos de sus socios eran educadores médicos o bien afiliados a los hospitales. Muchos, o casi la mayoría, de ellos se habían graduado o seguido un curso de postgrado extranjero (mayormente en Alemania). Sus líderes, personificados por sus presidentes eran investigadores y educadores de gran proyección, muchos tenían una reputación internacional. Rayack (47, p. 141) ha dicho con exactitud: "Entre 1900 y 1920, los presidentes de la AMA eran hombres, recordados aun hoy en día, co-

mo científicos y educadores...” De entre los 16 presidentes habidos entre 1897 y 1912, 11 habían recibido una capacitación formal en el extranjero (Alemania, 9) y ninguno había ejercido su profesión con dedicación absoluta a la atención del paciente (eran más bien investigadores y educadores, en primer término) (48). La AMA de esa época, pues, puede ser mejor considerada como una organización de científicos, con una base, cimentada en la facultad de medicina o el hospital, consagrada a establecer una hegemonía política de la medicina científica (según como la alopatía se refería a sí misma) por encima de las otras “sectas”.

Existe cierta evidencia que hace creer que la razón principal para el establecimiento de la AMA era la de retardar los adelantos de la homeopatía que se estaban manifestando y ganando terreno dentro de los pacientes y los clínicos. Cuando el Instituto Americano de Homeopatía (la primera asociación médica nacional) se estableció en 1844, los homeópatas tuvieron conciencia de que no estaban muy lejos de poder ejercer un control homeopático sobre toda la estructura institucional de la medicina. La primera actitud de la AMA, en su reunión de 1847 fue adoptar un código de ética, que, específicamente, prohibía, la consulta profesional con los médicos cuya práctica estaba basada, exclusivamente en el dogma del rechazo de la experiencia acumulada de la profesión”. Con esto, se quería significar, en primer término, a los homeópatas. Esta providencia fue, finalmente dejada sin efecto en 1903. Por otra parte, no está muy claro el hecho del porqué la AMA estableció sus oficinas centrales en Chicago. Los centros principales de la medicina americana, en 1840 eran Nueva York, Boston y Filadelfia. Lo único que podría argüirse es que, en aquella época, Chicago tenía un pequeño número de homeópatas, lo que no podía decirse de otras ciudades. Ninguno de los fundadores de la AMA era procedente de Chicago ni tampoco había estado en un estrecho contacto con la ciudad.(44; 49, p.2)

Desde su creación, la AMA ha tratado de alentar las reformas educativas que podían ayudar a establecer su signo médico, como el único legítimo en sí mismo y, ella, como una organización médica legítima.(45-47) No obstante, su pequeño volumen y la distribución geográfica de sus miembros, en combinación con una falta de poder político organizado y amigos influyentes, le impidió el cumplimiento de lo pensado. En 1900, el 33 por ciento de los socios de la AMA residía en cinco estados, vecinos cercanos de las oficinas centrales de Chicago (64) un área que contenía sólo el 21 por ciento de la población de la nación (50). La AMA casi no tenía representación en los estados del sudoeste y del Pacífico, con pequeña representación en los otros estados del sudoeste y del oeste.(45, p.18) Esta mala distribución geográfica, conjuntamente con la pequeña dimensión de la AMA, en 1900, consituye la razón básica por la que, ella misma, no podía cumplir ni llevar a cabo ninguna reforma educativa o de otro tipo. Sin embargo, a fines de 1890, surgió una alianza entre la AMA y los grandes capitalistas in-

dustriales, en primer término, los del Este. Con esta alianza, la AMA comenzó a adquirir una influencia política y amigos influyentes, ella necesitaba obtener su hegemonía. Es precisamente lo que sucedió en el caso de la reforma de la educación médica.

Cuando la AMA era un grupo pequeño, constituía un grupo selecto. Como se especificara anteriormente, la mayoría de sus miembros tenían cierta capacitación de postgrado en Europa, sobre todo, en Alemania. Cuando estos médicos regresaron a los Estados Unidos, interesados en la medicina científica que habían estudiado en Europa, estaban en condiciones de asegurarse una designación en las mejores universidades y facultades de medicina y comenzaron a presionar esas facultades, en el sentido de que fuesen más orientadas hacia la investigación. Por cuanto no eran eruditos, en aquella época, sólo personas que podrían proporcionarse una capacitación europea, eran los más afortunados, pecuniariamente. Su riqueza estableció un estrecho contacto con los líderes de la industria, sobre una base social, profesional, en muchos casos. Por cuanto eran independientemente ricos, podían involucrarse en situaciones externas, tales como la licenciatura, reforma educativa, pudiendo sobrevivir a ello financieramente. Cuando se comenzó con la legislación de la licenciatura y se presentó por su sanción, en 1890, estos médicos, en virtud de su habilidad financiera para servir en las juntas y su estatura de médicos educadores e investigadores, obtuvieron sitial en las juntas de diplomatura.

Puesto que estos médicos consideraron que AMA constituía su organización profesional, podemos ver en qué forma AMA estaba en situación de controlar las juntas de diplomatura, limitando de esta manera, la provisión de médicos graduados a la de graduados de las escuelas o facultades científicas. En 1901, la AMA se reorganizó de modo de producir un mayor impacto político a niveles estatales y de condado y pudiendo crear un acercamiento entre la sociedad médica local y la organización nacional.(46, pp.27-29) En 1902 se estableció un Comité de Educación, que recomendó el establecimiento de un Consejo Permanente de Educación Médica, que se formó en 1904. El conjunto original de miembros del Consejo es indicador de la composición de toda la organización de la AMA. Cada miembro es un investigador y todos tienen designaciones en las facultades que, o bien los han adoptado recientemente, o están en proceso de cambio del modelo científico. Los miembros eran Victor C. Vaughan, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan; William T. Councilman, profesor de patología de la Facultad de Medicina de Harvard; Charles H. Frazer, profesor de cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania; J. A. Witherspoon, profesor de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Vanderbilt y Arthur D. Bevan, profesor de Cirugía en el Colegio Médico Rush (Universidad de Chicago).(45, p.34,51)

Lógica positivista de la estructura curricular

El consejo supervisaba los resultados de los exámenes de la junta de diplomatura del Estado en el país y clasificaba las facultades de medicina sobre la base del porcentaje de graduados que rendían esos exámenes. La AMA, que por ese entonces, tenía miembros en muchas de esas juntas establecía los exámenes, de manera que los estudiantes que habían estudiado en las escuelas médicas científicas pasaban mejor que los que habían sido capacitados en otras escuelas o facultades de medicina. Es así que los exámenes de licenciatura tenían como base, en primer término, las ciencias básicas (base de alopatía) mientras que la terapéutica y la materia médica (base de la homeopatía) estaban sometidas a diferentes exámenes, que no tenían el valor de los otros. Por supuesto, a este respecto los exámenes se apartaban y desviaban de los de homeopatía (44, pp. 444-44).

En 1906, el Consejo llevó a cabo un estudio sobre todas las facultades de medicina de los Estados Unidos y estableció una graduación de cada una sobre una variedad de criterios. Estos criterios consistían en: la actuación de los graduados ante la junta del estado; los requisitos de la educación preliminar y su puesta en vigor; el carácter del currículum médico; la planta de la facultad; las instalaciones del laboratorio y la instrucción impartida; instalaciones para el dispensario e instrucción; instalaciones hospitalarias e instrucción; el alcance de los dos primeros años de actuación de aquellos hombres que dedicaban todo su tiempo a la docencia y también la evidencia, a través de ellos, de la investigación original; el alcance de la conducción de la facultad en el sentido de marcar un progreso, directa o indirectamente, en el cuerpo docente, más bien que en la enseñanza de la medicina y, bibliotecas, museos, cartas, mapas, material didáctico y equipo.(44, p.445; 51)

Como puede verse, este criterio era extremadamente subjetivo. Por ejemplo, "el carácter del currículum médico" podría fácilmente disminuirse en una facultad que pusiera el acento en la farmacología más bien que en la fisiología o la patología (Como lo hacían las escuelas homeopáticas) y pudiendo también disminuirse "el alcance de las dependencias o el alcance de las instalaciones del laboratorio y la instrucción", por las mismas razones.(4)

Los resultados del estudio fueron enviados a la junta de diplomatura del estado y a las facultades, pero no se publicaron. El control de la AMA con respecto de las juntas de licenciatura (ej. la facultad de negar la licenciatura a los graduados que no habían sido aprobados en la facultad) ya testimoniaba el comienzo del fin del sistema pluralista de atención médica, en los Estados Unidos. Bevan (51), dice:

"Como resultado del informe de esta primer inspección comprobamos que

había pasado una gran corriente de educación médica a través del país. Cincuenta universidades convinieron, en 1910, o antes, en exigir, por lo menos, un año de estudios universitarios en las asignaturas de física, química y biología así como también un lenguaje moderno, en tanto que una educación preliminar, antes de matricularse en medicina. Inmediatamente se consolidó tal criterio, en muchas ciudades que contaban con varias facultades, como resultado de la negativa de las juntas estatales, referente al examen de sus graduados, una cantidad de facultades se volcaron al área empresaria, siendo evidente que las 160 facultades, dentro del corto plazo se reduciría, a menos de cien. En la época del Informe de la segunda inspección, en 1910 (el Informe de Flexner) el número de facultades se había visto reducido de su cifra record, de 166 a 126, una reducción de cuarenta instituciones, casi al 25 por ciento.

Hasta ahora sólo hemos examinado sólo una cara del conflicto existente en la medicina americana, a fines de siglo, el aspecto de los médicos de la medicina científica. Como se especificara anteriormente, tales hombres eran ampliamente conceptuados educadores e investigadores y estaban razonablemente remunerados. La otra cara del conflicto estaba representada por el término medio de los que ejercían la profesión médica.

Los médicos que ejercían la profesión médica

Al mismo tiempo que los científicos se hallaban razonablemente seguros, en términos de empleo y finanzas (muchos tenían el respaldo de una clase elevada y contaban con una fortuna independiente) aquellos que ejercían la medicina, médicos que vivían, verdaderamente, del ejercicio de su profesión se hallaban, en su mayor parte, viviendo en situación muy precaria. A comienzo del año 1900, el ingreso anual de un médico estaba entre los \$750 y los 1.000 dólares.(44 pp.12-124) Las cifras comparativas con otras profesiones y puestos se desconocen. Markowitz y Rosner (53) citan un artículo en la revista "Cosmopolitan", de abril de 1903 que comenta que el problema real del médico no consistía en el hambre ni la pobreza genuina sino, más bien en el status del médico con relación a otros grupos profesionales, que era menor que el de aquellos. Que el problema financiero era crítico para la mayoría de los profesionales es tema de numerosos artículos en revistas médicas (y científicas) bajo títulos como "Porque la profesión es pobre en su bolsillo?" y "Cómo remediarlo?"; "La Economía de la Medicina"; "El ingreso del Médico"; "Causas de la declinación del ingreso médico" y "Las dificultades económicas del G.P" (citado 53). Además de las preocupaciones económicas, los médicos tienen la expectativa de vida más corta, con respecto de cualquier otro grupo profesional y una tasa extremadamente elevada de neumonía.(44, p.424)

Tal vez, la principal diferencia que existe entre los médicos de consultorio y los investigadores era que los médicos se consideraban a sí mismos como médicos y se interesaban, sólo, en los progresos médicos y en su terapéutica, mientras que los investigadores, se sentían científicos y presionaban sobre el diagnóstico y la patología de su investigación. Los médicos objetaban que nada los haría volverse hacia el laboratorio de la investigación. De manera que, aunque se había inventado el oftalmoscopio en 1850, tuvo poco uso entre los médicos por cuanto, como dijera Rothstein, en su cita (45, p. 262): "lo que el oftalmoscopio revela son situaciones mórbidas que, en su mayor parte, no se curan con ser vistas". Durante todo el tiempo que la investigación médica permaneció divorciada de la terapia que los médicos tradicionales podían aplicar, éstos tuvieron poco interés por ella. Por otra parte, mucho de la investigación creaba más problemas de los que resolvía y llevaba a hallazgos contradictorios (45, pp. 275-276). Esto aumentó el escepticismo de los médicos con respecto del valor de la investigación.

La facilidad con que una persona podía convertirse en médico en los Estados Unidos, al final del siglo, llevó a una grave superproducción dentro del campo. Era perfectamente aceptable que una juventud trabajadora, desencantada de la vida fabril, pudiese, ahorrando un poco de dinero, inscribirse en cualquiera de las facultades de medicina. El resultado fue que, mientras en Alemania había un médico cada 2.000 personas, en los Estados Unidos hubiese un médico por 700-800 personas, las facultades de medicina estaban graduando 6.000 nuevos médicos por año (53).

Las mismas facultades de medicina se veían asaltadas por problemas. La educación médica llegó a ser una verdadera empresa competitiva, entre los recién entrados y, las guerras por los premios. El efecto fue el de derivar las facultades hacia los negocios, las empresas. Además, como la AMA iba obteniendo control sobre las juntas de licenciatura estatales y podía rehusarse a otorgar certificación a las facultades que no eran científicas, éstas eran eliminadas de las empresas. Hueson, (34) hace notar: "La misma liberalidad del mercado que, originariamente, alentó el impresionante crecimiento de las facultades de medicina había comenzado a cercenarlas.

Ahora la oferta excedía la demanda... "Flexner (1. 11) en su informe, dice, regocijándose: "Tal vez nada haya hecho más para desacreditar, completamente, a la comercialización que el hecho de que se haya cesado de pagar. Sólo constituye un paso corto del déficit anual a la conclusión de que todo el total está equivocado, de alguna manera" En la Tabla I se muestra la forma en que las facultades se han ido cerrando por propia gravitación o, con mayor exactitud, que eran expulsadas de las empresas por las juntas de licenciatura.

Es así que podemos ver que, antes de que se emprendiera el Informe Flexner,

la educación médica se hallaba bien en camino de una autorreforma. Las facultades de medicina estaban obteniendo más científicos y la AMA restringía más licenciaturas, limitando, de esta manera la entrada en la órbita. La situación que Flexner describe en su informe estaba cambiando aun antes de que él escribiera ese informe. De hecho, el informe de Flexner fue modelado sobre el patrón del estudio de la AMA, de 1906, anteriormente descrito. Con todo, aún persiste una arraigada creencia con referencia a que el informe de Flexner ha cambiado el sistema de la educación médica como lo indicaran algunas de las acotaciones que figuran en la introducción de este trabajo. Llegados a este punto, sería conservar el orden, proceder a la exploración del hecho de cómo la Fundación Carnegie fue llevada a patrocinar y dirigir el estudio y cómo el mismo Flexner llegó a ser elegido para conducir dicho estudio.

Año	Número Uniones	Número Clausuras	Número Abiertas	
1905	8	1	5	
1906	0	0	5	
1907	6	4	5	
1908	5	4	2	
1909	5	8	0	
1910	6	4	0	
Total		30	21	17

* Adaptada según referencias 45, p.294.

Conflictos entre la profesión y la población de legos

La Fundación Carnegie para el Adelanto de la Docencia (a la que más adelante se hace referencia como a la Carnegie Foundation) se estableció en 1905 para otorgar la jubilación o pensiones a los profesores jubilados del colegio. Su primer presidente fue Henry S. Pritchett, anterior presidente del Massachusetts, Institute of Technology (54). En 1908, la Carnegie Foundation cambió repentinamente su función, girando hacia una simple agencia de jubilaciones y comenzó a

dirigir estudios de educación profesional (El papel que la Carnegie Foundation jugaba en la educación más elevada ha sido descrito por Hollis (55) y Smith (56). El más famoso de estos estudios fue el primero que realizó la Fundación, el estudio de Abraham Flexner sobre Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá (1). Nos preocupa hacer en este trabajo examinar tus razones pro las que la Carnegie Foundation decidió estudiar las profesiones de la medicina, leyes y teología. Consideré que estas profesiones, el más grande impacto en la gente, alcanzándola directamente. El argumento que generalmente se empleaba era que la admisión standar en las facultades era demasiado baja y standarizada y que las mismas facultades estaban al servicio de un grupo de profesionales que obtenían ganancias y poder. La situación era considerada, especialmente mala, en las facultades de teología, debido al gran número de sectas competitivas y a la facilidad del ingreso en dichas facultades. En el Informe Anual de la Fundación Carnegie, para 1908 (57), Pritchett arguye que:

El público en general no puede establecer una diferencia entre las diversas sectas médicas. El hombre ordinario, inteligente, ocupado, no tiene opinión alguna que sea de ningún valor con referencia a los alópatas, homeópatas o eclécticos, por ejemplo. La única protección posible que puede asegurarse es la de insistir en que el hombre, diplomado para ejercer su profesión, debe ser, antes que nada un hombre bien educado y, en segundo término, debe tener una sólida base adquirida con respecto de las ciencias fundamentales de la que toda práctica médica depende... No sólo el público ha tardado en apreciar el hecho de que su interés y seguridad, salvaguardía, dependen de un elevado standard de educación médica, sino, que generalmente, ha sido hostil a las reformas que los representantes de la sociedad médica mentora han emprendido con esfuerzo, llevar a cabo...

La práctica de la medicina y la legislación son avasalladas hoy en día por una horda de los que buscan afanosamente, obtener un medio de vida, y aquellos que así proceden, con un método de educación y standards más justos podrían prestar a sus comunidades un verdadero servicio en cualquier demanda productiva. Deberá tenerse in mente que ninguna de esas profesiones contribuye a una riqueza de la sociedad y que, un hombre tiene valor para el mundo, dentro de ellas, sólo cuando su habilidad es tal que contribuye a hacer algo por encima de la suma que representan sus aranceles...

La profesión de predicador no ha marchado nunca junto a los enormes adelantos de la educación popular. Hace cien años, los ministros protestantes eran los hombres educados de sus comunidades, su poder estaba en proporción con su preparación... en las iglesias protestantes, donde el poder de la autoridad ya ha dejado de ser la gran fuerza, el trabajo de la iglesia depende de la calidad del liderazgo religioso de sus predicadores, sus pastores. La eficiencia de este liderazgo es pequeña. En las ciudades chicas, nos encontramos con las mismas condicio-

nes, que también contaban para los abogados y los médicos. Cuatro o cinco pastores luchaban duramente para ganar su vida, vida en la que uno o dos contaban con un trabajo eficiente. Como los médicos de sus pequeños pueblos, estos hombres se preocupaban por los casos crónicos y la medicación específica, mientras que los grandes problemas de la salud moral de sus comunidades no se tocaban.

Los fideicomisos de la Fundación Carnegie tuvieron una clara visión de que los profesionales con una capacitación correcta tenían posibilidades de ejercer una influencia estabilizante dentro de sus comunidades. Fue éste, precisamente, el caso de los médicos, abogados y líderes religiosos. Es así que en 1911, Pritchett decía en el Informe Anual (58):

“El problema constituye una falta de respeto por las leyes dentro del gran cuerpo de las Américas, una tendencia que, por lo que puede verse va en aumento, no en disminución. Para que los americanos descuiden y presten poca atención a las leyes, debe haber, sin lugar a dudas, muchas causas que contribuyan a esto, pero, nadie puede dudar de que uno de los factores importantes de conducción a la producción de este resultado esté constituido por el método que rige los cursos y la errónea administración de la misma justicia. Dentro de la misma profesión de leyes, una parte de los americanos descuidan la Ley y hay pocas esperanzas de que aquellos que representan la ley se pongan a trabajar seriamente, para hacer de la administración de la justicia un proceso más sencillo, más directo y menos costoso. Podemos avanzar un paso, con pie seguro y podremos decir que mientras, además, se admita el ingreso de los hombres en el campo de las leyes, sobre una base mezquina, que posibilite un gran número de hechos incorrectos, hombres que, por otra parte, son ignorantes, será sumamente difícil retomar los métodos de nuestras cortes de justicia.

Lo que Pritchett presentaba como una situación de urgencia con referencia a estas tres profesiones, en la necesidad de que cada una de esas facultades se integrara al sistema universitario. El valor de la asociación con la universidad residía en que al elevarse los standars se mantendría a las profesiones fuera del alcance de la mayor parte de la población, que no podría afrontar el costo o el tiempo que significaría su ingreso a ellas. Esto preservaría a las profesiones, reservándolas para la clase media elevada o la clase superior, haciendo que las personas que no pertenecían a dichas clases tuvieran una razón para aspirar a elevarse. La gente que ingresara en las profesiones habría de tener varios años de educación en los que podría adquirir un concepto social de acuerdo a los valores y aspiraciones de las clases dirigentes.

Que tales profesiones, leyes, medicina y teología, constituyen, todas, ocupaciones sociales, que tratan con un gran número de personas, de utilidad, en tanto que agentes del control social, era algo obvio para la Fundación Carnegie.

Informe de Flexner

Aun cuando se ha escrito mucho sobre Flexner, existe todavía mucho confu-sionismo en lo que respecta a la vida del hombre. Mucha de esta confusión se entronca, aparentemente en las virtudes atribuidas a Flexner en su edad Madura, que se traspasan al joven Flexner que fue, quien verdaderamente escribió el Informe. Es así que Bevan (51) especifica que el Presidente Pritchett, de la Fundación Carnegie fue muy afortunado en la selección del hombre para hacer el informe, Abraham Flexner, quien tenía un conocimiento de amplio espectro de la educación en general y un cerebro para este tipo de trabajo” Y Shryock 59 dice: “Pritchett seleccionó como director a Abraham Flexner, un lego que combinaba habilidad con celo con gran conocimiento, tanto de la educación médica europea como su versión americana en Hopkins”. En el primer caso, la manifestación constituye, manifestamente, una exageración y en el segundo, tal aseveración es verdaderamente incorrecta. La carrera de Flexner ha sido descripta y evaluada a través de la crítica por Banta (60) y, el mismo Flexner ha escrito dos libros sobre su vida (61, 62).

Flexner se recibió de bachiller en la Universidad de Johns Hopkins, en 1886, completando su trabajo en solamente dos años. La Universidad de Hopkins, nueva todavía y actuando como pionera de la educación de grados, en aquella época, dejó una impresión indeleble en el joven Flexner. Después de dejar Hopkins, volvió a su ciudad natal, Luiseville, Kentucky, donde enseñó en una escuela secundaria hasta 1890, estableciendo más tarde una escuela preparatoria superior, con gran éxito, de su propiedad, luego fue a Harvard, en 1904 para realizar la graduación en educación, experiencia y trabajo que le disgustaron intensamente, lo que abandonó para ir a Alemania por dos años. Mientras estaban en Alemania escribió una monografía: El Colegio Americano (63) que constituía una extensa crítica de la educación superior americana, particularmente, según se impartía en Harvard. El libro en sí constituyó un fracaso comercial y también lo fue desde el punto de vista de la crítica, pues se le valoró muy poco.

Flexner (62, pp. 110-111) describía los pasos que dio luego de su regreso a los Estados Unidos, en 1908, en la manera más suscita que darse pueda:

Se me había ocurrido que podría encontrar una ocupación análoga en la Fundación Carnegie y le solicité al Presidente Remsen (de Hopkins)... una tarjeta de presentación para el Dr. Pritchett. Cuando presenté la presentación, el Dr. Pritchett me dio a leer un discurso que él había escrito para ser entregado en la Universidad de Brown y en el que había seguido, bastante de cerca, los lineamientos, preconizados en mi librito. La próxima vez, que lo vi me preguntó si yo quería llevar a cabo un estudio sobre las facultades de medicina. Como los recursos de nuestra familia habían disminuído durante los tres años anteriores, estaba,

lo confieso, dispuesto a hacer casi cualquier cosa de naturaleza educativa; pero, sucedió que el Dr. Pritchett me estaba confundiendo con mi hermano (Simon) del Instituto Rockefeller llamé su atención sobre el hecho de que yo no era médico y que nunca había puesto mis pies en una facultad de medicina. Me respondió “Eso es precisamente lo que necesito. Pienso que esas facultades profesionales deben ser estudiadas, no desde el punto de vista de un médico en ejercicio de su profesión sino, desde el punto de vista del educador. Conozco a su hermano, de manera que no estoy actuando bajo el prisma de la confusión. Esta es la tarea de un lego no es la de un hombre médico”.

De acuerdo a Bevan (51) los miembros del Consejo de Educación Médica de la AMA, tenían conciencia de que si podían obtener publicidad y aprobación de parte de la Fundación Carnegie “tendrían una asistencia material y una seguridad en los resultados que estábamos intentando llevar a cabo”. Especificaba que se apersonaban al Presidente Pritchett y “le presentaban la evidencia que habían acumulado, pidiéndole que la presentara como tema de un informe especial sobre educación médica, para ser presentado por la Fundación Carnegie. Concordó con entusiasmo en esto, aceptando la proposición”. Esta es la historia que relata la AMA. Flexner (64) en su biografía de Pritchett adorna esta historia, téngase en cuenta que el Consejo sobre Educación Médica presentó los resultados de su estudio sobre facultades de Medicina, a Pritchett en una reunión, celebrada en Chicago, el 29 de abril de 1907.

A medida que se desarrollaba este trabajo, se le ocurrió al Dr. Bevan que el Presidente Pritchett, de la Fundación Carnegie, podría interesarse por el tema. En respuesta a una cordial invitación a una entrevista, Pritchett fue a Chicago, a revisar el material y, en seguida hacerse cargo de las posibilidades. Se dio cuenta e insistió sobre el punto, de que el tema no era médico sino educativo y defendió con tenacidad su posición todo el tiempo en que estuvo a la cabeza de la Fundación. Al año siguiente (1908) recomendó al Comité Ejecutivo que la Fundación emprendiera estudios sobre educación médica, legal, en ingeniería y teología.

La fundación Carnegie y el informe Flexner

Abraham Flexner, hermano menor de Simón, que había obtenido su diploma de médico en una facultad de medicina privada de Kentucky, comenzó a interesarse por la investigación científica, cuando trabajaba en una farmacia. Quiso ir a Filadelfia a estudiar, pero, se enteró por Abraham que Johns Hopkins estaba fundando una facultad de medicina. Simón tuvo una entrevista con Welch, en la facultad de Johns Hopkins, se vio impresionado por él y decidió ir a estudiar en John Hopkins, en 1889 (41, p. 35). Se quedó con Welch durante diez años, hasta

que se convirtió en profesor de patología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania, en 1899. En 1902, Welch lo propuso para la presidencia del recientemente establecido Instituto Rockefeller (41, p. 36). Parecería probable, de acuerdo a las palabras de Abraham sobre su propio libro, que fue su hermano Simón quien mostró el libro al Presidente Pritchett, de la Fundación Carnegie y que hasta fuese él quien sugiriera a Abraham que solicitara el cargo allí. Parece extraño, sobre la base de la experiencia moderna, que una fundación eligiera a una persona con tan poca práctica, ya fuese en educación superior como en la conducción de estudios, para realizar una tarea de tal magnitud, sin ningún factor atenuante.

Por otra parte, parecía mucho más natural para la AMA acercarse a alguien del Rockefeller Instituto y no a la fundación Carnegie. El Instituto Rockefeller ya estaba profundamente involucrado en la medicina y la investigación médica. Es por esto que parecería constituir el grupo perfecto para patrocinar tal estudio. Por qué razón, entonces acudiría la AMA a la Fundación Carnegie para llevar a cabo el estudio? Existen dos probables razones por las que la AMA acudiese a la Carnegie Foundation y no a la Fundación Rockefeller, en busca de apoyo y publicidad para su estudio. La primera es que aun cuando el nombre de Rockefeller estaba asociado a una gran filantropía concerniente a la medicina científica, ese nombre era oprobioso para el público, de manera que cualquier proyecto conectado con él hubiese sido recibido desfavorablemente. La segunda es que Pritchett y por ende la Fundación Carnegie, estaban interesados en la educación profesional. Por lo tanto, desde el momento en que el nombre de Carnegie no era en esa época tan odiado como el de Rockefeller y por cuanto la educación profesional constituía un medio más "objetivo" para intentar la reformar educativa dentro de los carriles de la ciencia científica, la AMA favoreció a este grupo. Existe también la posibilidad, aun cuando no substancial, de que la Fundación Rockefeller hubiese transferido a la AMA a la Fundación Carnegie, exactamente por las mismas razones anteriormente expuestas.

Parecería claro que existen dos razones principales para que la Fundación Carnegie destaque el hecho de que el estudio fuese realizado por un lego, la primera es que, a raíz de la declaración de que la materia del tema debía ser la educación profesional más bien que la médica, esto lleva a pensar que existía una razón interna para que la Fundación realizara el estudio. La segunda, una razón que ha sido comentada por varios observadores, es la de que, al tener una persona que no era médica en la realización del estudio, esto desvirtuaba cualquier reclamo con referencia a sectarismos. Si el estudio era realizado por una entidad, presumiblemente neutral e independientemente (tal como la Fundación Carnegie) sin un interés evidente dentro del campo médico y el estudio era dirigido por un educador sin ataduras directas dentro del campo médico, luego pues, gran

parte de la crítica sectárea efectuada al informe podría ser considerada como una mera idea de asociación y ayuda para completar la imagen desfavorable de las sectas en competencia... Es así que Shryock (59) dice que el informe de Flexner "era impresionante y, tal vez, exagerado en algunos puntos, pero que su autor y apoyos o respaldos no podrían ser acusados como grupo médico, como podrían haber sido otros en busca de fines egoístas".

El elemento clave que distingue el Informe Flexner de millares de otros "informes" y estudios, consiste en el hecho de que la instrumentación de las recomendaciones estaban respaldadas financieramente, por un huésped de la fundación. En 1934, las nueve fundaciones más grandes donaron más de 154 millones para la reforma de la educación médica, de acuerdo a los lineamientos de Flexner. La Junta de Educación General de Rockefeller, sola, dio casi \$ 66 millones, justo para nueve escuelas, en ese período (55 p. 213). El informe hubiera podido ser olvidado en un anaquel, si no hubiera sido por el apoyo financiero para las recomendaciones.

Conclusión

Este trabajo ha intentado considerar al informe de Flexner dentro de la amplia perspectiva de la dinámica de la sociedad americana en los años 1890 y 1910. Indica que el Informe de Flexner era una tentativa para llevar a puerto seguro determinados conflictos, surgidos dentro del campo de la medicina, debido a la aceptación de un nuevo paradigma en medicina.

El apoyo recibido por parte de la AMA puede ser encarado como una tentativa de alcanzar y mantener la hegemonía ideológica con respecto de las otras sectas de la medicina, todavía existentes en aquella época. Además, el papel representado por la AMA en la instrumentación de las recomendaciones del informe llevaba a consolidar la alianza entre la clase capitalista y la AMA y a establecer una dominación del investigador sobre el médico del consultorio.

Esta instrumentación de las recomendaciones de Flexner condujo a la instalación de varios y diversos cambios dentro de la medicina. Logró la limitación de la composición de la clase dentro de la práctica de la medicina, por medio de la restricción del ingreso en el campo médico, propiciándolo para aquellos individuos que podrían seguir cuatro años de estudios superiores (college) y cuatro años de facultad de medicina (ej. esencialmente a los hombres blancos de la clase media superior). Tuvo éxito en la institucionalización de un paradigma de la medicina que incluía la concepción de un cuerpo, reuniendo la serie de partes dispersas, que formarían el todo o sea, el conjunto y que pusiera énfasis en la investigación y la terapia con respecto a la desarticulación de la máquina y su reparación (patología y curación). No puede considerarse accidental la concepción

del cuerpo como un reflejo de un sistema económico mayor. En verdad, el interés de los capitalistas industriales en la medicina científica, puede ser vista como una necesidad (a) para legitimar la estructura social existente, a la luz del sistema de ciencias prevalecte, presente en toda toma de conciencia social y (b) para subordinar los medios de reproducción del sector reproductor de la sociedad (ej. instituciones de atención médica) a la acumulación de capital (5).

No debe olvidarse que las recomendaciones del Informe de Flexner eran instrumentadas por las nueve fundaciones de mayor volumen, filantrópicas, que daban más de 150 millones a determinadas facultades de medicina en los 20 años que siguieron a la publicación del Informe. Los problemas que constituyen una plaga en el campo de la medicina, hoy en día, sin lugar a dudas, emergen, bajo una dialéctica, de la tentativa, realizada en 1910, de sacar a flote un sistema médico bloqueado por contradicciones y conflictos.

Se agradece: Quisiera saldar una deuda de gratitud que tengo con muchos colegas y amigos que me ayudaron al desarrollo de este trabajo, ya sea leyendo primeramente los borradores o a través de una valiosa discusión del contenido de esta obra. Esto incluye a Sandy Kelman, Jack Salmon. etc.

**GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE LA FORMACION
DE RECURSOS HUMANOS Y A.P.S.**

- 1.- "Práctica médica y recursos humanos", Mario Testa, Salud y Sociedad, N° 4, 5 y 6, Córdoba.
- 2.- "La medicina y los médicos del mañana, Cuadernos Médico Sociales, N° 2, Rosario.
- 3.- "principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina", Cuadernos Médico Sociales N° 8, Rosario.
- 4.- "La 'Fuga de cerebros médicos' y la salud en América Latina", Cuadernos Médico Sociales N° 12, Rosario.
- 5.- "El médico general y la atención primaria de la salud", Cuadernos Médico Sociales N° 26, Rosario.
- 6.- "La educación médica en la Argentina", Cuadernos Médico sociales N° 32, Rosario.
- 7.- "Hacia la proletarianización de los médicos", Cuadernos Médico sociales N° 35, Rosario.
- 8.- "El personal de salud - La lucha por la salud en Cuba", Leopoldo Bernal y José Figueroa, Edit Siglo XXI, Colección Salud y Sociedad.
- 9.- "El personal sanitario auxiliar en los países en desarrollo y socialistas - Perspectiva mundial de los sistemas de salud", Milton Terris, Edit. Siglo XXI, Col. Salud y Sociedad.
- 10.- "El subdesarrollo de la salud: distribución de los recursos humanos - Salud e Imperialismo", Vicente Navarro, Edit Siglo XXI, Colección Salud y sociedad.
- 11.- "Anotaciones acerca de un nuevo enfoque en el marco conceptual de la currícula de estudios para la formación de recursos humanos en el sector salud", Jorge Cordon y Luis Tercero, Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud N° 14, sept. 1979.
- 12.- "La formación del médico en la A.P.S.", Cosme Ordoñez, Mimeo, Cuba, 1983.
- 13.- "Investigación sobre personal de salud: análisis de prioridades y orientaciones de política", Luis Stulhman y Francisco Codina, Educación Médica y Salud, vol. 19, N° 1, 1985.
- 14.- "Conferencias Panamericanas sobre planificación de recursos humanos en salud" Ottawa, Canadá, 10-14 de septiembre de 1973, numerosos artículos y ponencias.
- 15.- "La práctica médica", Hugo Mercer, Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales N° 84, abril-junio 1976, UNAM, México.
- 16.- "El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención, Antonio Sergio Da Silva Arouca, Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales N° 84, abril-junio 1976, UNAM, México.
- 17.- "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud", Eduardo Menéndez, Cuadernos Médico Sociales N° 21, Rosario.
- 18.- "El trabajador primario de Salud", O.M.S., 1981, guía de trabajo.
- 19.- "Planificación del personal de salud: principios, métodos y problemas", O.M.S., 1979.
- 20.- "La formación y los servicios de los 'feldshers' en la U.R.S.S. O.M.S., Cuadeno de Salud Pública N° 56, 1975.
- 21.- "Estrategias educativas para las profesiones de la salud", O.M.S., Cuaderno de Salud Pública N° 61.
- 22.- "Formación de personal de salud", O.M.S., Cuadernos de Salud Pública N° 770 y 71.

- 23.- "La partera tradicional en siete países", O.M.S., Cuaderno de Salud Pública Nº 75.
- 24.- "Necesidades de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la A.P.S.", Cuadernos de O.M.S. Informe técnico Nº 717.
- 25.- "Recursos Humanos en Salud - Atención de la salud", Edit. El Ateneo.
- 26.- "La educación médica en la América Latina", Juan César García, O.P.S., publicación Nº 255, año 1972.
- 27.- Necesidades de Personal Sanitario para alcanzar la Salud para todos en el Año 2000 mediante la A.P.S. - Cuadernos de la Organización Mundial de la Salud - Informe Técnico Nº 717.
- 28.- La Universidad y Salud para todos en el año 2000. Carlyle Guerra de Macedo - Bol. Of. Sanitaria Panamericana Vol. 99 Nº 3. Año 1985.
- 29.- Integración de la Medicina Social en el Curriculum de la Carrera de Medicina - María del Carmen Troncoso - III Seminario Taller de Investigación en Ciencias y Técnica Área de Estudio e Investigación en Ciencias Sociales y Salud 17 al 19 de sep. de 1987.
- 30.- 70 años de la Reforma Universitaria - Silvia Bermann - Rev. Salud y Sociedad Nº 17 y 18 Año 1988.
- 31.- La Fuerza del Trabajo en Salud en Brasil. Los años setenta: Balance y Tendencias. André César Médici. Cuadernos Médicos Sociales de Rosario Nº 37 - Año 1986.
- 32.- Curriculum Funcional y Escuela de Vida. Elementos para una Pedagogía Latinoamericana - Juan Carlos Paradiso - Cuadernos Médico Sociales Nº 37 - Año 1986.
- 33.- Bases Metodológicas para la Educación Permanente del Persona de Salud - Cristina Davini - Of. Sanitarias Panamericana - Publicación Nº 19 - Argentina. Año 1989.
- 34.- Análisis de la Práctica Médica Actual en América Latina: Alternativas y Tendencias - Hesio Cordeiro y Hernan Zavaleta - Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud Nº 13 - Mayo/Agosto 1979
- 35.- Migración de médicos y enfermeras: análisis y repercusiones políticas - A. Mejía, H. Pizurki, E. Royston - Organización Mundial de la Salud - Ginebra - 1981
- 36.- Evolución histórica de la Educación médica en Argentina y su relación con el sistema de salud y la práctica médica María del Carmen Troncoso - Cuadernos Médicos Sociales de Rosario Nº 32 Año
- 37.- Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970 / 1983 Roberto Passos Nogueira - Organizaçao Pan-Americana da Saúde - Monografias do Gap 1
- 38.- Conferencia Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Relatório final - Brasilia, 13 a 17 de outubro de 1986
- 39.- Condicionantes del proceso de crecimiento y distribución de la población médica en la provincia de Santa Fe C. Bloch y S. Belmartino - Cuadernos Médicos Sociales de Rosario Nº 43. Año
- 40.- Medicina e Sociedade o Médico e sen Mercado de Trabalho - Biblioteca Pioneira de Ciencias Sociales - Sao Paulo - Año 1975.
- 41.- Los Profesionales de Salud: Ampliando el Campo de Estudio - Carlos Bloch - Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y perspectivas - Editor: Everardo Duarte Nunes - Organización Panamericana de la Salud - Montevideo Uruguay - Año 1986.
- 42.- Personal de Salud: Discusión teórica y Producción Científica sobre el tema Roberto Passos Nogueira.

SALUD Y TRABAJO

COORDINADOR:

Licenciada Patricia Meyrialle. Psicóloga. Doc. de Psicología del Trabajo. Facultad de Psicología UBA.

PANELISTAS:

Dr. Epelman Mario. Profesor Adjunto de la Cátedra de Fisiología Humana. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Medicina del Trabajo. Ex Asesor de la OIT.

Licenciada Novik Marta. Investigadora del Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL)

Piccini Alberto. Secretario General UOM Seccional Villa Constitución.

Dr. Rodríguez Carlos. Director General. de Higiene y Seguridad del Ministerio de Trabajo

Coordinadora: —Antes de empezar con los temas del panel quiero hacer un poco de historia. Durante los años 1973-1974 funcionó en esta Facultad el Instituto de Medicina del Trabajo, cuyo director fue el Dr. Mario Testa. Me parece importante considerar este panel, que trae un tema que no se trata en esta Facultad desde hace 15 años, un homenaje para aquellos colegas y compañeros que hoy no pueden acompañarnos.

Dr. Mario Epelman: —Me toca a mí comenzar esta mesa hablando de la relación entre las Condiciones de Trabajo y el proceso de salud-enfermedad. Como decía Patricia hace un momento, tenemos antecedentes muy importantes en la Argentina de la preocupación por este tema. Me remonto a 1904, cuando Bialek Massé hizo una investigación que se llamó “La situación de la Clase Obrera en la República Argentina” y donde proponía, ya en ese momento la jornada de 8 horas de trabajo, mucho antes de que se implantara a nivel internacional. También tenemos el antecedente de Alfredo Palacios, que en 1920 hizo su investigación sobre Fatiga y sus proyecciones sociales y en su labor parlamentaria, utilizó todo esto para proponer una serie de leyes muy importantes. Cabello, que también siguió en esta línea y en 1973, en esta aula, en la que no he estado desde entonces, se realizó un Congreso que se llamó Medicina del Trabajo al

Servicio de los Trabajadores. Y bueno, ahora vamos a retomar todo esto diciendo que hay una nueva preocupación que se está extendiendo en América Latina y en nuestro país en especial por el tema de las relaciones entre las condiciones de trabajo y el proceso salud-enfermedad, preocupación ésta que va más allá de los límites de la Medicina del Trabajo tradicional ya que va a tratar de investigar las relaciones profundas que hay entre las condiciones de trabajo y la vida y la salud de los trabajadores.

La Medicina del Trabajo que habitualmente se enseña en la Facultad de Medicina, la que se enseña habitualmente en los post-gradados de Medicina del Trabajo, es aquella que se ocupa fundamentalmente de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, además de otras cosas tales como la detección del ausentismo y de la simulación por parte de los trabajadores.

Si observamos detenidamente, veremos que cuando se habla de los problemas en Medicina del Trabajo, se usan indicadores negativos, o sea se habla del índice de frecuencia de accidentes de trabajo, del índice de gravedad de esos accidentes, del porcentaje de enfermedades profesionales, pero no se habla de indicadores positivos; que son aquellos que nos pueden dar cuenta de lo que el trabajo puede y debe significar de positivo para la vida de un ser humano y su desarrollo. Todo aquello que indica que el trabajo puede ser fuente de salud, como manera de expresar la creatividad humana, o sea las formas por las cuales el ser humano puede crear y producir en esta sociedad. No hay, entonces, indicadores acerca de la satisfacción en el trabajo y en realidad se considera al trabajo como una penosa necesidad de la cual se obtiene un salario que permite subsistir, pero no se lo ve como una realización positiva.

De todos modos esos indicadores negativos nos dan una idea de cómo es hoy la salud laboral, de cuál es la situación. Si tomamos lo que pasa en el campo de los accidentes de trabajo, vemos que, según datos que tiene la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, en base a estadísticas que se realizan en distintos países y que en general son sub-registros, porque es común que los accidentes de trabajo queden sin ser notificados y registrados, nos encontramos con una cifra de 50 millones de accidentes de trabajo por año en el mundo, de los cuales 180.000 son mortales. Esto significa 500 muertos por día. Y si analizamos una jornada de trabajo de 8 horas, esto significa más de un muerto por minuto. Si lo pensamos detenidamente, este dato es realmente aterrador. Pero insisto en que estos datos son sub-valoraciones, ya que derivan de la información que mandan los países. Si vemos, además, la estimación que hace la Organización Panamericana de la Salud, vemos que para América Latina, la estimación es de 50.000 muertos por año, o sea que seguramente son muchos más los que pierden la vida en accidentes de trabajo.

En los países industrializados se registra que actualmente un 10% de la fuerza laboral tiene accidentes de trabajo anualmente, lo cual indica que uno de cada 10 trabajadores se accidenta por año. De los países sub-desarrollados son pocos los datos que hay, pero, por ejemplo en Brasil hay registros de que se accidenta un 20% de la fuerza laboral, lo que significa uno de cada 5 trabajadores.

En nuestro país las estadísticas no se han llevado muy bien y por supuesto, durante los años de la dictadura militar no ha habido estadísticas sobre este tema, como no ha habido estadística sobre muchas cosas. A partir de 1984 se están haciendo nuevamente estimaciones acerca de la accidentabilidad en el trabajo en nuestro país, pero esas cifras las dará luego el Dr. Rodríguez.

También quiero comentarles que cuando los accidentes de trabajo aparecen informados en nuestro país, lo hacen en las noticias policiales. Por lo menos en Córdoba es así. Por ese medio nos enteramos de los accidentes de trabajo, y sólo nos enteramos de esto como una noticia importante cuando el accidente es espectacular, como fue el de ayer (4/5/88) en la planta de elaboración de uno de los componentes del combustible que usa la NASA y que produjo muertos y cantidad de heridos y evacuación de poblaciones.

Hay muchos menos datos acerca de las enfermedades profesionales porque son más difíciles de diagnosticar, de registrar. Muchas veces es difícil establecer el vínculo entre las condiciones de trabajo y la enfermedad. Pero de todos modos tengo aquí un dato registrado en Estados Unidos en 1975 que habla de que un 28% de los trabajadores padecen enfermedades profesionales.

Quisiera pasar ahora a los indicadores positivos. Uno de los que se puede utilizar para evaluar el estado de salud de la población es la expectativa de vida, con todas las limitaciones que tiene este indicador, primero porque se toma un promedio de un país y ya sabemos que ese promedio es un dato engañoso por ser una expresión de una cifra mal distribuida dentro de la sociedad. De todos modos esto nos sirve porque, además de querer hablar hoy de cuánto se vive, también queremos hablar de la calidad de vida durante esos años. De los datos con que contamos podemos ver que en los países occidentales los más longevos son los sacerdotes y los científicos y que una curiosa estadística hecha en Estados Unidos en la década del '70 entre los profesionales, muestra que los que menos viven son los radiólogos por obvias razones de los riesgos a los cuales se exponen, con un promedio de vida de 61 años, y los más longevos son los arqueólogos y los astrónomos. Daría la impresión que viven más aquellos que están más alejados de la realidad en el tiempo o en el espacio de la realidad social. Viven 71 años.

Como les decía antes, la Medicina del Trabajo llega hasta allí, para darnos este tipo de datos. Nosotros consideramos que las enfermedades profesionales son una mínima expresión de lo que las condiciones de trabajo significan para la salud de los trabajadores. Valorar las enfermedades profesionales, solamente es valorar sólo, la punta de un iceberg, donde queda por debajo del agua mucho más, porque las condiciones de trabajo, tienen una influencia mucho más profunda en la vida del trabajador y en su salud. Tal como lo expresa en forma muy clara una investigadora brasilera, quien dice que "... el trabajo de cada uno marca el modo de andar por la vida". También alguien dijo: "dime en qué trabajos y te diré de qué te enfermas". De alguna manera las condiciones de trabajo marcan cada oficio en la cara y en la vida del trabajador. Lo notable es que este acto, el de las condiciones de trabajo, no aparezca registrado habitualmente en

las historias clínicas de nuestros hospitales. Ya hace 300 años, un médico italiano, el padre de la Medicina del Trabajo, Bernardino Ramazzini, escribió un libro que se llamaba "Tratado sobre las enfermedades de los Trabajadores" donde hacía una descripción muy minuciosa de los oficios que había en esa época y de los riesgos a los cuales estaban sometidos los trabajadores en ese momento. Propone él como método, según sus propias palabras "... colarse en los sórdidos talleres para observar las condiciones de trabajo y entrar en los cuartuchos donde viven los trabajadores. Estos resultan ser —sigue diciendo Ramazzini— establecimientos educativos de donde se puede salir aprendiendo mucho.

Propone —ya hace 300 años— que cuando un médico se acerca a un paciente, debe, además de preguntarle lo que Hipócrates aconsejaba preguntar, preguntarle en qué trabaja". De esa forma muchos diagnósticos se harán mejor y muchas conductas médicas serán mejores. Pero el mismo Ramazzini dice que le augura poco éxito a su libro y en realidad, si nos remitimos hoy a la situación actual, el dato "lugar de trabajo" aparece en las historias clínicas como un dato más de las características personales, pero no aparece con qué trabaja, con qué substancias, con qué máquinas, ya que todo eso daría mucha más información. Quisiera aquí reivindicar la *historia ocupacional* como parte de la historia clínica y como parte de la relación médico-paciente. Porque habitualmente nos enseñan a preguntarle al paciente su vinculación con la sociedad en lo relacionado con el área del consumo. Le preguntamos si fuma, cuánto, qué come, cuánto, si toma bebidas alcohólicas y cuánto. Pero nunca nos han enseñado a ver a ese paciente como un trabajador, que tiene una inserción en el proceso productivo y que allí está expuesto a ciertos riesgos, los cuales pueden ser la explicación de la patología con la cual viene ese trabajador. Insisto entonces, en esta introducción con la reivindicación de la historia ocupacional como un dato que todo médico debe conocer: los riesgos laborales como causa de enfermedades que no son las tituladas "enfermedades profesionales" sino que mucha de la patología habitual tiene relación con las condiciones de trabajo. En todo esto es muy importante valorar el conocimiento que los mismos trabajadores tienen acerca de los riesgos y de su condición de trabajo e incorporar ese conocimiento, que los trabajadores han ido adquiriendo a través de su experiencia cotidiana en su exposición a las distintas condiciones y a los riesgos en los que se desarrolla su trabajo, incorporar, digo, este conocimiento general al conocimiento científico sobre la relación entre condiciones de trabajo y salud. Debe reconocerse el *valor científico* que tiene la subjetividad de los trabajadores en la valoración de los riesgos en el trabajo, completándola luego con el conocimiento objetivo que podamos aportar.

Quiero mencionar dos cosas más por ahora. Una de ellas es la necesidad de considerar la *historicidad* de las enfermedades laborales. Las mismas han ido cambiando en el tiempo en función de los cambios en las condiciones de trabajo. En la Revolución Industrial se desarrolló en forma epidémica y masiva la Tuberculosis, no sólo por la presencia del bacilo de Koch, ya que éste existía hacía mucho, sino porque el bacilo era una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la TBC. Pero fueron esas condiciones de vida y de traba-

jo en talleres hacinados, sin ventilación, con mala alimentación, en largas jornadas de trabajo, lo que condicionó la aparición de la TBC como fenómeno masivo. Y comenzó a declinar en algunos países de Europa antes de la identificación del bacilo de Koch y antes de la aparición de algún tratamiento específico. La declinación se logró con el mejoramiento de las condiciones de trabajo lograda a través de la lucha de los trabajadores y de los aportes que hicieron en materia de conocimientos los movimientos sociales.

El otro punto que quiero mencionar es la cuestión de la transferencia de tecnología y de los problemas que esto trae. Hoy en día estamos recibiendo, en lo que se llama "el camino de la modernización" esta transferencia de tecnología. Creo que debemos tener en cuenta que junto con esa transferencia también viene una *transferencia de riesgos* en sustancias químicas que han sido prohibidas en su país de origen y que son exportadas a los países del Tercer Mundo. También aparecen riesgos como consecuencia de los desechos químicos y radiactivos ya que se buscan países que puedan cumplir con la función de basureros. Nosotros tenemos, lamentablemente, el caso de la Pcia. de Chubut, en la cual se está probando la posibilidad de que se pueda hacer un basurero radiactivo.

También recibimos máquinas peligrosas, que se producen en dos versiones. En los países desarrollados se produce una versión segura y otra versión insegura. Esta última es la más barata y por lo general es la que llega a nuestros países. Yo termino aquí, pero si me permiten, quiero traer para Uds., un artículo de nuestra revista (Salud y Sociedad, del Movimiento por un Sistema Integral de Salud, Pcia. de Córdoba), en el cual hay un ejemplo claro de lo que pasa con los accidentes de trabajo hoy en día en nuestro país. La nota se refiere a un accidente de trabajo que ocurrió en Córdoba en el mes de Febrero (1988), en la empresa de Obras Sanitarias donde se produjo una explosión de una de las válvulas de uno de los cilindros de cloro y un trabajador murió al intentar cerrarla. La nota dice: "Fue el 27 de febrero, a las 23 hs. del sábado, pero nos enteramos después, dos días, en noticias breves, de esas que salen en la página de policiales. Decía solamente que, en la planta que la Empresa O. Sanitarias posee en el Barrio Las Violetas, un operario había muerto al inhalar cloro de uno de los cilindros de 1.000 Kgs. que se utilizan para potabilizar el agua corriente. Luego supimos un poco más. El silencio de la empresa se sumó al de los demás funcionarios públicos, pero algo apareció en el diario y en la radio sobre condiciones de trabajo y algunos datos surgieron de parte de los compañeros de trabajo, de los delegados sindicales, de uno de los ingenieros que ya había dicho hacía tiempo que estas instalaciones debían hacerse de otra manera para ofrecer seguridad a los operarios y a la población. Lo más conmovedor fue saber que, don Jorge Cáceres, 53 años, sabía perfectamente el peligro que corría. Hacía demasiado tiempo que trabajaba allí como para no saberlo. Sin embargo, al descubrir la pérdida del gas de cloro que podía llevar riesgos impredecibles a sus compañeros y a toda la población circundante, entró apenas tapándose la cabeza con la camisa hasta que cerró la válvula. Después salió bamboleante y cayó muerto". El silencio cubrió el caso como en un accidente incómodo. Don Jorge Cáceres es un héroe nacional y

como tal lo homenajeamos desde estas páginas que quieren pelear donde haya que hacerlo, para que no tengamos más héroes de este tipo, para que trabajar no sea la antesala de la muerte sino la base de una vida digna. Nada más y muchas gracias.

Lic. Marta Novik: —Después de tocar las fibras más profundas, tal como lo ha hecho Mario, trataré de que nos remontemos a esta cuestión de si los científicos tenemos una vida más larga y plantear esta relación entre salud y trabajo desde un lugar muy chico que es desde la óptica de la Sociología del Trabajo, en particular para pensar, además, qué aspectos concretos del puesto de trabajo colaboran o pueden incidir en este tema tan caro para todos nosotros que es la Salud de los Trabajadores. Creo que ya está claro que el trabajo debe dejar de responder a la “maldición bíblica” que dice “ganarás el pan con el sudor de tu frente” para pasar a ser un lugar de desarrollo de la personalidad y de desarrollo de la inteligencia. La idea, entonces, de mi charla de hoy, centralmente es ver qué aspectos del puesto de trabajo se relacionan con la salud mental y con el desarrollo de las capacidades intelectuales del trabajador. Voy a tratar de describir muy sucintamente aspectos del trabajo y del puesto de trabajo que tengan relación en particular con la salud mental, tema éste que, lamentablemente ha sido poco desarrollado y mucho menos reglamentado, en la legislación laboral y en los convenios colectivos.

Podemos decir dos cosas: el trabajo está íntimamente relacionado con el tema de salud mental en factores que después vamos a ver, tales como ritmos, horarios, etc. Pero creo que también es importante que dentro de esta ecuación trabajo-salud mental o trabajo-salud hay también una relación entre salud mental y no-trabajo, que forma parte además de la relación misma del sistema salud y trabajo. Porque tener un trabajo indigno, enfermante, etc., es una situación, pero no tener trabajo o tenerlo en condiciones precarias es también una situación que afecta seriamente a la salud. Del total de nuestra población trabajadora el 25% lo hace en condiciones de trabajo precario o informal o clandestino.

Volver a plantearnos la cuestión de trabajo-salud mental es también volver a plantear el concepto de *alienación* y la separación del trabajador con respecto al mismo, con respecto a lo que produce y con respecto a sus compañeros de trabajo.

Hubo algunos intentos de diferenciar cuales aspectos del trabajo se relacionaban con cuales aspectos de la salud. Entonces aparece la supervivencia como ligada a tener un trabajo en primer lugar y a la duración de la jornada. La salud física aparece ligada a las condiciones de higiene y seguridad y la salud mental a los aspectos de organización y contenido del trabajo. ¿Qué son estas dos cuestiones? Cuando nosotros pensamos un trabajo, como hoy decía Mario, con qué tecnología, en qué consiste un puesto de trabajo. Esto tiene que ver con qué tipo de tarea, qué tipo de división del trabajo se establece, en qué consiste un puesto de trabajo, qué tarea debe realizar el trabajador, cuál es la organización y distribución del tiempo del trabajo (no es lo mismo trabajar todos los días en el mismo

horario que trabajar por turnos o en horario nocturno), qué división jerárquica se establece, cuáles son las relaciones de poder a las que ese trabajador está sometido en su puesto de trabajo, todo ésto tiene que ver con el concepto de organización del trabajo. Y lo que más se liga a la cuestión de la salud mental. En realidad todas estas son abstracciones porque el trabajador es un ser integral, porque el efecto que recibe del puesto de trabajo es en su conjunto. No hay aspectos separados. Los podemos hacer en términos de división analítica, pero la realidad indica que el trabajador está sometido a una serie de exigencias en su trabajo que son, tanto de carácter físico como de tipo mental y de otras relaciones a las que podemos llamar de aspecto social, comunicación, poder, autoridad, etc. Por otro lado, las expresiones a través de las cuales el trabajador va a mostrar este tipo de exigencias o sea la carga de trabajo que él experimenta, va a tener distintas manifestaciones de acuerdo a la relación que se establezca entre el tipo de trabajo y las características del trabajador.

La alta división del trabajo nos remite a una época histórica y a un gran proceso que fue denominado "taylorismo" u organización científica del trabajo; que se introduce a principios de siglo y que aún mantiene una gran vigencia en la mayoría de las fábricas en nuestro país y que significó una división del trabajo pero, básicamente también significa una división en términos de que hay algunos que *piensan* y otros que *hacen*. También aparece otra división: la de los organismos, entre los cuales hay algunos que son efectores y otros intelectuales, con lo cual se produce una división maniquea del organismo y también hay una división maniquea de las personas al encerrarlos en categorías jerárquicas, sin conexión entre sí.

Uds. sabrán, incluso mejor que yo, que todos tenemos mecanismos sensorio-motrices y mecanismos hipotéticos-deductivos. Los mecanismos del pensamiento, al igual que los músculos, si no se desarrollan se van atrofiando. Esta etapa histórica del trabajo, en la cual aparecen los trabajos característicos de la producción de masa, tiene que ver con un énfasis de los mecanismos sensorio-motrices. Esto nos lleva a pensar en el ejemplo famoso que trajera Carlitos Chaplin en Tiempos Modernos de lo que era un modelo de organización del trabajo, a partir del cual difícilmente podamos pensar que luego de 8, 10 ó 12 horas de jornada de trabajo (ya que la modalidad de jornada de trabajo no es de 8 horas), una persona salga de allí más inteligente o con una relación participativa con la comunidad.

Yo podría, entonces, decir que los efectos y los temas mentales referidos a lo que sería la salud mental y su patología psicológica tiene que ver con tres aspectos diferentes: uno es el tema de la carga mental, otro es el tema de los componentes mentales-intelectuales del trabajo obrero y el tercer aspecto es que todo trabajo conlleva una carga psíquica. Con esto queremos decir que todos los trabajos tienen componentes mentales, lo que significa que en todo trabajo hay componentes de discriminación, de percepción, de identificación, de memoria y todos los gestos que se llevan a cabo son, en realidad, respuestas a órdenes mentales. Cuando se desarrolla o describe un puesto de trabajo, en general se tiende a desconocer estos mecanismos inteligentes del trabajador, ya que lo que se plantea

como trabajo habitual o rutinario no lo es tanto y es el trabajador quien lo sabe. Es así que sabe que la materia prima no todos los días es igual, que la maquinaria no todos los días está igual ni funciona de la misma manera, que él no es el mismo a primera hora de la jornada que en la última, ni tampoco es el mismo trabajador el lunes que el viernes.

Esto significa que el trabajador, por más simple que parezca la tarea que realiza, está permanentemente realizando mecanismos de identificación, de percepción y de respuesta a estas informaciones que él recibe. O sea que siempre está presente un sistema de codificación y decodificación.

Por otro lado, en lo que se refiere a carga mental podemos decir, dentro de esta perspectiva desde la cual las exigencias del puesto tienen que ver con la carga del trabajo, la cual es el conjunto de exigencias que el trabajador recibe como totalidad, que en este punto se debe hablar de las características de organización y contenido del trabajo, de la velocidad con que desarrolla su tarea, de la complejidad de la misma, de la atención que debe prestar para realizar su trabajo, atención ésta que tiene que ver con el cumplimiento de su tarea y también con estar atento a los riesgos que corre su salud física, el riesgo de atentar contra el producto y los riesgos que corren sus compañeros como el ejemplo que daba Mario recién del trabajador cordobés.

Por otro lado hay aspectos que podemos llamar de carga psíquica, que son aquellos vinculares y afectivos y que están presentes en todo trabajo. Haciendo una breve historia, nosotros hablamos antes del "taylorismo", esa primera etapa de división del trabajo, que tiene que ver también con una apropiación del saber del trabajador, ya que hay alguien que empieza a pensar cómo él debe hacer el trabajo. El trabajador, entonces, simplemente debe responder a una prescripción que ha hecho otro. Luego hay una segunda etapa, que es la cadena "fordista", en la cual lo que se hace es una apropiación del tiempo, el cual deja de ser tiempo humano y tiempo histórico, para pasar a ser el tiempo fijado por la máquina, tiempo externo, fijado por la tecnología e impuesto.

¿Y qué es lo que pasa hoy frente al tema de las nuevas tecnologías? ¿Qué significa este tema? Bueno, por un lado tenemos las grandes industrias que podríamos llamar de proceso, como son la siderurgia, la industria del petróleo, en las cuales los aspectos "mentales" están relacionados con tareas de identificación, percepción, etc. Tradicionalmente lo que se dice es que en los puestos de procesos automatizados lo único que tiene que hacer el trabajador es "apretar un botón". Pero en realidad el proceso es algo más complejo. Lo que el trabajador tiene que hacer es: frente a todas las informaciones que él recibe debe lograr que un incidente, o sea aquello que puede perturbar el funcionamiento del sistema, no se transforme en un accidente. Entendemos que se trata de un accidente del proceso o del producto o algo más. O sea que el trabajador está tomando permanentemente una cantidad de información, una serie de elementos que procesa y lo que hace, en definitiva, es *elaborar una hipótesis*. Si dicha hipótesis es correcta, ese incidente quedará en dicha categoría. Si no lo es, el incidente pasará a ser un accidente. O sea que esto de "apretar un botón" no es tan simple.

Con las nuevas tecnologías informatizadas, este tema tan mentado, es cierto que en algunos casos hay algunas tareas rutinarias que se han eliminado, como es el caso de los robots en las líneas de montaje. Pero en otros casos la informatización le agregó tareas al trabajador. Hace un tiempo, en una reunión con trabajadores de una empresa siderúrgica, nos dijeron que en lo que se refería al tema de las nuevas tecnologías ellos estaban en una situación en la que, llegado el caso, no estaba claro si informaban o trabajaban. Primero aparecía la informatización, vista como algo externo, pero además lo que se agregaba era la tarea de informatizar, como algo además del trabajo en sí mismo. Por otro lado yo lamento que Mario no haya desarrollado el tema que maneja tan bien, que es el de las nuevas enfermedades relacionadas con este tema de las nuevas tecnologías, con la cuestión de las terminales, o sea toda la aparición de un nuevo espectro de enfermedades ligadas al uso de las video-terminales.

Otro evento en relación a las nuevas tecnologías es lo referido a los trabajos administrativos y lo que implica una rutinización. Esto también va a implicar pérdidas en términos de calificación y de poder, en la medida en que todo pasa a depender de una máquina. Uds. saben que en estas tareas, incluso en los bancos, está pautada la cantidad de digitaciones que se pueden llevar a cabo por minuto, por hora, etc. O sea que el sistema se ha estandarizado, de la misma forma que, a principios de siglo se aplicaba sobre el trabajador industrial.

Y para cerrar un poco el tema en lo que se refiere a los aspectos psicopatológicos, podemos hablar del tema de la identidad. Yo lo dejo simplemente como reflexión o para discutirlo después. Si nosotros tenemos un trabajo en el que nuestro tiempo nos es apropiado o no nos pertenece, se nos apropia el lenguaje ya que el mismo es impuesto por la oficina de métodos, ya sea por el ruido o por intentar seguir el ritmo, yo no puedo ni siquiera hablar con mi compañero de trabajo; si finalmente yo no pongo toda mi capacidad en la realización de mi trabajo, qué puede quedar de mi identidad ya que mi identidad en el trabajo sólo es un aspecto de mi identidad social, ya que es como un encuentro de los tiempos biográficos e históricos. Tal vez he estado un poco telegráfica pero ésta es mi síntesis. Muchas gracias.

Alberto Piccininni: —Yo quiero agradecer a los organizadores de estas jornadas de salud, pero no por la invitación personal sino por acordarse de los trabajadores, en particular de los trabajadores de la producción, ya que creo que trabajadores no son sólo los de una fábrica sino todos los que realizan una actividad de trabajo. Pero no es frecuente que nosotros seamos invitados a este tipo de actividad. Además no es frecuente encontrarse con profesionales interesados en la salud de los trabajadores. Por esto es que creo que hay que destacar la intención de la gente que ha organizado estas jornadas.

Me han pedido que trate de explicar de qué forma los trabajadores toman conciencia sobre sus problemas de salud, sobre los problemas de enfermedades que ellos padecen. Esto no es simple de transmitir porque, primero, no soy conferencista y no tengo conocimientos técnicos y luego porque me cuesta hablar de

las enfermedades sin hablar de la cuestión social y de la cuestión política. Yo creo que, en definitiva, después de hablar de todos los aspectos técnicos no hay otra alternativa que caer en hablar de la cuestión política porque los trabajos, los distintos sistemas de producción y las distintas enfermedades también, están relacionados con los proyectos de sociedad en que vivimos y con los objetivos de dicha sociedad. Lamentablemente, en una sociedad donde todavía no se ha aprendido que lo más importante es el ser humano tenemos un montón de problemas en cuanto a la salud de los trabajadores.

Hoy hablamos sobre el avance del conocimiento de los trabajadores en cuanto a sus problemas de salud y yo creo que ese avance es relativo. Sin lugar a dudas que los compañeros que han atravesado una experiencia y los compañeros que tenemos determinada edad y, en alguna medida sobrevivimos a todo lo que sucedió en una etapa nefasta para la sociedad argentina, hemos aprendido y hemos recogido algunas experiencias y hemos avanzado, también esto como producto del avance de la humanidad. Pero en lo que hace a la *conciencia de los trabajadores*, yo me atrevería a decir, sin ánimo de ser pesimista, que en muchos compañeros hay un retroceso de la conciencia. Y ¿esto por qué?. Bueno, porque hay compañeros que se han incorporado a la producción en los últimos 10 ó 12 años y también antes. Se han incorporado en una etapa en la que fundamentalmente la conciencia gremial había que dejarla afuera y algunos ni llegaban a conocerla en función de los peligros lógicos que existían en ese momento. Además vemos cómo la situación económica cambia o influye en la conciencia de los compañeros. Digo esto porque es muy frecuente ver en la fábrica cómo los compañeros desestiman los lugares en los que tienen mejores condiciones de trabajo por los conceptos de pago de salario. Muchas veces los compañeros nos piden pasar a secciones en las que cobran el 20% de calorías, el 20% por trabajo peligroso aún a un mayor costo de riesgo para su salud. Allí vemos como hay, en alguna medida un retroceso de lo que es la conciencia del trabajador. Vemos cómo la situación económica lleva al trabajador a *vender salud por dinero*. Por eso digo que todo este problema está estrechamente ligado a la situación económica. O sea, cómo el trabajador está empujado, dentro de un sistema injusto, a vender su salud para obtener la salida individual. Es ahí, yo creo, hacia donde debemos apuntar en todo lo que se pueda hacer en la lucha por el trabajador. Me parece que todo el trabajo debe dirigirse a que ese hombre, ese trabajador tome conciencia colectiva, a que descubra que la solución suya y de su familia e incluso de sus problemas de salud está en la salida de conjunto y no en lo individual. Esto es necesario destacarlo porque la vida de las personas, en particular de los trabajadores, y me refiero fundamentalmente a los compañeros metalúrgicos, de los cuales yo tengo mayor conocimiento, cambia totalmente a partir de sus condiciones de trabajo. Muchas veces, cuando se habla en rueda de amigos o de familiares, se menciona el *cambio de personalidad* de los compañeros. Dicen "antes no era así, ...últimamente está muy nervioso, ... se pelea con la mujer, con los chicos, con los amigos...". Ese hombre está siendo víctima de un sistema de trabajo dentro del cual él se mete más cuando opta por hacer las horas extras

en vez de luchar por mejores condiciones de trabajo y mejores salarios en jornadas de 8 horas. Vemos muy a menudo cómo la conciencia del compañero retrocede para dar paso a sus intereses individuales. Pero también vemos como ese compañero no se da cuenta de que está vendiendo su salud y está vendiendo su vida.

Tal vez pueda contar un poco lo que me pasó a mí. Yo era un obrero metalúrgico, un obrero común, que trabajaba en la fábrica pero que, además, tenía otro trabajo fuera de la fábrica. Porque yo tenía metida la ideología del sistema que me decía que si yo no me preocupaba por progresar económicamente, si no hacía un esfuerzo, nunca podría salir de esa situación en la que vive un trabajador con un salario muy escaso. Entonces yo tenía dos trabajos. Salía de la fábrica y tenía otro trabajo que me ayudaba a progresar económicamente. Y para lo que es el pensamiento de un trabajador, yo tenía mi casa, tenía mis comodidades, tenía un auto. O sea que veía un poco cómo mis objetivos iban siendo alcanzados en función de un esfuerzo *personal*. Afortunadamente, desperté. Porque hubo gente que me hizo despertar y porque me hizo razonar que en realidad lo que estaba haciendo era cambiar salud y cambiaba mi vida. Porque en realidad, durante casi un año entero lo que había hecho era trabajar horas extras en la fábrica. Como fruto de ese esfuerzo yo plasmé el sueño del auto propio. Bueno, sí, obtuve un fruto material, pero también me puse a analizar que se me había pasado *un año* sin que me diera cuenta en qué se me había ido el tiempo. Había sido un año en blanco. O sea que había canjeado el logro de una aspiración material por vivir, concretamente. Es bastante frecuente, entonces, ver cómo la sociedad va condicionando a los compañeros y cómo *nunca llegan*. Porque primero es la casa, después el televisor color, después el auto, que después tiene que ser más grande o un poco más nuevo, porque el que tenemos no alcanza. Todo esto nos lleva a entrar dentro de un sistema en el cual no nos damos cuenta y en realidad no vivimos, e incluso vamos pagando consecuencias con nuestra propia salud. Además eso se traslada al seno de la familia, ya que la relación con la compañera no es la misma trabajando 8 horas y estando más horas en la casa, que trabajando 12 horas por día, viniendo cansado, no teniendo tiempo ni ánimo para hablar con la familia, para jugar con los hijos o para cultivarse intelectualmente. Yo les decía que, afortunadamente desperté, ya que hubo elementos y personas que me hicieron tomar conciencia sobre cuál era mi objetivo de vida y allí comencé a participar en la lucha gremial, fui delegado, fui comisión interna, fui comisión directiva aunque muy poco tiempo porque algunos no me dejaron. Hubo una interrupción "lógica" de algunos cuantos años que creo que afortunadamente no han sido en vano porque los años que pasamos en la cárcel nos trajeron mucho sufrimiento, y un costo muy alto, pero, como hay que seguir viviendo, con algunos de los compañeros que hoy están aquí conmigo, tenemos la satisfacción de poder decir que tomamos conciencia de que vale la pena luchar por una vida mejor, por un proyecto de vida mejor.

Yo creo que lo importante es ver cómo los trabajadores vamos despertando, cómo vemos la *necesidad de ir capacitándonos*, de ir descubriendo la necesidad

de crear los elementos necesarios para luchar por una mejor salud. Como hoy ya no alcanza decir con que este es un régimen inhumano, ya no alcanza con decir que en la acería los compañeros dejan su vida. Es necesario ahora un trabajo más profundo y más inteligente, en el que se pueda fundamentar por qué ese trabajo es inhumano, por qué hay que cambiar las condiciones de trabajo. Allí es donde los trabajadores necesitamos el aporte de los profesionales. Porque sin ese aporte, nosotros nunca vamos a poder dar una respuesta definitiva a los problemas de salud.

Tendríamos que hablar de un montón de cosas, como de la tecnología, que es innegable, pero también tendríamos que hablar de una legislación por la cual los trabajadores pudieran estar amparados ante los cambios tecnológicos ya que en aquellos lugares donde aparece el robot, es indispensable que los trabajadores no tengan sobre sí el fantasma de la desocupación, que no miren al avance de la tecnología como un enemigo. Además porque la tecnología debe estar creada en función de beneficios para el ser humano y no de perjuicios. Es muy importante sumar la legislación, teniendo en cuenta todos esos detalles, que en definitiva se forman o se transforman en una enfermedad para el trabajador. Porque a veces no es la enfermedad misma sólo la que sufre el trabajador, o sea la que se ve, la que se palpa, *esa enfermedad está acá pero un médico no la detecta* ni tampoco la gente que está al lado de ese hombre, pero ese hombre está enfermo. Porque yo les confieso que llegué a sentir miedo, en otra etapa, de quedar desocupado, de no tener trabajo, de estar desamparado. Entonces uno vive pendiente de que una reforma tecnológica o un cambio en la economía el país caiga sobre las espaldas de los trabajadores y es así como podemos ver que en los trabajadores hay un retroceso de conciencia e incluso de retroceso de conciencia gremial. Por eso digo que es importante hacer una buena lectura de cuál es la conciencia real de los trabajadores hoy. Porque si nos equivocamos en ese análisis yo creo que no va a haber respuesta o tal vez no va a haber una respuesta adecuada. Si nosotros idealizamos a los trabajadores en cuanto a la toma de conciencia yo creo que los análisis no van a ser los adecuados para solucionar este problema. En este aspecto los profesionales, y me refiero a los que realmente tienen sensibilidad, pueden aportar mucho, trabajando en conjunto con los trabajadores. Porque los sindicatos pueden jugar un papel muy importante siempre y cuando tengan las personas adecuadas trabajando con los compañeros, estrechamente ligados a los lugares de trabajo. Porque es cierto que el trabajador, que está junto a la máquina, es el que mejor conoce el trabajo, el que mejor sabe cuáles son las consecuencias y los riesgos. Por eso es que un trabajador que tiene varios años de trabajo puede informarle a un profesional todas las características de las enfermedades que contraen él mismo y sus compañeros. Ellos son los que van a decir qué es lo que pasa cuando se trabaja en un lugar donde hace calor, donde hay ruido o donde hay polvillo. Todo aquello que tiene que ver con la vida y con la salud del compañero. Por eso creo que es un momento importante en el cual *los profesionales que realmente sienten esta función de trabajar por la salud de los trabajadores* se acercan a los sindicatos, y me refiero a los sindicatos que tie-

nen interés en trabajar por la salud de los trabajadores. Porque, lamentablemente, nosotros tenemos que hacernos cargo también de que no toda la dirigencia sindical está interesada en algún proyecto realmente importante, que vele por la salud de los trabajadores. Creo que el trabajo que se puede llegar a realizar en estos momentos es muy importante porque los logros salariales son muy difíciles. Hoy, la situación económica hace que cada aumento salarial cueste muchísimo trabajo. Esto es muy concreto. Cuesta fundamentalmente en la pérdida del poder adquisitivo. Entonces es importante que los trabajadores sepamos también dar una respuesta adecuada al momento en que vivimos. Vuelvo a repetir que esto requiere un análisis político porque es el que va a indicar cuál es el camino correcto en cuanto al trabajo a realizar. También va a indicar cuáles son los métodos que debemos emplear en la lucha por los beneficios y los derechos de los trabajadores, porque no basta con voluntarismo y buenos deseos sino que es necesario tener respuestas concretas. En cuanto al tema de la salud de los trabajadores, que es muy importante, lo que nos falta es organización.

Hubo hace un tiempo una explosión en una de nuestras plantas y no se pudo detectar cuál fue la causa. Quedó como si hubiera sido una cosa del destino, la mala suerte, que justo se produjo la explosión cuando esa gente estaba ahí, cuando allí nunca hay gente. Pero entiéndanme; nosotros no podemos aceptar que fue una cosa del destino que hizo que esos dos compañeros murieran. Este es un ejemplo que demuestra cómo nosotros, los trabajadores, estamos muy atrasados, como nos faltan muchos elementos para lograr que los mismos trabajadores sean los defensores de su seguridad y de su salud. En ese aspecto hay que trabajar, para enseñarles que ellos deben ser los primeros en defenderse, sin esperar que venga el delegado gremial o la comisión interna o el sindicato o el profesional para que él sepa que no puede trabajar en determinadas condiciones, para que sepa que ese trabajo no lo debe realizar porque está entregando parte de su vida. Pero lamentablemente, muchas veces nos encontramos con compañeros que dicen, "... bueno, tenemos que hacerlo, sino quién va a hacerlo...". Así es como la ideología de los dueños de empresa va calando en los compañeros y terminan dando estas justificaciones. Cuando les hablamos de las condiciones inhumanas que hay en las acerías, los jefes o superintendentes dicen "... y bueno, señores, esto es una acería...". Dicen que no es una sala de esparcimiento y con esto dan su justificación. Por eso yo digo que en realidad la *justificación es de un sistema*, en el cual el ser humano pasa a un segundo plano y lo que importa es la ganancia, es la producción y la reducción de costos para poder competir en el mercado. Y el ser humano no cuenta. Yo creo que ése es el compromiso, el que a todos los que nos preocupa el problema de la salud de los trabajadores, debemos contraer. Todos pensamos, creo yo, en el logro de una sociedad mejor y donde hay gente sana, todo el mundo vive mejor. Y donde hay gente enferma, aparecen los problemas que ya mencioné; en la familia, en la sección, etc. Muchas veces encontramos en algunos lugares un clima de agresividad entre los compañeros muy grande. Y muchas veces la manifiestan con nosotros, a pesar de que somos los que defendemos sus intereses. Pero en algunas secciones descargan su agresivi-

dad con el primero que tienen a mano. También lo hacen con el jefe, con el encargado y cuando van a su casa lo hacen con su familia. Ya tengo que terminar, pero antes quiero destacar la labor de los profesionales que ponen su conocimiento al servicio de la salud de los trabajadores. Dentro de esta sociedad individualista, dentro de una sociedad en crisis, es importante destacar a esas personas que tienen esas ideas y que están dentro del conjunto de personas que luchan por una sociedad mejor. Muchas gracias.

Dr. Carlos Rodríguez: —Bueno, tardé mucho tiempo en volver a la Facultad de Medicina. Aquel congreso en el que se trató de poner la Medicina del Trabajo al servicio de los Trabajadores no fue el punto culminante del Instituto de Medicina del Trabajo, tal como se mencionara hoy en la apertura. Algunos meses después tuvimos la oportunidad de reunirnos en esta Aula Magna por otro motivo. Ese día se entregaban los diplomas a los médicos y nosotros, desde el Instituto, decidimos que era un excelente día para entregar los diplomas a los trabajadores que habían hecho nuestros cursos. Entonces, el Aula Magna, al mismo tiempo que se llenaba de señoras gordas, se llenaba de trabajadores mineros, de trabajadores de la cerámica, que colmaban las butacas. La revista *Ahora*, que se publicaba en la época, lo tituló en la tapa "Los obreros doctores". ¿Cuanto tiempo, no?, para volver a la Facultad de Medicina y asumir la temática de la Salud de los Trabajadores.

Es curioso, pero en estos cuatro años en los que estoy de vuelta en el país y asumiendo una función oficial, que hasta pareciera contradictoria con mi lenguaje, tuve la oportunidad de estar en las Universidades de Rosario, de Córdoba, de Tucumán, del Comahue, casi siempre en la Facultad de Ingeniería. Pero yo era hijo de esta casa. Aquí fui consejero estudiantil, aquí había sido profesor adjunto de la cátedra de Medicina del Trabajo, porque en aquellos años había una cátedra de Medicina del Trabajo. De pronto, la larga noche, la oscuridad y, también, de pronto, cuatro años de democracia y la Facultad de Medicina ¡¡sí!! despertar a la luz.

De todas formas, todo llega y estoy un poco confuso en cuanto a cuáles son las expectativas que tienen Uds., respecto a todo este panel. He decidido, entonces, tratar de retomar algunos de los temas que mis compañeros han tratado en la mesa. Lo escuchaba a Mario, cuando planteaba, respecto a estadísticas actuales, que demuestran que los científicos y los sacerdotes viven más. Esto no es cosa novedosa. En el siglo XVIII hay un estudio muy viejo, de Sardognian, donde demuestra que los príncipes de la iglesia vivían más que los príncipes reales y ambos juntos vivían el doble que la población general. Estudió también, en Inglaterra, los príncipes de la Iglesia protestante y los católicos y encontró que vivían mucho más los primeros que los segundos. Primero se infirió que éstos eran los efectos benéficos del matrimonio, ya que los protestantes se casaban. Pero, realmente lo que hacía que vivieran más era que los curas protestantes eran quienes ejercían el poder. Entonces, la primera correlación, cuando se piensa en salud y trabajo, es que hay una relación directa entre la salud de los trabajadores y

quien detenta el poder. Esto mismo hizo que en el siglo XVIII se iniciaran los estudios epidemiológicos organizados, en los cuales se estudiaba a qué edad morían los trabajadores de las distintas profesiones. Y ya se sabe perfectamente que un trabajador tenía la mitad de expectativa de vida que un profesor universitario. O sea que esto no es novedoso, como no son novedosas otras cosas en la salud pública, y con esto hago mi primera ingerencia ya que entiendo que el problema de la salud de los trabajadores *es un problema de la salud pública*. Digo que no es novedoso porque, por ejemplo, una de las cosas que distinguía la vivienda del hombre de Neanderthal del Homo Sapiens, es que va a aparecer la primera pintura en ocre y manganeso, pero también aparecen las defensas contra el viento y los animales feroces y además un cubo donde el hombre depositaba sus excrementos, en una forma temprana de higiene, tratando de separar lo comestible de lo eyectable. Esto pasaba hace 750.000 años y, aún hoy, las 18 primeras causas de mortalidad neonatal, en los países latinoamericanos son debidas a la falta de instalaciones de saneamiento básico. Esa es también la razón por la que siguen muriendo primero los trabajadores que los intelectuales. O sea que, en principio, casi nada nuevo bajo el sol. Pero es importante ver qué es lo que ha pasado con este tema, que yo podría decir que es un tema censurado. Cualquier persona que se dedique a Atención Primaria, seguro que tiene un programa de atención materno-infantil, la salud del mañana, una salud geriátrica, ... ¡pobres viejos! Pero nadie se explica cómo no aparece la preocupación por la salud de hoy. Es curioso. Lo que hay que hacer es meterse, en lo que para mí, son sesgos culturales. Y en este tema, un sesgo cultural del Estado. Uds. van a encontrar, por ejemplo, curiosamente, que el Ministerio de Salud, históricamente, tiene estructuras hasta para controlar las epidemias de cólera, con direcciones nacionales a propósito para ellas. Pero carece y ha carecido históricamente de una dirección que se ocupe de la problemática de la Salud de los Trabajadores. Cuál es su hipótesis de riesgo y cuál ha sido históricamente. Es curioso que ni Carrillo pudo resolver este problema. El intentó hacer el Hospital Politécnico, que iba a ser dedicado a los trabajadores. Se convierte, durante el ejercicio del propio Carrillo, en Hospital Aeronáutico. Entonces, en primer lugar, tenemos un Estado que no asumió que el problema de la Salud de los Trabajadores fuera un problema de la salud pública. Y sigue sin asumirlo. Uds. dirán, ¡pero éste es un funcionario loco! Es el responsable de esta área en el Ministerio de Trabajo... Sí, señores, lo soy y lo he asumido con toda la vehemencia y con todo el trabajo de que soy capaz. Y soy el único Director Nacional en pie que comenzó en 1984 y que ha tenido la suerte de ver caer a 5 ministros antes que a él. Pero esto no me hace llamar a error y desconocer la incapacidad del Ministerio de Trabajo para resolver este tema a lo largo del país. Pero tampoco puedo perder de vista que algo ha cambiado en la filosofía del Ministerio, desde que pudimos, con unos cuantos compañeros, cambiar el eje de la discusión. Pero este sesgo cultural que mencioné, no acontece sólo en el Ministerio de Trabajo y en el de Salud. También aconteció en esta Facultad de Medicina. Ya Mario lo comentaba, como es curioso ver las historias clínicas. De qué murió papá y mamá, hubo alérgicos, diabéticos, y

no sólo es el problema de preocuparse por el consumo, no. La prevención que nos enseñaron ha sido la prevención del hábito personal: si el tipo come y está gordo, es culpa de él; si fuma, es un débil mental. Pero el riesgo impuesto por el conjunto social, el riesgo laboral, no forma parte de la anamnesis, porque total, no se la puede prohibir. Cómo se le va a ocurrir a uno prohibirle el trabajo a un hombre. Entonces, la historia clínica no adolece de la falta de anamnesis laboral por un problema de consumo, sino que lo que hay es un problema de sesgo en la prevención, estilo éste consagrado en esta iglesia que es la Facultad de Medicina.

En segundo lugar hay un sesgo en los trabajadores. Comparto las cosas que decía Alberto. Hay un sesgo histórico, desde el año 30 para acá, que es cuando comienzan las reivindicaciones de cambio de salud por dinero, o sea los plus por toxicidad, por insalubridad, la reducción de la jornada de trabajo. Comienza por ahí porque no fue siempre. Yo reivindico como una lucha por la salud de los trabajadores la heroica defensa de la jornada de 8 horas. La muerte de los héroes de Chicago fue tal vez la primera lucha de los trabajadores por la salud laboral. O sea que, no es nada nuevo que los trabajadores asuman esta temática. Pero, ¿por qué la venta de la salud? ¿Esto es por fines hedonistas? Yo no he visto a ningún trabajador que por trabajar dos horas más y cobrar un 25% más ande en Mercedes Benz por la calle. Ni siquiera podría comprarse el coche que en aquella época compré Piccininni. Simplemente, como al trabajador no le alcanza para cubrir sus necesidades elementales con su fuerza de trabajo, vende su salud que es su única propiedad pasible de ser vendida. También hay enormes sesgos culturales en los empleadores... por razones obvias. No se trata de sesgos.

También hay sesgos en la cultura en los ejercicios que tienen que ver con la salud de los trabajadores, a los cuales estamos acostumbrados a ver. Por ejemplo, la Psicología del Trabajo, que se ejerce en este país para seleccionar mejor la mano de obra, está inserta dentro de la Gerencia de Selección. Allí se ve si tiene características de líder o no. Y si las tiene, pues no entra como operario manual; en todo caso podrá ser un buen Gerente de Personal. Esta Psicología del Trabajo piensa en un hombre devaluado. No veo que esta Psicología trate de entender cuáles son las vinculaciones entre un hombre y el trabajo. Qué le pasa a un trabajador que fabrica acondicionadores de aire cuando vive en una villa en Tucumán con 40º de temperatura. Cuál es la contradicción entre lo que fabrica y su vida personal. Esta otra Psicología del trabajo no existe en el país. Está intentando surgir. Hay un sesgo cultural también en otros profesionales que hacen el ejercicio de la seguridad industrial. Estos señores parten de un axioma. Hace algunos años se descubrió lo que se llama "riesgo socialmente aceptable" y esto lo utilizan como un catecismo. Cuando surgió la terminología se los vio más asombrados que cuando Watson y Crick descubrieron los ácidos nucleicos.

¡Encontraron la piedra filosofal de la seguridad! Claro, es imposible trabajar absolutamente seguro. Hay una cosa de riesgo que es inevitable. En todo caso, la sociedad, para poder avanzar, debe aceptar este riesgo. Tal vez tengan razón con esto del riesgo aceptable, pero yo pregunto, ¿aceptable para quién? ¿Para quien fabrica, para quien trabaja, para quien usa lo que se fabrica? Al menos debería

haber consenso, y este consenso, en general, no está dado. Entonces, el sesgo cultural es confundir los términos: confundir prevención con protección. El lenguaje es claro. La protección existe cuando la prevención fracasa. Entonces, normalmente, la conducta es "colóquese este tapón, si no se va a volver sordo". Y escuchamos lamentarse a estos técnicos como "coro de viejas" cuando dicen: "les dimos los taponos y estos trabajadores no los usan!". Unos años atrás, estando en Italia, interrogo a un trabajador sobre el porqué del no uso de los elementos de protección personal y él me responde a mi pregunta con otra pregunta: "¿Esto para qué es? Para que yo conserve mi oído para cuando sea viejo? Sí, le digo entre otras cosas, sí. De esta forma Ud. va a conservar su oído indemne. Y dígame, me contestó, para qué quiero yo tener un oído sano cuando sea viejo si no voy a tener con quién hablar? Porque con esto yo no me comunico con mi medio social que son mis compañeros, entonces he hecho una ecuación costo-beneficio. Prefiero volverme sordo, total entonces ya no tendré con quien hablar y ahora, permítame comunicarme".

Esto me hizo pensar que, en general, los elementos de protección tienden a reducir los sentidos que dicen proteger. Pero el hecho de transferirle al otro, a través de los elementos de protección personal, la propia responsabilidad es un ejercicio de "poncio-pilatismo" habitualmente utilizado. Pero, ¿qué pasa con nosotros, con los médicos? ¿A qué se reduce el papel del médico en una fábrica? Normalmente, su trabajo es restituir al accidentado a la línea de producción. Si esta es la tarea del médico, entonces su lugar es el departamento de mantenimiento, que es donde se reparan las máquinas para volver a trabajar. Hay otro ejercicio antiético y muy difundido: el control del ausentismo. Yo en esta facultad estudié anatomía, histología, microbiología y muchas más, pero nadie me enseñó a hacer *de policía*. Este tampoco es un ejercicio para los médicos, si realmente quieren estar al servicio de la salud de los trabajadores. La cuestión, está en cómo se entrelaza, el trabajo de los profesionales con el trabajo de los trabajadores. En primer lugar hay que pensar que no hablamos el mismo lenguaje, pese a que nos pese; pese a actitudes de proletarización, simplemente porque los mecanismos de raciocinio, en primer lugar, son distintos. Unos son deductivos y otros son inductivos y, en segundo lugar porque es distinta la experiencia. El científico entra y estudia transversalmente un momento; el trabajador tiene memoria histórica, tiene conocimiento horizontal. Entonces es imposible el reemplazo de uno por otro, pero sí es posible una complementación entre estos saberes y estos conocimientos. Hasta hoy, las relaciones entre profesionales y trabajadores consisten en que, de un lado del escritorio hay un señor que, presuntamente todo lo sabe y del otro lado, un señor que presuntamente, todo lo ignora, que es el trabajador. Esto también pasa a menudo en otras consultas médicas. Yo no planteo invertir esta relación iluminística por una relación demagógica en donde el único que sabe es el que está del "otro lado". Lo que planteo es que *debemos buscar el ámbito para articular estos dos caminos. Y el ámbito en que se articula algo es el ámbito de la necesidad*. Los profesionales médicos, sobre todo, hemos sido paridos y educados por esta Facultad o por otras, pero pagados

por el conjunto de los trabajadores de este país, aparte del propio esfuerzo. Y uno devuelve y yo creo que esto debe hacerse por los caminos de, en primer lugar, saber qué está pasando y en esto ha consistido parte de nuestra tarea. En 1984 nos preguntamos: ¿cuál es el estado de este tema? Y cuando fuimos a buscar los libros, en las referencias bibliográficas había dos: Biale Massé, 1904, Alfredo Palacios, 1916, con su libro sobre la fatiga. Y nada más. No había estudios descriptivos.

Fuimos entonces a los institutos de investigación, ya que las ciencias básicas han sido el privilegio de este país. Tratamos de ver las monografías de los estudiantes. No. Porque los estudiantes no tiene incorporada esta materia en su carrera. Entonces, decidimos empezar a ver qué sucedía, no sólo por el deleite de verlo, sino para poder entregar instrumentos a los trabajadores. Así es que empezamos por los más marginales, por los que ofrecen una menor rentabilidad política, no por el conurbano, sino por los trabajadores agrarios, los de la construcción, luego los de la minería, después los de la pequeña y mediana empresa, los estibadores del puerto de Buenos Aires, luego los de la industria de la pesca, los de aserraderos, los de nuevas tecnologías, los de clínicas, hospitales y sanatorios. Fíjense que nos consideramos trabajadores marginales. Y, precisamente, cuando estudiamos lo que pasaba con los trabajadores de las clínicas y hospitales, nos encontramos con que, efectivamente, padecen de una gran marginalidad. Entre otras marginalidades observadas hallamos la de que muchos de los médicos a los que había que entrevistar se negaban porque no se consideraban incluidos dentro de un diagnóstico que era para trabajadores.

Pero, ¿para qué este diagnóstico de situación? Justamente para dar herramientas que permitan modificar las condiciones de trabajo. Hemos utilizado algunas herramientas y en este momento, *el movimiento obrero está utilizando muchas de ellas en una cuestión muy concreta que son las convenciones colectivas de trabajo*. En este momento la Confederación General del Trabajo tiene un Departamento de Higiene y Seguridad y Medicina del Trabajo. En los próximos días este departamento ha convocado a todos los secretarios generales de los gremios para discutir posiciones básicas en materia de condiciones y medio ambiente de trabajo en los próximos convenios colectivos. Cuando vemos hacia atrás, el estudio que hemos hecho sobre los 450 últimos convenios, esto nos demuestra que *sólo en 4 de ellos* había cláusulas de mejoramiento de las condiciones de trabajo. En el resto *las empeoraban*. Pero quiero hacer una última referencia. Esto es, qué relación que hay entre la salud y trabajo y la atención primaria.

Bueno, nosotros pensamos que esta es una parte inexcusable de la atención primaria. No creemos que la atención primaria sólo sea extensión de la cobertura sino que creemos que no habrá posibilidades reales de conseguir una participación comunitaria más rica que la participación de los trabajadores. Pero, también creo que no habrá posibilidad de hacer atención primaria en serio, si no se reformula, no sólo lo que son los programas de atención primaria, *sino también la formulación de la atención médica*.

Creo que sería adecuado que el conjunto de profesionales de la salud que está

en esta sala perfeccionara aquello que *sabe* sobre las relaciones de salud y trabajo. Si, realmente, cuando un trabajador viene con una dispepsia piensa que tal vez tenga algo que ver con su trabajo. Si cada vez que se ve un cáncer de estómago o de pulmón, se pueda pensar que tal vez haya alguna vinculación con el trabajo.

La clasificación de enfermedades en la prevención es un producto artificioso, es una clasificación leguleya pero científica. Lo que aquí realmente interesa y es menester internalizar es que no hay enfermedades *del* trabajo y de *fuera* del trabajo. Lo importante es saber qué papel juegan las condiciones de trabajo en el conjunto de la patología humana. Allí está la llave, aún si pensamos en términos de enfermedad, no atreviéndome a pensar en términos de salud, sino, también tendríamos que pensar cuáles son las relaciones de un trabajador con su trabajo y, a menudo, vemos que son relaciones *aflictivas*. Es difícil trabajar con la aflicción y ésta no se cura con antidepresivos. En principio, entonces, creemos que la salud laboral ha de ser parte de la atención primaria, queremos fervientemente que esta Facultad de Medicina comience a formar a sus médicos como para que puedan conceptualizar la hipótesis etiológica con las vinculaciones entre una condición laboral y la salud. Creemos, que esta Facultad de Medicina, que en este momento está licitando su concurso para la Escuela y para la Cátedra de Salud Pública, *debe tener una hipótesis en salud ocupacional*. También creemos que, si tuviéramos más recursos humanos, si tuviéramos más ejercicio del poder, si tuviéramos estos programas ubicados en atención primaria de la salud tal vez podríamos animarnos a controlar la cosa... Con algunos compañeros sostenemos que, en primera instancia, el primer deber es que los trabajadores no mueran, no se hieran, no se enfermen, como consecuencia de su trabajo. *Creo que el éxito final es que los trabajadores vuelvan a cantar cuando trabajan*. Muchas gracias.

Quiero pedirles un aplauso para alguien que tiene mucho que ver con lo que nosotros pensamos, porque los de la mesa pensamos bastante parecido en muchas cosas. Es quien creó el Instituto de Medicina del Trabajo y está en la sala. *El Dr. Mario Testa*.

Público: —¿No consideran que no es que haya bajado la conciencia de los trabajadores sino que han aumentado otras condiciones: baja del salario real a los niveles dictados por el FMI, que llevan a horas extras y doble trabajo para sobrevivir?

Alberto Piccininni: —Es cierto que estamos en esta situación económica debido a nuestra relación de dependencia impuesta por el FMI, pero yo creo que si no analizamos esto correctamente y seguimos creyendo que la conciencia del trabajador es la misma que hace 10, 12 ó 13 años atrás, nos vamos a equivocar. Los fenómenos político-sociales no ocurren por casualidad. Muchos compañeros se ven obligados por la situación económica, pero hay otros que no han tenido ni la posibilidad de poder analizar esto o de despertar. Entonces, yo no quiero mandar

un mensaje pesimista en cuanto a la conciencia de los trabajadores, pero creo que también tenemos que ser realistas cuando pensamos qué nos pasó. Porque si no hacemos una buena lectura y asumimos que aquí nos pasaron con una aplanadora por encima y que, afortunadamente, no nos mataron pero que somos como un enfermo que se está reponiendo, entonces vamos a seguir cometiendo los mismos errores del pasado, más allá de que nuestros objetivos de lucha hayan sido justos. Se da, además, una cuestión casi paralela: en algunos sectores de trabajadores hay un retroceso de conciencia, porque, si bien los que sobrevivimos podemos haber ganado en conocimiento y en experiencia, también hay un producto de esa derrota parcial, pero derrota al fin y que no impide que sigamos luchando y que tengamos expectativas de un proyecto para una vida mejor, pero hay una realidad que es necesario analizar correctamente, porque este es el punto que nos va a llevar a elegir los caminos de lucha. Si nosotros hacemos un análisis y decimos que la lucha del proletariado ha generado un aumento en la lucha de masas y que los problemas son de los dirigentes que no analizamos la realidad, entonces no vamos a solucionar estos problemas. Recalco que es importante trabajar para una mayor educación de los trabajadores, para que ellos sean los primeros en defender su salud, para que tomen conciencia de que ellos son los más interesados en esta defensa. Aquí es importante marcar la diferencia entre educar al trabajador, enseñarle y hacerlo tomar conciencia y otra cosa es el *paternalismo*, que suele traer consecuencias nefastas. En este caso hay un ejemplo muy claro: cuando los compañeros dicen que son los dirigentes los que tienen que marcar el camino, que son los que tienen que pelear, etc.; cuando está demostrado que los dirigentes, sin el aval, sin el apoyo de los trabajadores, sin el esclarecimiento de los trabajadores no van a ningún lado. Porque las luchas van a dar resultado cuando el conjunto de los trabajadores esté convencido. Esto hay que recalcarlo con toda firmeza. Creo que hay un retroceso de conciencia como fenómeno en general. No estamos aplastados y no estamos atrasados. Hay cosas en las que se ha avanzado porque hay algunos sindicatos en los que se hacen cosas. Pero eso no ocurre en todos lados. Nosotros, en Villa Constitución podemos decir, con satisfacción, que tenemos el sindicato y además tenemos aspiraciones a enfocar la salud de los trabajadores desde otro punto de vista. Aquí hay presentes, tres o cuatro profesionales de nuestra Obra Social que están trabajando en un proyecto diferente en cuanto a la salud. Todo esto nos tiene que hacer ver cuál es la realidad, que desde mi punto de vista, que es cuestionable, es que hay un retroceso en la conciencia de los trabajadores que está ligada al plan económico, al FMI, con la dependencia en la cual está sumido nuestro país. *Cuando el trabajador toma conciencia, pelea, se organiza y no acepta mansamente estar superexplotado.* Y si reconocemos que hay un retroceso en la movilización de los trabajadores, debemos aceptar que hay un retroceso de conciencia, más allá del miedo lógico a la represión que trajo toda la etapa que vivimos. Este es mi punto de vista y quiero, por favor, que no sea tomado como absoluto, en cuanto a la conciencia de los trabajadores.

Público: —¿Cómo está la legislación en relación a la salud de los trabajadores en la República Argentina? Y, visto el exacto diagnóstico de las condiciones insalubres de trabajo realizado por la dirección a su cargo, ¿qué tipo de legislación laboral se puede proponer desde la misma, para subsanar este problema? Además, ¿cómo deberían organizarse los profesionales dispuestos a trabajar por la salud de los trabajadores?

Dr. Carlos Rodríguez: —En cuanto al tema de la legislación, daré mi visión personal, que no es compartida por muchos profesionales del área. Hay en el país una Ley Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, la ley 19.587 y un decreto reglamentario, el decreto N° 351, de 1979. La ley es producto de una dictadura militar y su decreto es de otra. Para mí, comienza siendo no válida por esta razón. No obstante, la ley plantea una cantidad de preceptos preventivos, pero yo creo que equivoca fundamentalmente su motor: este sería los servicios de medicina del trabajo y los de Higiene y Seguridad. O sea que pone en los profesionales, la tarea de prevención.

Nosotros entendimos que esta ley era incorrecta y durante el año 1985, después de hacer un diagnóstico y de analizar la legislación comparada, llegamos a estudiar y debatir con un conjunto de gente de un espectro muy amplio, pluripartidario, una propuesta de legislación alternativa frente a la que ya existía. Este proyecto se concretó y se comenzó a discutir dentro del gabinete. Cuando Barrionuevo lo anuncia, en lo que iba a ser el segundo paquete de medidas laborales (como ustedes saben, terminado el primer "paquete", que no prosperó, Barrionuevo se fue), pero la ley quedó en el cajón.

En este momento la situación es la siguiente: Proyecto de ley existente, el gabinete lo tiene en estudio y además tiene una especie de ultimátum personal; este vence en el mes de agosto por las siguientes razones: yo he asumido personalmente el compromiso de llevarla a las cámaras para tratar que los mismos partidos políticos que participaron del proyecto y de su discusión, sean quienes la pongan en el Congreso. No hemos hecho esto antes porque la práctica demuestra que los proyectos de fondo, si no los envía el ejecutivo, difícilmente son tratados. Ese proyecto transita un camino diferente; si bien conserva la participación profesional, estos servicios son servicios donde se busca alguna garantía de independencia científico-técnica. Por otro lado, se crean obligatoriamente formas de participación: a nivel nacional, en lo que es gestación de políticas a través de las organizaciones sindicales; la participación concreta de los trabajadores a través de comisiones paritarias de salud y seguridad en cada establecimiento, trabajadores éstos con fuero sindical; al mismo tiempo se crea un Centro Nacional de Salud de los Trabajadores como ente autárquico y con recursos genuinos. Los mismos salen de un aporte que deberá hacer cada empleador que pierda un juicio, en sede administrativa o en sede judicial, por accidente o enfermedad laboral, de un 5% extra para la entidad que ha sido creada a los fines de la prevención. También se establecen claramente cuáles son los deberes y obligaciones y, finalmente, se establece cuál es el ámbito de la reglamentación que va

desde la importación de la tecnología hasta su uso en la fábrica. Se plantean también las sanciones. En este momento, la sanción es un elemento que no tiene valor coercitivo, ya que consiste en una multa, en determinadas condiciones la reducción del horario de trabajo y punto. En este nuevo proyecto de ley se plantea la multa, el cierre de la empresa o el puesto de trabajo sin que esto lesione el salario del trabajador en el caso de que el riesgo sea grave y también la confirmación de delito frente al código penal. Explico ésto porque puede resultar llamativo: yo puedo entender que un trabajador se caiga de un andamio *una vez*, pero, si en la misma empresa mañana se cae otro trabajador y pasado mañana otro, esto ya no es negligencia, esto es homicidio y por lo tanto debe ser caracterizado dentro del código penal. Estas son las bases del anteproyecto de legislación y las que yo creo que podrían servir de margen. Pero también creo que es ilusorio pensar que con la existencia de la legislación se resuelve la problemática. Si bien debe haber un marco normativo, éste es un elemento necesario pero no suficiente. Aún con una buena legislación es difícil o prácticamente imposible ejercer el control. Yo he planteado cuál es el número de inspectores necesario para abastecer una población de 10 millones de personas, como lo es nuestra población económicamente activa, en un territorio de 3 millones de kilómetros cuadrados. Jamás existirá ese ejército de inspectores. Por eso, en esta legislación se ve prácticamente al trabajador como elemento de fiscalización, pero no bastará con que el trabajador tenga este respaldo legal; también hará falta lo que Alberto planteaba: el rol de formación e información por parte de la organización gremial y fundamentalmente cambiar el eje de la discusión social. Lo que interesa entonces es saber si el trabajo o la producción están al servicio del hombre o el hombre al servicio de la producción.

Este debate social aún no se ha instaurado, resta por darse en la clase política, entre los intelectuales. Aquí hay una pregunta que dice: "¿qué opinión le merece la plus-valía y cómo se relaciona con la salud de los trabajadores?"

Me acuerdo haber comentado que la plus-valía era un territorio teórico muy interesante y sobre esto Engels le escribía a la clase obrera de 1800. Pero la salud de los trabajadores se dimensiona todos los días en términos prácticos. Creo que fui suficientemente claro cuando dije que cuando a un trabajador ya no le queda otra cosa que vender, que su fuerza de trabajo, también vende su salud. A las personas que preguntaban cómo poder trabajar en este tema de salud de los trabajadores, yo primero les diría que hay que empezar a reclamarle al decano sobre esto. También hay que reclamarle al hospital; si tiene un servicio de oncología, si se compró un tomógrafo computado, también se puede crear una cosa chiquita.

Pero a aquellos compañeros interesados en el tema les propongo que se pongan en contacto con nosotros, ya que esto merece más tiempo de conversación en la Dirección Nacional de Higiene y Seguridad, Rivadavia y Paraná o con Marta Novik en el CEIL, ya que hay distintos lugares desde donde se puede abordar esta temática.

Una vez me preguntaron esto mismo en España y contesté que una carbone-

ría era apropiada. No es tan importante el ámbito, sino con qué concepción uno se acerca a esta tarea.

Público: —¿Cómo puedo proceder en el caso de enterarme de que algún trabajador corre peligro o altos riesgos respecto a su salud? ¿Basta con avisar a un sindicato? En este caso, ¿a cuál?

Dr. Rodríguez: —Hace muchos siglos atrás un rey había sacado una orden por la cual debían denunciarse a los que construían mal los andamios. Esto hoy no existe en la legislación: obligación de denuncia pública por la gran mortalidad. Pero igualmente creo que es pertinente tanto la denuncia al sindicato como a las autoridades competentes. pero, por ejemplo, la Dirección de Higiene y Seguridad carece en este momento de poder en una cantidad de circunscripciones. En el caso de la Provincia de Buenos Aires, la autoridad competente es la Sub-secretaría de Trabajo de la Provincia, en la cual se debe gestionar la denuncia, aparte de hacerlo en la organización sindical a la cual pertenezca el trabajador.

Público: —Dentro del enfoque de la alienación que desarrolló la Lic. Marta Novik, el trabajador no es dueño de fijar las condiciones laborales, ni los ritmos de producción y tampoco es dueño del producto de su trabajo. De todo esto se apropia el empresario. Primero: en esta situación, ¿cuál es el rol del Estado?, segundo: ¿Cuál es el rol de los trabajadores de la salud?

Lic. Marta Novik: —En cuanto al tema del Estado, la respuesta no puede ir más allá de lo que planteaba Carlos en cuanto a fijar las grandes normas de la legislación o grandes lineamientos. Lo otro está más relacionado con la segunda parte de la pregunta, en cuanto a cuál es el rol de los trabajadores de la salud. En primer lugar, como trabajadores, deben hacerlo con los trabajadores de los lugares en los cuales quieren hacer un aporte y dónde se puede concretar esto. Los trabajadores de la salud deben hacer su tarea al lado de los trabajadores, de lo contrario siempre va a ser parcial y fría. Como así también su visión. En torno a lo que planteaba Piccininni antes, no siempre sabemos los riesgos por los que atravesamos. Como segundo tema pero no menos importante, estaría la línea de investigación. O sea la importancia que pueden arrojar ciertos conocimientos e investigaciones sobre determinados temas que aquejen a la salud de los trabajadores, siempre y cuando la investigación no quede como investigación en sí mismo sino como una herramienta al servicio de los trabajadores.

Público: —Para el compañero A. Piccininni: ¿Qué opina usted sobre el Seguro Nacional de Salud ya que ustedes participaron en su formulación actual? y una segunda que dice: Dado que los médicos de la fábrica menoscaban los síntomas que presentan los trabajadores, debiendo éstos luego consultar al médico de la Obra Social para que verdaderamente se los escu-

che, ¿cómo podría mejorar ésto? ¿Sería posible la presencia del médico de la Obra Social más cerca del lugar de trabajo o en el mismo?

A. Piccininni: —Respecto al Seguro Nacional de Salud yo creo que una cosa son los proyectos y otra la realidad. Lamentablemente, no se ha podido aplicar en nuestro país porque yo creo que nos falta conciencia general a los argentinos. Esto lo digo por experiencia, porque, lamentablemente, nos dicen que los partidos políticos que tienen el gobierno han usado la estructura de ese gobierno políticamente. Aquí todo el mundo sabe que el manejo de la Obra Social también significa un manejo de poder económico y por lo tanto, hoy se maneja políticamente la distribución de los recursos. Sería lo más justo y adecuado que hubiera un buen Seguro de Salud, a partir del cual todo el mundo pudiera tener una buena atención y no que la tenga de acuerdo a lo que paga. Pero como no hay ninguna garantía de que eso puede llevarse a cabo, los trabajadores seguimos trabajando y luchando, cada uno en nuestro sindicato, para que nuestras Obras Sociales tomen el control de la parte gremial. Pero, aquí también debemos reconocer que algunos sindicalistas manejan los recursos de la Obra Social políticamente, lo cual trae mucha desconfianza. Es conocido que en este momento las Obras Sociales están atravesando una situación económica muy difícil y si sobreviven es en función del aporte que brinda el INOS y ustedes saben que al INOS lo maneja el gobierno, o sea que es un elemento de regulación en cuanto a la conducta de los gremios para pasarles los recursos necesarios, de acuerdo a su comportamiento. Como en nuestro país todavía existen esas condiciones, hay desconfianza en cuanto a que el Seguro Nacional de Salud pueda ser un manejo político del gobierno y que las consecuencias para los trabajadores puedan ser peores, porque no hay garantía de que se vaya a elevar el nivel de atención; al contrario, algunas Obras Sociales corren el riesgo de disminuir sus prestaciones. En cuanto a la participación, la UOM de Villa Constitución no participó en su conformación y menos, por razones obvias, a nivel nacional. Ustedes saben que la conducción a nivel nacional de nuestro gremio está en la tesitura de que las Obras Sociales deben ser manejadas por los sindicatos, por lo menos por el momento. Si realmente se pudiera plasmar un Seguro Nacional de Salud como corresponde, yo creo que sería positivo porque es lamentable ver cómo los trabajadores de Obras Sociales de sindicatos más o menos fuertes tienen un determinado tipo de atención y cómo los trabajadores de gremios chicos o que no tienen tantos recursos económicos, tienen una atención inferior. Entonces, sería bueno que eso se corrija, pero tendría que haber suficientes garantías de que esto vaya a significar una mejor atención médica. En cuanto a la pregunta sobre los médicos de fábrica, yo no quiero ser injusto y generalizar, ya que puede aparecer un médico de fábrica honesto y que trabaje bien, pero en general, se da la característica de que los médicos de fábrica son apremiados para darle el alta a los trabajadores antes de tiempo. Yo creo que la solución, vuelvo a insistir, viene con la educación. Los compañeros que están bien asesorados, que aceptan las indicaciones del gremio y recurren a nuestra Obra Social, allí tienen un médico que les

da un diagnóstico adecuado y le da el alta cuando cree que es conveniente, porque nuestros médicos de la Obra Social trabajan en función de una concepción que está al servicio de la salud del trabajador. Creo, entonces, que la solución en lo inmediato es fortalecer la conciencia de los compañeros para que ellos mismos sepan defender y cuidar su salud y para que vean al médico al cual ellos le tienen confianza. Si este médico es de la Obra Social saben que tienen el derecho de que ese diagnóstico está amparado y si este médico dice que no está en condiciones de ir a trabajar, él debe hacerle caso a *su médico*. Esto, además, agrega la cuestión de que el trabajador sabe lo que tiene, sabe de qué está enfermo. Lo ideal sería que no existieran más médicos al servicio de las patronales. Pero mientras tanto, los compañeros tienen que defender su salud y podemos decir que en Villa Constitución nos ocupamos de esto permanentemente, porque creemos que es básico que el trabajador sea él primero que nadie, quien defienda su salud y concurra al médico de su confianza.

Público: —¿Cómo se puede incluir la salud ocupacional en las residencias de medicina general y en las escuelas de enfermería y en qué lugares del país se ha incluido?

Dr. Mario Epelman: —Hasta donde nosotros sabemos, no se ha incluido en ninguna parte. Creo que el problema es más grave: no se trata de incluir la Salud Ocupacional en el post-grado, sino de incluirla también en la formación de pre-grado. *No se trata aquí de formar especialistas en medicina del trabajo*, sino que lo más importante es formar médicos que tengan clara una concepción sobre las relaciones entre las condiciones de trabajo y el proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, la idea es que esta concepción debe impregnar toda la formación del médico y que los temas de Salud Ocupacional deben estar incluidos desde las materias básicas. Mucho más cuando se estudia Patología o Clínica Médica, donde debe estar incluida como una de las causales de la patología. También es realmente importante en la formación del médico general. La pregunta “¿cuáles son los mecanismos por los cuales se puede lograr que la Facultad de Medicina incorpore estos temas en su plan curricular?”, creo que queda sin respuesta.

Dr. Carlos Rodríguez: —A mí esta pregunta me da la sensación de que hemos logrado generar angustia, que era un deseo inminente que teníamos todos nosotros. Porque vienen varias preguntas ligadas a qué hacer, cómo ligarse a ésto, cómo ubicarse en ésto. En principio, los médicos de familia en otros países, dentro de su currícula tienen una porción importante dedicada a la salud de los trabajadores. Pero los médicos generales no van a traer este cuestionamiento sencillamente porque no tienen hipótesis etiológica, entonces no notan la carencia ya que su esquema de salud-enfermedad no les permite notarla. Entonces, cuando haya revisiones curriculares habrá que ver quién plantea que este es un tema que pueda merecer interés.

Público: —Recién se hablaba de que el logro sería conseguir que el trabajador cante cuando trabaja. Mi pregunta está referida a por qué pensar que el logro sería trabajo más canto y no sólo canto. Esto está referido al ocio creativo, al trabajo creativo y no a la producción para el otro, pues me parece que se pensaba en cada intervención al hombre dentro de la esfera productiva capitalista y no, por ejemplo, haciendo un trabajo que no sirve para nadie, para nadie más que uno.

Dr. Carlos Rodríguez: —La pregunta me facilita otro bocadillo para el cual no daban los 20 minutos iniciales. Que yo conozca, en la literatura, el derecho a la pereza se reivindicó dos veces: una fue con Lafarque, a principios de siglo y la otra oportunidad fue durante el otoño francés en el movimiento “ne travaillez pas” en el cual se reivindicaba no trabajar. Es cierto que estamos inmersos en una cultura del trabajo, tanto que se dice que los jubilados terminan en una plaza mirándose como “ceros”. Ahora incluso hay multinacionales que ofrecen servicios pre-jubilación.

Aquí hay un problema que está en crisis, que es la concepción misma del trabajo. El problema es inherente a la forma de producir en una sociedad compleja y competitiva. Además, hay muy pocos trabajos científicos que planteen formas alternativas de producir. Si a mí me lo preguntan, entre esto de trabajo más canto, voto por el canto. Pero cuando me refería a los trabajadores cantando estaba hablando de reemplazar las relaciones de aflicción por relaciones de plenitud. Esto es utópico, pero yo creo que la sociedad necesita de utopías. Es utópico porque nadie puede pensar en volver al trabajo artesanal, que además sólo era bueno para el artesano que enseñaba. El pobre aprendiz la pasaba bastante mal, pero si hay que trabajar es imprescindible tener una relación lo más feliz posible con el trabajo, que nos permita tener tiempo suficiente para tener una vida extralaboral rica, para acostarme con mi mujer a la noche no antes de salir al trabajo, hora en que normalmente la mujer no tiene ganas. ¿Recuerdan “La clase obrera va al paraíso”? Bueno, esta es la triste realidad. Los trabajadores normalmente mantienen relaciones sexuales por la mañana porque se les ha robado la posibilidad de ser felices fuera del trabajo.

Público: —¿Cuál es la propuesta para solucionar el problema del pago del plus o cobro indebido, en la atención médica por parte del trabajador?

Alberto Piccininni: —Una respuesta rápida sería que los médicos ganen más y así no cobren el plus. Yo comprendo que los aranceles médicos son bajos, pero también los médicos deben reconocer que están insertos dentro de una realidad económica y que en función de esto no se le puede decir al enfermo que si no paga el plus, no lo atienden. Creo que hay que tender a una solución general del problema. Lo que nosotros hacemos en nuestra Obra Social es hablar con los compañeros afiliados para que no paguen el plus. También hablamos con los

profesionales y les decimos que no deben cobrarlo. Y en algunos casos hemos prescindido de los médicos que cobran este plus. También reforzamos esto diciéndoles a los profesionales que si quieren trabajar con nuestra Obra Social, deben abstenerse de cobrarlo. Pero lo más importante es lograr que el compañero no lo pague, porque el compañero a veces transa porque es su médico y cuando éste plantea que las Obras Sociales pagan poco o demoran los pagos y solicita el pago de este plus, acepta las condiciones. Pero repito que lo más importante es que el problema se solucione globalmente y no de otra forma.

Público: —Dr. Rodríguez, usted citó al trabajador agrario. ¿Qué puede decirnos sobre la salud de esos trabajadores?, ¿qué legislación existe y qué pasa con la prevención?

Dr. Carlos Rodríguez: —Nosotros estudiamos solamente determinadas zafras, como la caña tucumana, como el algodón en el Chaco, peras y manzanas en Río Negro, cultivos cerealeros y de papa en Buenos Aires. Si se lo enfoca desde los problemas clásicos de la salud ocupacional, diría que los dos primeros problemas son: la maquinaria agraria y los plaguicidas. Pero también nos encontramos con todos los problemas que ustedes ya conocen, que son la vivienda, el agua potable, la alimentación, el transporte, el acceso a la educación, la salud pública en general. En el terreno de la problemática específica de las condiciones y medio ambiente de trabajo, el trabajador sigue respondiendo a estructuras feudales. Fíjense que cada uno de los documentos producidos por la Dirección ha sido llevado a discutir por empleadores y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas. En este seminario de agro no participó ninguna de las tres entidades empresariales agrícolas, ni siquiera aquella que parece ser la más progresista. O sea, que no hay afán en discutir con respecto a este tema.

Con respecto a los aspectos legales, sigue rigiendo el estatuto del trabajador que permite que el trabajador sea expulsado de su vivienda por la fuerza pública. Como verán, hay un gran atraso. Algunas fuerzas políticas pidieron su derogación, pero si este se deroga entra en vigencia el estatuto del peón de la Constitución de 1944 y éste consagraba el trabajo de "sol a sol", lo cual tampoco sería adecuado para el momento actual. En cuanto al tema plaguicidas, en cámara hay un proyecto de ley que duerme el sueño de los justos. Este tema no es menor, ya que nuestro país importa y utiliza "alegremente" gran cantidad de plaguicidas que están prohibidos en los países donde se fabrican y, este proyecto, que a nuestro juicio es un buen proyecto, sigue ahí detenido. Nosotros estamos trabajando en un proyecto de maquinaria agrícola con el fin de igualar las condiciones de dichas máquinas con lo que son las mismas en los países de origen, de las multinacionales que las producen. Hay quien discute que esto es competencia del Ministerio de Economía y no de la Dirección de Higiene. Pero en todo caso, estos trabajadores están alejados de la mano de Dios aún en la asistencia sanitaria, por el hecho básico de su baja agremiación. La organización FATRE, que representa a los trabajadores rurales, es una entidad sin inserción real entre los trabajadores

agrarios. Por lo tanto, la Obra Social, ISSARA, tiene bajos niveles de cobertura.

ISSARA intentó algunos programas en los cuales nosotros cooperamos en el Norte, que tienen que ver con atención primaria de la salud, incorporando la temática de Salud Ocupacional. Creo que este es el único camino. También creo que para los sectores agrarios la única manera de introducir mecanismos de prevención es justamente a través de un programa de atención primaria de la salud. Así como en la fábrica se puede usar otra metodología, en el sector agrario ésta debe ser la habitual. Desgraciadamente esto aún no es una realidad.

Público: —Me gustaría escuchar, Dr. Rodríguez, alguna mención sobre la salud de los trabajadores de la salud.

Dr. Carlos Rodríguez: —Debido a la poca cantidad de gente que trabaja en nuestros equipos, sólo pudimos hacer un análisis de lo que, a nuestro juicio, son poblaciones de alto riesgo. Tomamos al personal de mucamas y lavaderos, como un primer sector de riesgo; personal de enfermería y personal afectado a quirófanos. En general observamos que no se respeta absolutamente ninguna norma preventiva. Hemos visto cosas muy curiosas como, por ejemplo, el manipuleo de carcinogénicos conocidos como tales, en forma normal y habitual. Cuando les preguntamos a los usuarios si conocían los efectos de las sustancias, todos lo ignoraban. Estoy hablando del óxido de etileno que se utiliza en esterilización. También encontramos que la concentración de gases anestésicos en los quirófanos superaban hasta 100 (cien) veces los valores admisibles. Y los gases anestésicos tienen el poder de aumentar y de determinar un riesgo relativo de 2,7 para el cáncer. Además, alteran la fertilidad, provocan abortos y malformaciones. Cuando conversamos con los anestesistas ellos sí conocían el efecto y sin embargo, no se tomaba ninguna norma preventiva, que en términos de gastos puede costar unos 50 dólares. También encontramos una cosa curiosa con el trabajador de la salud: que tiene un poco la misma filosofía, en líneas generales, del trabajador industrial y del trabajador agrario. En líneas generales, era necesario entender que el riesgo era inherente a la tarea, con ese sentido de fatalidad que indicaba que si siempre se hizo de esta forma, cómo iba a ser cambiado. Nos encontramos con una gran alerta para que se implementaran normas de prevención para no contraer el SIDA, ignorando que, en el medio hospitalario son muchos más los muertos por Hepatitis B que por SIDA. Por suerte, las normas preventivas sirven para los dos.

También encontramos toda la problemática del stress y encontramos serios problemas en las intercomunicaciones entre los distintos estratos.

Prácticamente el hospital, a nuestro juicio, reproduce el *cuartel* o la iglesia: vale decir que es una institución vertical, con un cuadro de gerentes, un cuadro intermedio de capataces y un cuadro de obreros.

La identificación de los médicos jóvenes es con el estrato superior y no con el inferior. Encontramos una gran resistencia en los médicos cuya edad era superior a los 35 años, para poder asumir un diagnóstico en esta materia o sea, inter-

nalizar o conocer su propia preocupación por esta temática. Lo que vemos es que es un lugar marginal; el cuidado de la salud está marginalizado y este no es un hecho raro. Los trabajadores italianos de la salud escribieron un libro bastante interesante que se llama "La fatica di essere sani" ("La fatiga de ser sanos") y se refiere, justamente, a los factores de riesgo y las enfermedades adquiribles en el medio hospitalario. O sea que han aparecido todos los riesgos tradicionales que se presentan en cualquier otro lugar de trabajo. También encontramos el premio al presentismo, lo cual es bastante significativo, ya que dicho premio normalmente implica una disminución en la calidad del trabajo y de sus condiciones. Se premia al de buena salud y se castiga doblemente al que la pierde y que, además de perder la salud, pierde parte de su salario. Encontramos también una falta de reivindicación de mejores condiciones de trabajo. Esto, lo que logró fue confirmar algunas impresiones previas. En cursos donde tengo la posibilidad de ser docente, como el Curso de Medicina Social de Ferrara, los cursos de COMRA de políticas y estrategias, yo preguntaba qué huelga médica había reivindicado alguna vez, aparte de las mejoras arancelarias, condiciones de trabajo distintas. Pues nadie se había planteado esto. Creo que las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud son malas, son equiparables a malos sectores industriales, pero han pasado a ser asumidas culturalmente como propias de la función. Esto tiene que ver con la filosofía con la que se impregne al personal de arriba hacia abajo. Esto del "sacerdocio médico" que el pueblo piensa de los médicos, los médicos lo piensan de las enfermeras y mucamas, con lo cual reivindicar mejores condiciones de trabajo es prácticamente una subversión del orden.

Hemos encontrado castigos y sanciones o formas represivas que trataban de yugular cualquier intento de crítica respecto de esto. En este sentido, el personal que aparece más sometido es el personal de lavaderos que, además de no tener contacto con la gente de blanco, tiene que trabajar con los detritus de los demás. O sea, arriba de blanco, abajo con la caca. Además, allí aparecen factores de riesgo específicos muy habituales como las pinchaduras con restos que vienen en la ropa y otra serie de factores que son muy preocupantes. El nuestro es un estudio inicial. Yo creo que este tema merece analizarse mucho más a fondo.

En radiología fue muy interesante lo hallado. Por ejemplo, ningún trabajador de la salud conoce cuántos Rems recibe por año. Esto es patrimonio del mismo trabajador y no que esto quede anotado en algún registro de algún lugar del hospital. También hemos encontrado muchos trabajadores con doble jornada laboral y sabiendo los riesgos que el trabajo en radiología implica. Aparece también todo el conflicto entre la vida y la muerte, como algo difícil de asumir, aparecen como muy interesantes las estrategias para poder asumir esa mala condición laboral y ese trabajo en contacto con la muerte. En este trabajo, que lo consideramos incompleto, ha sido en el que hemos recibido menos cooperación por parte de los que podrían haber sido los beneficiarios del trabajo. Así como nos resulta muy fácil hablar con los trabajadores de las curtiembres, que es uno de los grupos que se está estudiando ahora, resulta muy difícil hablar con los trabajadores de la salud y dentro de ellos con los médicos.

LA CATEGORÍA TRABAJO EN MEDICINA

JUAN C. GARCIA*

En el discurso médico oficial anterior al siglo XVIII no se establece un enlace claro entre salud y trabajo y sólo en el capitalismo la medicina relacionará estos dos conceptos. Es así como con Ramazzini surgen entidades nosológicas específicamente referidas al trabajo. No obstante, según Cristina Laurell, "la medicina ha tratado esta categoría en una forma empírica"(1) que no permite un análisis de la esencia de la relación trabajo-salud, ni tampoco identificar lo que determina el surgimiento, el desarrollo, la transformación o la desaparición de conceptos médicos relacionados con el trabajo.

La medicina contemporánea considera las consecuencias del trabajo sobre la salud como un fenómeno biológico individual que ocurre en el ámbito del consumo. Efectivamente, son numerosos los estudios que relacionan el nivel de ingreso con determinadas enfermedades y se presenta el problema *como si el proceso salud-enfermedad en su relación con el trabajo sucediera solamente en el escenario del mercado*. Esta misma concepción domina el estudio del desempleo como productor de enfermedades puesto que considera exclusivamente los resultados de la disminución o pérdida del ingreso.

Por tanto, no tomando en cuenta los efectos del trabajo mismo sobre la salud y sólo el pago de la fuerza de trabajo, se ocultan las consecuencias específicas del modo de producción capitalista sobre el proceso salud-enfermedad. La autora citada anteriormente expresa que "*este desplazamiento ideológico de la producción al consumo* obviamente no ocurre por azar en las sociedades que están organizadas alrededor del principio de la explotación del trabajo". (2)

En la medicina ocupacional sucede algo similar ya que se considera la categoría trabajo sólo en cuanto a las condiciones materiales del trabajo. El ahorro de estas condiciones, es decir, la economía de edificios, aireación, luz, etc. y la concentración de máquinas peligrosas, sin instalación de medidas de protección, resulta en aumento de la morbimortalidad en la población obrera. Esta relación entre las condiciones de trabajo y la enfermedad se presenta en la superficie de la sociedad, como resultado de la competencia entre capitales. El mejoramiento de las condiciones de trabajo, que puede ocurrir como resultado de la lucha del

* Publicado en Cuadernos Médico Sociales - Nº 23 - CESS - Rosario.

movimiento obrero organizado, si bien disminuye la patología relacionada con estas condiciones no hace desaparecer las que resultan del proceso mismo de trabajo en el capitalismo.

La relación trabajo-salud en la medicina aparecería tal "como se refleja en la conciencia habitual de los agentes de la producción", y de aquí la necesidad de realizar un análisis especial de la conceptualización de estas categorías. Para identificar el proceso del surgimiento, desarrollo, transformación y desaparición en el saber médico de las sociedades capitalistas, de las entidades nosológicas relacionadas con el trabajo, debemos tener en cuenta lo expresado por Lukacs que "las categorías no sólo tienen una significación objetiva, sino también una historia objetiva y subjetiva. Historia objetiva, porque algunas categorías presuponen un determinado estado de evolución del movimiento de la materia... La historia subjetiva de las categorías es la de su descubrimiento por la conciencia humana. (3) Si bien la medicina utiliza categorías que nacen objetivamente con el origen del hombre, otras se entrelazan con categorías que son específicas para determinadas formaciones sociales, existiendo, por lo tanto, para la medicina limitaciones históricas de la conciencia humana que hacen posible descifrar algunos hechos sólo en una sociedad determinada. Así, la patología industrial surge objetivamente cuando se desarrolla el capitalismo y por consiguiente, su reflejo en lo científico no puede anteceder a este período. Por otra parte, ciertas leyes han obrado en el hombre siempre y en todas partes, pero se ha necesitado de miles de años para su reconocimiento y su aplicación conscientes como sucedió con la ley de la conservación de la energía.

En la estrategia que hemos escogido para descifrar las relaciones de la categoría trabajo con el proceso salud-enfermedad, en el capitalismo, se parte del análisis lógico de la categoría trabajo tal como se presenta en el capitalismo maduro y al interior de este análisis se señala la historia objetiva y subjetiva de las entidades patológicas relacionadas con el trabajo.

I. EL CARACTER BIFACETICO DEL TRABAJO EN SU RELACION CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El trabajo —según Marx— tiene un doble carácter, "es siempre en uno de sus aspectos despliegues de una fuerza humana en un sentido fisiológico; así considerado como trabajo humano igual o trabajo abstracto, forma el valor de las mercancías. Pero a la par, el trabajo es siempre en otro aspecto, inversión de fuerza de trabajo bajo una forma concreta, encaminada a un fin, y, así considerado, como trabajo concreto, útil, produce valores de uso". (4)

La medicina contemporánea en las raras ocasiones que intenta examinar la esencia de la relación trabajo-salud no toma en cuenta este carácter bifacético y lo considera sólo por su aspecto abstracto o cuantitativo. Esto se explica como un reflejo de lo que sucede en la sociedad capitalista madura donde "los individuos pueden pasar fácilmente de un trabajo a otro y en la que el género determi-

nado de trabajo es para ellos fortuito y por lo tanto, indiferente". (5) Así, los efectos del trabajo sobre el individuo son vistos por la medicina principalmente como agotamiento o desgaste de energía que produce cuando el trabajo se extiende o intensifica, la fatiga patológica. Se ignora de esta forma el aspecto concreto o cualitativo del trabajo y su papel transformador en el hombre.

Sigerist es uno de los pocos autores en el campo médico que reconoce el carácter contradictorio del trabajo en cuanto produce salud y enfermedad y también el efecto del doble aspecto del trabajo sobre el proceso salud-enfermedad: "la historia demuestra sobradamente cómo la avaricia y la falta de sentido del hombre han brutalizado tanto el trabajo que en lugar de recompensarnos con salud muchas veces nos castiga con enfermedades. El trabajo puede ser perjudicial cuantitativa y cualitativamente. El trabajo excesivo, que no se compensa en debida forma con descanso y recreo, cansa al organismo y a la mente y abate la resistencia natural del hombre. Por otra parte, hay muchas ocupaciones perjudiciales porque el trabajo tiene que ejecutarse en medios favorables." (6)

El análisis del impacto del carácter bifacético del trabajo sobre el proceso salud-enfermedad requiere que se estudie cada aspecto por separado para luego considerarlos en su conjunto.

I. El trabajo concreto en su relación con el proceso salud-enfermedad

"El trabajo es —según Marx— en primer lugar, un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. Al operar por medio de ese movimiento sobre la naturaleza exterior a él y transformarla, transforma a la vez su propia naturaleza. Desarrolla las potencias que dormitaban en ella y sujeta a su señorío el juego de fuerzas de la misma." (7) Así considerado el trabajo útil, creador de valores de uso, se constituye en un estímulo que desarrolla las capacidades físicas y mentales del ser humano, es decir, en un productor de salud. Salud es definido, por consiguiente, como el máximo desarrollo de las potencialidades del hombre de acuerdo al grado de avance logrado por la sociedad en un período histórico determinado. En el capitalismo, el trabajador no puede desplegar todas sus potencialidades en el grado que sería factible, según el desarrollo de las fuerzas productivas, y es así que su crecimiento físico y mental es coartado en relación a las posibilidades. Por consiguiente, cuando no existen las condiciones objetivas y subjetivas para que el trabajo sea estímulo de las potencialidades se convierte en un producto de enfermedad como sucede en las sociedades capitalistas.

La apología del trabajo es un fenómeno que se presenta a partir del siglo XVIII y se acentúa en el siglo XIX con el rechazo de las concepciones negativas sobre el trabajo heredadas de los griegos, romanos y de la Edad Media. En el capitalismo era necesaria una valoración positiva del trabajo en la medida en que el trabajador debía, por primera vez en la historia, vender su fuerza de trabajo en el mercado. La contradicción se establece, entonces, entre esfuerzo y ocio, sien-

do el primero generador de todos los bienes y las virtudes. Marx, sin embargo, coloca el problema en una nueva perspectiva al plantear la oposición entre el trabajo libre y el trabajo alienado y no entre el ocio y el trabajo.

El no trabajo supone la no ejercitación de la fuerza de trabajo, es decir, las potencialidades de la persona que no trabaja no son incentivadas, animadas, produciéndose un desarrollo mezquino tanto en el orden físico como mental. El capitalismo lo define como desempleo, incluyendo en esta categoría trabajos no remunerados tales como por ejemplo, el que realiza la mujer en el hogar y de este modo la categoría desempleo encubriría los efectos del no trabajo. "El trabajo —según Sigerist— es un factor poderoso en nuestra salud, equilibra nuestra vida diaria y determina su ritmo. El músculo que no se usa se atrofia; el cerebro inactivo se deteriora. Los desocupados enferman más frecuentemente, no sólo por su bajo nivel de vida, sino también porque la ociosidad forzada, al trastornar el ritmo de sus vidas, deteriora su equilibrio físico y mental". (8) Surgen de esta forma las enfermedades del desempleo, un fenómeno crónico del capitalismo que se acentúa durante las crisis de sobreproducción.

En el siglo XX las concepciones sobre la relación entre desempleo y salud han experimentado notables variaciones relacionadas con la forma como se desenvuelve el capitalismo. En un estudio de Urban Janlert, del Karolinska Institute sobre la literatura médica en el siglo XX, en Europa y Norteamérica sobre desempleo y salud muestra que la cantidad de investigaciones sobre desempleo y salud varía con el grado de desempleo. (9) Así, el 50% de la literatura sobre el tema ha sido escrito en la década de los 30, y prácticamente nada fue escrito durante el período de posguerra hasta la mitad de la década de los 60, cuando se inicia un crecimiento de la literatura sobre el tema. Urban Janlert encuentra tres diferentes enfoques sobre la relación desempleo-salud en el siglo XX. A comienzos del siglo la investigación se orientaba sobre cómo la enfermedad produce desempleo. En la década de los 30, como resultado que el desempleo crea enfermedad simplemente porque produce pobreza. En la década de los 70 se mantiene la tesis que el desempleo produce enfermedad no sólo como consecuencia de la disminución de los medios de vida sino, también, en aquellas circunstancias en que el obrero recibe compensación que le permite vivir sin trabajar. En un estudio realizado por Brenner sobre el impacto de tres variables económicas sobre salud, inflación, ingreso y desempleo, se concluye: "El desempleo tiene un impacto importante sobre la sociedad. Un incremento pequeño, aún del uno por ciento, crea toda una herencia de 'stress', de agresión y de enfermedad que afecta el futuro de la sociedad. Nuestro estudio revela que después de cinco años el desempleo tiene un efecto multiplicador mayor que la magnitud del incremento". (10)

El uso del concepto de "stress" para explicar los efectos del desempleo, cuando se controla el ingreso, coloca a la vulnerabilidad individual en un primer plano ocultando de esa forma el papel del estímulo físico e intelectual del trabajo en el desarrollo del individuo. Hoy día el mismo concepto de trabajo, que surgió durante la ilustración y en los comienzos de la industrialización es —según

Janlert— cuestionado: “La sociedad trató de solucionar en los 30 el problema del desempleo causante de enfermedad, instituyendo beneficios para los desempleados. Ahora no se intenta abolir el desempleo sino encubrir la realidad mediante el cambio de nombre tal como sucede con la designación de reducción de la semana de trabajo, jubilación anticipada, etc. La ideología del trabajo es lentamente reemplazada por una ideología del ocio y es probable que en el futuro, la medicina no estudie el problema del desempleo y la salud sino el del ocio y la salud”. (11)

En América Latina los estudios sobre desempleo y salud son casi inexistentes y esto se explicaría por las altas cifras de desempleo que lo convierten en un hecho habitual y porque la subsistencia de formas precapitalistas hace que la lucha contra la pereza adquiera mayor importancia. La lucha contra la enfermedad de la pereza —que será tratada más adelante—, se sobrepone al interés por disminuir las enfermedades del desempleo.

En los obreros empleados, las características del trabajo —como ha sido expresado anteriormente— repercuten sobre el individuo desarrollando o no sus capacidades. El trabajo concreto en el capitalismo no se presenta como multilateral, sino como parcializado y es de esta forma como puede atrofiar algunas de las capacidades del individuo, hipertrofiar otras o impedir su desarrollo. Este tipo de consecuencias dependerá, en general, del modo en que se articulen el cuerpo productivo y el cuerpo biológico y para estudiar tal articulación, es preciso considerar las dos fases del capitalismo: la manufactura y la gran industria.

a. En la manufactura el incremento de la fuerza productiva deriva del surgimiento de la cooperación social, es decir, de un cuerpo productivo integrado por trabajadores parciales y unilaterales. Así, el cuerpo o unidad productiva está constituida por el conjunto de los cuerpos biológicos de los trabajadores y la productividad depende de la cooperación. La división del trabajo es la base de la productividad en la manufactura y en ésta, el trabajador individual se dedica de por vida a una actividad creando de esta forma **la enfermedad profesional**.

Las consecuencias de la organización de la producción manufacturera sobre el cuerpo de los trabajadores son específicas y han sido señaladas por Marx: “Cierta atrofia intelectual y física es inseparable, incluso de la división del trabajo en la sociedad como un todo. Pero como el período manufacturero lleva mucho más adelante esa escisión social entre los ramos del trabajo, y por otra parte se hace presa por vez primera —con la división que le es peculiar— en las raíces vitales del individuo, suministra también por primera vez el material y el impulso necesario para la patología industrial”. (12) La manufactura no hace más que acentuar y llevar a sus extremos las enfermedades profesionales de los artesanos.

Ramazzini en 1713 había distinguido correctamente dos causas de las enfermedades profesionales: “la primera y más potente, es el carácter nocivo de los materiales que manejan los trabajadores, debido a que emiten vapores perniciosos y partículas muy finas hostiles a los seres humanos e inducen enfermedades específicas; la segunda causa la atribuyó a ciertos movimientos violentos e irre-

gulares y a posturas contranaturales del cuerpo, debido a lo cual la estructura natural de la máquina vital es tan deteriorada que gradualmente se desarrollan graves enfermedades". (13) Así, la repetición uniforme de los movimientos de trabajo, que en los artesanos como el herrero podían ser alternados con otras actividades, en la manufactura al hacerse exclusivas llevan a la hipertrofia de determinados grupos musculares, como los del miembro superior que influyendo sobre los movimientos torácicos, pueden llegar a producir enfisema. En el caso de las costureras se producen disfunciones motoras caracterizadas por contracciones, temblores y paresias. Otros ejemplos de enfermedades profesionales son las que se producen por la postura, como ocurre, por ejemplo, con la posición sentada que lleva a compresión de los vasos y nervios de la pierna; las deformidades de la columna vertebral, como el tórax en embudo de los zapateros, la cifosis de los sastres y la escoliosis de los picapedreros.

Algunos autores, siguiendo a Ramazzini, incluyen dentro de las enfermedades profesionales a las que aparecen por la exposición a sustancias químicas manipuladas en ciertas ocupaciones, por ejemplo, la intoxicación por el mercurio en los obreros del dorado al fuego y el saturnismo en los pintores. Este tipo de enfermedad profesional es difícil de diferenciar de otras producidas por el ahorro del capital constante, que abarca a todos los que trabajan en un determinado local y no están exclusivamente concentradas en una determinada ocupación.

La aparición objetiva, en la época de la manufactura, de enfermedades y deformaciones peculiares para cada oficio, lleva a la incorporación de las mismas en el saber médico y que Ramazzini sistematiza, por primera vez en 1713, en su obra "De morbis artificum". En el saber médico producido en América Latina, no se encuentra un desarrollo específico en el campo de las enfermedades profesionales a pesar que, aún hoy día, la producción artesanal y manufacturera es importante en muchos países. Un gran número de artículos "populares" se producen todavía en pequeños talleres con características similares a los descritos en Europa en el siglo XIX. El pequeño número de obreros por taller y la falta de organizaciones sindicales han permitido un alto grado de explotación que pasa desapercibida. (14)

El pasaje de la manufactura a la gran industria conlleva también un cambio en la patología que ahora se caracteriza como enfermedad industrial. En la época de la gran industria el incremento de las fuerzas productivas se realiza con la transformación de los instrumentos de trabajo, constituyendo la máquina herramienta el corazón del cuerpo productivo y el cuerpo biológico de los obreros un simple órgano accesorio de ésta. En un primer momento se desarrolla la máquina-herramienta propiamente dicha, sin modificar el mecanismo impulsor que es realizado por la fuerza humana, produciendo toda una patología del esfuerzo muscular.

En un segundo momento se reemplaza en la gran industria el motor muscular por otras formas de impulso y posibilita la incorporación de la mujer y el niño al trabajo industrial. El obrero, a la inversa de lo que ocurría en la manufactura,

debe ahora seguir el movimiento de la máquina, la cual "agrede de la manera más intensa al sistema nervioso, y a la vez reprime el juego multilateral de los músculos y confisca toda actividad libre, física e intelectual del obrero". (15)

La división científica del trabajo hace que se nivelen o equiparen los trabajos y establece como división esencial la del obrero principal y unos pocos ayudantes, poniendo fin a la división por oficios. El trabajo intercambiable fragmentado y la falta de contenido origina una patología generalizada que se manifiesta en una variedad de síntomas psicosomáticos. Desaparecen del cuadro epidemiológico las deformaciones corporales, características de la especialización manufacturera y aparecen como dominantes los desórdenes mentales con alteraciones funcionales de difícil definición. Así, por ejemplo, un estudio realizado por Arthur Kronhauser, en obreros de la industria de automóviles en los Estados Unidos, encuentra que aproximadamente el 40% de los trabajadores tenían problemas de salud mental y que la correlación más importante de esta patología era con la insatisfacción en el trabajo. (16)

2. El trabajo abstracto en su relación con el proceso salud-enfermedad

Si consideramos ahora que las características del trabajo permanecen constantes, como sucede en el capitalismo maduro en que el obrero realiza diferentes tipos de trabajo, sería posible observar las consecuencias de la variación en el despliegue de la fuerza de trabajo sobre el proceso salud-enfermedad.

La cantidad de energía gastada en el trabajo —trabajo abstracto— afecta la salud de la clase trabajadora y para su estudio es necesario considerar la duración de la jornada de trabajo en cuanto a sus límites mínimos y máximos.

a. La jornada de trabajo tiene un límite mínimo de duración que es el que permite reproducir la fuerza de trabajo en condiciones de normalidad y que el capitalista toma como punto de partida. La energía disminuida del obrero, suponiendo que se paga el valor de la fuerza de trabajo, permitiría escasamente sobrepasar este límite mínimo y su causa es interpretada en el capitalismo, como resultado de **la enfermedad de la pereza o de las enfermedades debilitantes**.

La designación de "holgazán", "dejado" o "perezoso" con que los colonizadores caracterizan a los pobladores de los países o regiones colonizadas aparece en la época mercantilista, desde el momento en que se desea extraer, mediante el trabajo forzado la riqueza de esos países. Así Antonio de Fuentes en el siglo XVII, expresa lo siguiente: "En los indios es muy notable esta inutilidad y dejamiento, y muy distante de buen dictamen el discurrirse de ellos que de su libre arbitrio se apliquen y propongan a cosa alguna en que imaginen pueden tener algún trabajo, aunque éste fuese para volverles gran provecho"... "esta generación de los indios a la verdad necesita de ser siempre compelida y apremiada para todo lo que es trabajo...". (17)

La visión de holgazán es aquí cualitativa, una característica del hombre tomado en su totalidad, y corresponde a la concepción del siervo o del esclavo,

donde la religión y la represión física son las formas utilizadas para lograr hacer trabajar a la población nativa.

La concepción cualitativa de holgazán o perezoso se presenta como un obstáculo para cualquier intervención de los empresarios capitalistas en regiones donde predominan formas de producción precapitalista. La medicina, al articularse con la estructura económica, proporciona las categorías necesarias para lograr un aumento de la productividad definiendo la pereza en términos cuantitativos, como rebaja de la capacidad de trabajo, e identificando ciertas enfermedades como debilitantes. No interesa aquí la mortalidad, porque la mano de obra es abundante, ni tampoco la extensión de la jornada de trabajo ya que la base de la producción capitalista, en esta fase, es la plusvalía absoluta, pero sí interesa la cantidad de trabajo que se puede y debe aumentarse, atacando las enfermedades debilitantes.

La transición de una concepción cualitativa a una cuantitativa de la pereza se produce en América Latina a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, coincidiendo con grandes inversiones en la producción capitalista agraria. Esta transición conceptual es evidente en una publicación del Dr. Mauro Fernández, de 1907, auspiciada por la Sociedad Nacional de Agricultura de Costa Rica: "El habitante de la región del Pacífico es el tipo clásico de indolente. No le gusta mucho el trabajo sino que prefiere al contrario descansar en su hamaca o tirado a la bartola en su catre de madera. Habla poco, y no se crea que es por ignorancia, sino por pereza, y cuando la necesidad le obliga a trabajar, lo hace de una manera despaciosa, que da grima verlo. Esta es la idea que nos hacemos al visitar lugares, y no hay que admirarse al oír las expresiones de los extranjeros cuando tienen ocasión de viajar o de emprender en esas regiones. Todos o casi todos se quejan de que los peones son perezosos y de que es imposible encontrar rendimiento en los trabajos con esa clase de gente.

Pero aquí, señores —prosigue el Dr. Mauro Fernández— hay que hacer una observación y quiero que la oiga todo el público, en especial el Supremo Gobierno y las personas que se preocupan por la agricultura en Costa Rica: El habitante de esas regiones no es indolente ni perezoso por naturaleza; es un enfermo, que reclama el consejo del higienista y el remedio del médico". (18)

La indolencia es relacionada por el autor a la anquilostomiasis o enfermedad del cansancio y expresa que "...el trabajo que un anquilostomiástico pudiera hacer, es casi nulo. La fuerza psicológica no vale más en este caso que la fuerza física, y por más que un trabajador se empeñe en hacer fuerzas con los instrumentos de labranza, ese maldito parásito que sin cesar le chupa la sangre en las entrañas se lo impediría; y sin remedio tendría que descansar, fatigado por un trabajo que ese hombre encuentra titánico y que para un peón de buena salud es normal". (19)

La anquilostomiasis o enfermedad de la pereza es una enfermedad crónica que rara vez causa la muerte. La anemia es el síntoma más destacado y una causa importante de incapacidad. Sumamente endémica en amplias zonas de los países

tropicales y subtropicales donde la eliminación de las heces es inadecuada, y el suelo, la humedad y la temperatura favorecen el desarrollo de larvas infectantes.

La lucha contra la anquilostomiasis durante el primer tercio de este siglo, en la cual se gastaron grandes cantidades de dinero, constituye el ejemplo "tipo" para la demostración del papel que debería cumplir en el capitalismo la medicina en relación a la fuerza de trabajo. La anquilostomiasis era el símbolo de un grupo de enfermedades, denominadas debilitantes, que el imperialismo y el capitalismo agroexportador latinoamericano pretendían erradicar. La lucha contra estas patologías tuvieron resultados contradictorios, propios del modo de producción en el cual surgen estas acciones. Por una parte, se observan los resultados positivos en la eliminación de ciertas enfermedades revelando el carácter progresivo del capitalismo. El desarrollo de las fuerzas productivas y el empleo de medios eficaces y en amplia escala, posibilita la erradicación de la fiebre amarilla y con ello, la construcción de grandes obras que facilitan el comercio internacional y mejoran las condiciones de vida de las poblaciones en esas zonas. Pero al mismo tiempo se deben reconocer los aspectos negativos y las limitaciones del capitalismo con respecto a la lucha contra las enfermedades debilitantes, pues, en muchos casos, la introducción del modo de producción capitalista crea las condiciones para el surgimiento de brotes epidémicos.

Los resultados de las acciones contra la anquilostomiasis presentan características similares al de otras enfermedades tropicales, como la malaria y la esquistosomiasis. Así, el ejemplo de drogas en las campañas verticales de principios de siglo logró reducir temporalmente la incidencia de la anquilostomiasis pero, al subsistir las mismas condiciones de vida, se volvía a los niveles de incidencia previos a pesar de algunos programas, como el de letrificación, que pretendía cambiar algunos de los condicionantes de la enfermedad. Es, sin embargo, el desarrollo de las fuerzas productivas y el fortalecimiento del movimiento obrero, el que logra victorias más duraderas al elevar en ciertas regiones las condiciones de vida del trabajador rural.

Las actividades contra las enfermedades de la pereza o debilitantes disminuyen a partir de la década de los 40 y se transforman en una lucha contra las condiciones debilitantes, representada por los programas contra la desnutrición. El desarrollo de la industrialización a partir de la II Guerra Mundial plantea el problema de la pereza del obrero urbano, que no se podía adjudicar a las enfermedades tropicales predominantes en las zonas rurales. Es así como en la década de los 50 surgen una serie de programas destinados a elevar el nivel nutricional de la población que permitiera aumentar la capacidad de trabajo.

La preocupación por la pereza, o capacidad de trabajo disminuida, no termina con los programas de nutrición y después de un lapso, se asiste a partir de la década de los 70, a un renacimiento de las acciones contra las enfermedades tropicales. El surgimiento del concepto de enfermedad debilitante se produce junto con una nueva expansión del capitalismo en el agro orientado, ahora, a conquistar los últimos resultados de la producción de subsistencia y a expandir las fronteras agrícolas. Las enfermedades ligadas a la producción de subsistencia como

Chagas y Leishmaniasis se convierten en símbolos de la nueva lucha contra las enfermedades debilitantes.

b. La jornada de trabajo tiene también un límite máximo de duración que está dado por las limitaciones físicas del ser humano. La implantación de la gran industria lleva a una ampliación de la jornada de trabajo nunca experimentada anteriormente y que sobrepasa no sólo los límites morales, sino también los físicos. La reacción del movimiento obrero ante la extensión de la jornada de trabajo lleva a un período de lucha que finaliza, con la fijación de la duración "normal" de la jornada de trabajo. Es en este período que surge en el saber médico, una entidad patológica denominada fatiga patológica.

El concepto fatiga patológica ha sufrido cambios en su significado desde su aparición, en el siglo XIX, hasta nuestros días. Se pueden distinguir en los países capitalistas desarrollados, cuatro períodos en la evolución del concepto.

En el **primer período** que se inicia a fines del siglo pasado y que se prolonga hasta comienzos del siglo XX, el concepto fatiga se define como el agotamiento de la fuerza de trabajo y se elabora a partir de las experiencias de la fisiología alemana sobre la contracción muscular. El perfeccionamiento del miógrafo por Marey lleva al descubrimiento de la existencia de un período de incremento y de un período de disminución de la energía en la contracción muscular. Hugo Kronecker que había trabajado con Helmholtz, Wunt y Ludwing, comienza a publicar en 1870 un trabajo sobre la fatiga muscular. Mosso, un discípulo de Kronecker inventa el ergógrafo (1884) o registrador de trabajo y realiza una serie de investigaciones que culmina con la publicación del libro "La Fatiga" en 1891. Este libro tiene una gran difusión y se traduce a varios idiomas, entre otros al español en 1893 y al inglés en 1904. Mosso describe la fatiga no sólo como un producto de falta de ciertas sustancias que se consumen durante el ejercicio sino que, también, a la presencia de nuevas sustancias debido a la descomposición dentro del organismo: "Si estos desechos se acumulan en la sangre nos sentimos fatigados; cuando esta cantidad pasa los límites fisiológicos, nos sentimos enfermos". (20)

Los estudios sobre la fatiga en este período están orientados por el positivismo y buscan conocer las consecuencias orgánicas de un fenómeno considerado como biológico, con manifestaciones bien definidas y reproducibles en el laboratorio. En este enfoque se diferencian dos tipos de fatigas: la física del obrero manual y del campesino y la intelectual del estudiante y del profesional. (21)

El concepto de fatiga patológica surge para demostrar los efectos nocivos de la ampliación de la jornada de trabajo, es decir, de los efectos de la producción basada en la plusvalía absoluta y esto sucede en países como Alemania e Italia, retrasados con respecto a Inglaterra en la adopción de una jornada normal de trabajo. En Inglaterra, según Hobsbawm, el reemplazo de la utilización "extensiva" de la mano de obra por su utilización "intensiva" comenzó a mediados de siglo y el reemplazo de la utilización "intensiva" empírica por la utilización "intensiva" racional o por la organización del trabajo, comenzó en la última parte de la Gran Depresión (1873-1896). (22) Marx ya había expresado que "la reducción coerci-

tiva de la jornada de trabajo impone un mayor gasto de trabajo en el mismo tiempo, una tensión acrecentada de la fuerza de trabajo". (23) Es así como se inician, a principios de siglo, estudios que tratan de relacionar la fatiga con la productividad. (24)

En el **segundo período**, durante y después de la Primera Guerra Mundial, se intenta relacionar la fatiga con la productividad. La industria de guerra, basada en la nueva organización del trabajo originada por la reducción de la jornada, plantea en forma dramática el problema del efecto de la fatiga sobre la productividad. Las investigaciones no se limitan a estudiar la fatiga muscular reducida por el empleo de la fuerza motriz, y extienden su análisis a los factores ambientales que inciden sobre la productividad.

En este período se crean grandes institutos para el estudio de la fatiga como el Harvard Fatigue Laboratory, en los Estados Unidos, y el Industrial Fatigue Research Board, en Inglaterra, donde el investigador principal es ahora el administrador y el psicólogo experimental o psico-fisiólogo. (25) Ejemplo de estos trabajos son los de Yoteyko, jefa del laboratorio de psico-fisiología en la Universidad de Bruselas, quien publica en 1920 un libro sobre la Fatiga, en el cual se postula la necesidad de considerar los hechos fisiológicos en la determinación de los salarios. (26)

El **tercer período**, en la década de los 50 y parte de los 60, se caracteriza por el estudio de la fatiga en situaciones donde se requiere de los individuos una concentración y atención extrema con poco desgaste muscular, como sucede en el manejo y vigilancia de sistemas automatizados. Así, se investiga la conducta de los pilotos, orientada por la hipótesis de que la fatiga es la respuesta generalizada al stress. La elección de la aviación para realizar estos estudios no es casual, ya que es una de las ramas donde primero se aplican los avances tecnológicos de la automatización.

El progreso de la fisiología de los años 40 y 50 aportan al análisis de la fatiga una serie de conceptos derivados del estudio de los sistemas automatizados, entre ellos el de homeostasis y stress. Bartley, uno de los investigadores de la época expresa que "la Fatiga y el síndrome de 'stress' de Selye tienen mucho en común, especialmente ciertos factores de origen". (27) Para estos autores el término fatiga se aplica al individuo en su totalidad y no a un órgano o tejido.

En el **cuarto y último período**, durante la década de los 70, el concepto de fatiga adquiere un significado psico-social. (28) La Fatiga se presenta como totalizante y crónica, no aliviada por el sueño que también resulta alterado e invadiendo la vida del sujeto aún fuera de la fábrica. La inutilidad y la falta de sentido del trabajo se encuentran en el centro de esta nueva concepción de la que se deriva la proposición de realizar cambios radicales en la organización del trabajo que permitieren despertar el interés del trabajador. Esta concepción también considera el tener en cuenta la relación subjetiva-objetiva en el estudio de la fatiga y según estos autores, su estudio exclusivamente objetivo no permite una visión completa y de aquí nace la necesidad de conocer cuál es el "significado" que los obreros dan a la fatiga. Este enfoque, no exento de una influencia fenomenológi-

ca se ejemplifica en la posición de Odone: "La validación consensual, es decir, la valoración positiva o negativa del grupo obrero interesado, relativo a la tolerabilidad de una situación ambiental representada por los factores no medibles objetivamente, como en la fatiga industrial, debida al ritmo, a la constricción, a la saturación y a todos los efectos considerados penosos diferentes de la fatiga física, es el único instrumento científico que tenemos hoy día a nuestra disposición". (29)

La producción de conocimientos sobre la fatiga patológica se lleva a cabo fundamentalmente en los países capitalistas desarrollados a diferencia de los estudios sobre las enfermedades debilitantes, que se realizan en buena parte en los países dependientes. En la literatura científica latinoamericana el concepto de fatiga aparece sólo en Argentina, en el primer tercio de este siglo, y en la década de los 40 en otros países que inician un desarrollo industrial.

Los estudios sobre la fatiga patológica en Argentina, a diferencia de lo que sucede en Europa en la misma época, no se relacionan directamente con el grado de productividad. El modo como se desarrolla el capitalismo en Argentina, influye sobre las características de esos estudios. Así, en un primer momento, el concepto de fatiga es utilizado como una herramienta para "normalizar" la educación y recién en un segundo período, los estudios se articulan con la batalla alrededor de la duración de la jornada de trabajo.

En Argentina los primeros trabajos, realizados a fines del siglo XIX se relacionan con la fatiga intelectual, en el sentido biológico dado por Mosso, y se hacen en los laboratorios de psico-fisiología de la Universidad. (30) La educación y, en especial la superior, tenía para la clase dominante y sus intelectuales una importancia fundamental en la construcción de la sociedad. (31) La Universidad preparaba fundamentalmente educadores, abogados y médicos, muchos de los cuales se incorporarían a las funciones del Estado.

Las investigaciones sobre la fatiga realizadas en el ambiente universitario, si bien estaban limitadas al campo pedagógico y dirigidas a racionalizar la jornada de estudio, daban posibilidades a que sus conclusiones se extendieran al trabajo productivo y a las condiciones generales de vida.

En un segundo momento los estudios sobre fatiga en Argentina se articulan con la lucha por una jornada "normal" de trabajo. Las luchas obreras con carácter clasista en Argentina, cubren el primer tercio de este siglo, y es sólo en la década de los 40 cuando se inicia un período de "paz civil" en que se estrechan las relaciones entre los sindicatos, los partidos políticos y el Estado. La duración de la jornada de trabajo constituye uno de los frentes de lucha, en el cual el Partido Socialista ha de jugar un papel importante. No es sorprendente, por consiguiente, que dos miembros de este partido publiquen trabajos sobre la fatiga patológica.

El primero de estos trabajos es del Dr. Augusto Bunge del Departamento Nacional de Higiene, quien publica en 1909 en los Anales de esta institución, una obra titulada "Las Conquistas de la Higiene Social", (32) donde se analizan los efectos de la fatiga sobre la salud y se hace una revisión de las investigacio-

nes de los científicos europeos sobre el tema. El segundo es realizado por un político, el Dr. Alfredo Palacios, diputado socialista y profesor de derecho, quien publica en 1922 una obra titulada "La Fatiga y sus proyecciones sociales".³³ Este estudio consiste en una revisión del concepto fatiga y en la presentación de resultados de una investigación fisiológica sobre la fatiga realizado en un grupo de obreros en su lugar de trabajo.

El tema de la fatiga no vuelve a ser estudiado en América Latina hasta la década de los 40 cuando aparecen algunos trabajos como el de Ary de Castro Fernández, en Brasil, sobre "O rendimento no trabalho e os serviços de assistência social", (34) y el de Lucila Valdez de Ducastaing, titulado "Estudio del Factor Fatiga y Rendimiento en las distintas actividades profesionales dentro de la industria y el comercio". (35) Estas publicaciones aparecen en un período de desarrollo industrial en América Latina y en ambos la referencia fundamental son los estudios de la Dra. Yoteyko referidos como se señaló anteriormente, a la relación de la fatiga con la productividad. Luego de este breve período de repunte, el concepto de fatiga desaparece de la literatura científica latinoamericana.

El trabajo abstracto y el trabajo concreto en su relación con el proceso salud-enfermedad

El trabajo artesanal y el del artista se presentan como paradigmas ideales del tipo de trabajo que posibilita un desarrollo saludable del hombre. El empleo multilateral de las funciones orgánicas y la creatividad implícitos en estos tipos de trabajo parecieran brindar el máximo de posibilidades para un desarrollo armónico y completo del ser humano. Sin embargo, el trabajo individual del artesano representaba una limitación al desarrollo del hombre y para que esta etapa pudiera ser superada fue necesario una ruptura profunda de las condiciones del trabajo, la que es lograda por el capitalismo con la socialización del trabajo y con la elevación de los niveles de productividad.

La época de la manufactura al crear el obrero colectivo y basar la producción en la plusvalía absoluta lleva a las formas más extremas las enfermedades profesionales que estaban presentes en la producción artesanal.

La fase de la gran industria en que todavía subsiste la producción basada en la plusvalía absoluta, si bien elimina las enfermedades típicas para cada profesión al equiparar los trabajos, crea formas de agotamiento de la energía o fatiga patológica desconocidas hasta entonces. La gran industria crea, además, al escindir la actividad física de la mental una patología genealizada que se expresa como alteraciones fisiológicas comunes a toda una serie de manifestaciones que se pueden clasificar como enfermedades psicosomáticas: enfermedad coronaria, desórdenes mentales, úlcera, etcétera.

El trabajo, en las fases más avanzadas del capitalismo, se conviere en un puro gasto de energía en que el producto del mismo aparece claramente como ajeno y enfrenteado al obrero y la actividad productiva como inútil. Aún en los casos en

que el gasto de energía se mantiene dentro de los límites normales, el obrero experimenta una sensación de aburrimiento e inutilidad. La erogación de la fuerza de trabajo es ahora puesta a la luz del día como un trabajo inútil en que los últimos vestigios del trabajo concreto se subsumen en el trabajo abstracto. En la actualidad la inutilidad, el tedio y la falta de sentido del trabajo constituyen en la gran industria capitalista los determinantes fundamentales de la fatiga y de la baja de la productividad. Una de las respuestas a la **enfermedad de la inutilidad** ha sido el experimentar con nuevas formas de organización del trabajo, donde se deja el obrero algún margen de creatividad. Es posible ocultar la inutilidad del trabajo capitalista mediante una reorganización del trabajo, pero el carácter individual de la apropiación —origen de la inutilidad del trabajo— será el límite infranqueable de estas experiencias capitalistas. (36)

II. IMPACTO DEL AHORRO DEL CAPITAL CONSTANTE SOBRE LA SALUD DE LOS OBREROS Y DE LA POBLACION

La higiene del ambiente de la fábrica ha constituido para la medicina ocupacional uno de sus objetivos más importantes. Se han realizado numerosos estudios sobre las consecuencias de la falta de aireación y luz, el nivel del ruido y sobre la concentración de máquinas peligrosas en relación con la salud del obrero. De estos factores proviene —según la medicina ocupacional— la mayor parte de los problemas de salud del trabajador industrial y corresponde, según la conceptualización de la Economía Política, al ahorro del capital constante.

El capitalismo desarrolla, por una parte, fuerzas productivas del trabajo social, creando, entre otras cosas, la posibilidad del control de muchas enfermedades y el mejoramiento de las condiciones de vida pero, de otra parte, “el régimen capitalista de producción, como corresponde a su carácter contradictorio y antagónico, da un paso más y dilapida la vida y la salud del obrero, considerando la degradación de sus mismas condiciones de vida como economía en el empleo del capital constante y, por tanto, como medio para la elevación de la cuota de ganancia”. (37) Esta economía —según Marx— se traduce en el hacinamiento de los obreros en locales estrechos y malsanos, lo que en términos capitalistas se conoce con el nombre de ahorro de edificios, en la concentración de maquinaria peligrosa en los mismos locales, sin preocuparse de instalar los necesarios medios de seguridad contra los peligros, en la omisión de todas las medidas de precaución obligadas en los procesos de producción que, por su carácter, son atentatorios para la salud o que, como en las minas, llevan aparejados peligros, etcétera”. (38)

Las consecuencias del ahorro de las condiciones de trabajo sobre la salud de los obreros se hacen obviamente visibles, no sólo por la magnitud del problema, sino porque son manifestaciones que se presentan en la superficie de la sociedad como resultado de la concurrencia de los diversos capitales.

La economía del capital constante no sólo afecta a las condiciones del trabajo

sino que también se extienden fuera de la fábrica. El aprovechamiento de los residuos de la producción ha llevado a una degradación tal de la materia que sólo quedan como "excrementos" de la industria los elementos más tóxicos y peligrosos. El costo que significaría el tratamiento de este material disminuiría la ganancia del capital e iría contra sus propios intereses.

Este fenómeno ha sido designado por Berlinguer como "contagio de la fábrica al ambiente": "La sustancia y las condiciones nocivas de la producción industrial golpean primero y en forma más intensa al obrero, pero tienden asimismo a difundirse en el espacio alrededor de la fábrica y posteriormente a la producción". (39)

El contagio de la fábrica al ambiente ha sido de tal magnitud en las últimas décadas, que ha puesto en peligro las condiciones de vida de la propia burguesía, produciendo una reacción, especialmente en los países más desarrollados, que toma la forma de un movimiento en defensa del ambiente. Salvo raras excepciones, este movimiento no considera el problema del primer afectado en este proceso, el obrero, y se orienta a la salvación de la naturaleza. La presión de la opinión pública ha surtido algún efecto y la respuesta de los capitalistas ha sido el trasladar la producción nociva a otros países donde la legislación es menos estricta. (40)

III. LA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO

La mayor parte de los estudios epidemiológicos sobre la relación trabajo-salud se refieren a la correlación entre estrato social y enfermedad, siendo los indicadores del primero, el ingreso, la educación y el prestigio ocupacional. (41) Así medida la estratificación social, oculta el real significado de la categoría trabajo para resaltar casi exclusivamente los medios de vida del obrero y su familia. Algunos autores utilizan el concepto de estilo de vida para indicar hábitos y actitudes en relación con la adquisición de los medios de vida y su influencia en la exposición a los riesgos de enfermar. (42)

El empleo de la variable ingreso en los estudios que tratan de relacionarla con la enfermedad se hace, generalmente, sin indicar el significado de la misma, aunque implícitamente se supone que expresa el valor del "trabajo" y no de la "fuerza de trabajo". De esta ilusión surge la teoría del círculo vicioso enfermedad-pobreza, borrando de esta forma toda huella de la división de la jornada de trabajo en trabajo necesario y trabajo excedente, trabajo pagado y trabajo retribuido. Es así como se desconoce que en el capitalismo, a mayor trabajo o extensión de la jornada, mayores son los riesgos de enfermar. Este enredo, que ha sido dilucidado en la Economía Política por Marx en el siglo XIX es vigente todavía en la medicina, cuando analiza la relación salario-enfermedad. Breilh señala, a este respecto, que "al no proveer a dicha variable (ingreso) del fundamento de un análisis de la economía política que ubique su específica significación histórica, la han transformado en una categoría lógico-formal. Se llega incluso a demostrar

la estrecha correlación que el ingreso tiene con cierta patología, o factores de "riesgo" o "daño", pero con eso se evidencia una asociación de variables empíricas, mas no la naturaleza estructural de esos "daños" o "riesgos". (43)

El uso exclusivo del salario para analizar la relación trabajo-enfermedad también oculta el trabajo doméstico que se encuentra envuelto en la reproducción de la fuerza de trabajo. A diferencia de otros trabajos improductivos éste se considera como no trabajo y por consiguiente los accidentes y enfermedades resultantes del mismo no son identificados por las estadísticas oficiales y se incluyen dentro del amplio rubro de los accidentes domésticos. Los escasos datos existentes sobre accidentes domésticos indican que éstos representan alrededor de un tercio del total de los accidentes. Sin embargo, con la información disponible es imposible saber cuántos de los accidentes domésticos están relacionados con el trabajo en el hogar. Según Mauricio Backet, (44) algunos estudios muestran diferencias en el tipo de accidentes según miembros de la familia, como por ejemplo un mayor número de muertes por quemaduras en la mujer, que podrían indicar riesgos del trabajo doméstico. Asimismo se ha comprobado una asociación entre clase social y accidentes domésticos que estaría dada por las malas condiciones de los medios que se utilizan en este tipo de trabajo (cocina, objetos de limpieza, etc.).

En época reciente se ha publicado algunos libros en los países desarrollados, señalando los peligros para la salud de las condiciones de la casa y especialmente del ambiente interior. (45) Sin embargo, estos estudios no analizan las características del quehacer doméstico en relación con las enfermedades que se originan en el hogar y nuevamente se está en presencia de explicaciones que no toman en cuenta estas actividades en la reproducción de la fuerza de trabajo. Recientemente, también se han propuesto diferentes tesis que intentan relacionar el trabajo doméstico con la producción capitalista, pero aún no se ha incorporado en este análisis el problema de la relación del trabajo doméstico con el proceso salud-enfermedad. (46)

IV. LA CONCEPTUALIZACION DE LA RELACION TRABAJO-SALUD

En América Latina, en los últimos años, se asiste a un movimiento en el campo médico destinado a conceptualizar la relación trabajo-salud, a partir de las categorías de la Economía Política. Cristina Laurell, Jaime Breilh y Ana María Arouca son algunos de los autores que han hecho aportes sustanciales a este proceso de esclarecimiento. En el presente trabajo se intenta hacer una modesta contribución a este movimiento al estudiar los determinantes del surgimiento, desarrollo, transformación y desaparición de ciertas entidades nosológicas emanadas de la relación trabajo-salud en las sociedades capitalistas.

Una nueva conceptualización de la relación trabajo-salud es de especial interés en los países en transición del capitalismo al socialismo, porque estas sociedades plantean problemas a la medicina que requieren de un esfuerzo de clarifi-

cación conceptual para poder orientar las acciones en salud. Esta necesidad es mayor en el campo de la relación trabajo-salud debido a que el conocimiento elaborado en el capitalismo sobre esta relación, presenta importantes distorsiones y mistificaciones.

La consideración del carácter bifacético del trabajo y de los conceptos de trabajo libre y trabajo alineado aportarían herramientas para el estudio de los nuevos problemas de las enfermedades ocupacionales.

El tema de la pereza o de la capacidad de trabajo disminuida adquiere una importancia fundamental en los países en transición, debido a que el pasaje del capitalismo al socialismo ocurre en muchos casos en sociedades donde el desarrollo de las fuerzas productivas es raquítico. La importancia no se refiere sólo a la lucha que es necesario hacer contra los factores objetivos que disminuyen la capacidad del trabajo sino también a la necesidad de crear una ética del trabajo en los países socialistas contrasta con la apología de la pereza que se difunde en los países capitalistas desarrollados, donde se plantea una concepción de la vida basada en el placer y no en el trabajo, intentando revitalizar el pensamiento de Lafargue planteado en su libro "El derecho a la Pereza". (47)

La construcción de una ética del trabajo libre desarrolla formas de extensión de la jornada de trabajo que, como el trabajo voluntario, plantea problemas donde el conocimiento médico surgido en el capitalismo resulta insuficiente. Así, la experiencia del trabajo voluntario, surgido en 1919 en la Unión Soviética, permite observar la desaparición de la fatiga entendida como inutilidad y es a partir de esta recuperación de la utilidad que es posible —tal como se hace en los países socialistas— reorganizar el trabajo y crear las condiciones para la supresión o disminución de las enfermedades del trabajo.

REFERENCIAS

- 1.- Ana Cristina Laurell: "Proceso de Trabajo y Salud", Cuadernos Políticos, Número 17, Julio-Septiembre 1978.
- 2.- Ibid.
- 3.- Georg Luckács: "Estética, cuestiones preliminares y de principio", Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1974, pág. 58.
- 4.- Karl Marx: "El Capital", Siglo XXI, México, 1975, Tomo I, Vol. 2, pág. 57.
- 5.- Carlos Marz: "Elementos Fundamentales para la crítica de la Economía Política", Siglo XXI, México, 1975, Vol. I, pág. 25.
- 6.- Henry E. Sigerist: "Civilización y Enfermedad", Fondo de Cultura Económica, México, 1946, pág. 59.
- 7.- Karl Marx: "El Capital", Ibid. Tomo I, Vol. I, pág. 215.
- 8.- Henry E. Sigerist. Ibid. Pág. 58.
- 9.- Urban Janiert: Unemployment and Health changing concepts in the 20th century, Course on Historical aspects of the relations between work and health, Ischia-Naples, 29th June-12 July 1980 y Unemployment and Health a bibliography, Report

- from Karolinska Institute, Dep. of Social Medicine, Field Research Unit, Lulea, 1980.
- 10.- M.H. Brennen: Estimating the social cost of National Economic Policy. Implication for Mental and Physical Health and Criminal Agression. Study for the Congressional Joint Economic Committee, Washington, D.C., 1976.
 - 11.- Urban Janiert, Ibid.
 - 12.- Karl Marx: "El Capital", Ibid. Tomo I, Vol. 2, pág. 442.
 - 13.- Bernardini Ramazzini: "Disease of Workers", The Latin text of 1713, revised with translation and notes by Wilmer Cave Wright. The University of Chicago Press, Chicago, 1940.
 - 14.- Las estadísticas oficiales no permiten identificar la manufactura al usar la designación de pequeña y mediana industria. La clasificación por la cantidad de obreros y capital para analizar las condiciones de las enfermedades ocupacionales resulta insuficiente, ver Jorge Fernández Osorio y Silvia Tanez González: "Condiciones de trabajo en la pequeña y mediana industria", Rev. C.A. de Ciencias de la Salud, Mayo-Agosto 1980, Nº 14-15.
 - 15.- Karl Marx: "El Capital", Ibid. Tomo I, Vol. 2. Pág. 515-516. La falta de contenido del trabajo, origen del sentimiento de aburrimiento e inutilidad experimentado por el obrero en la gran industria, fue señalado por Marx: "Hasta el hecho de que el trabajo sea más fácil se convierte en medio de tortura, puesto que la máquina no libera del trabajo al obrero, sino de contenido a su trabajo", Ibid., pág. 516.
 - 16.- Arthur Kornhauser: "Mental Health of the Industrial Worker", Wiley New York, 1965.
 - 17.- Citado por Severo Martínez Peláez: "La Patria del Criollo", Editorial Universitaria Centroamericana, Costa Rica, 1979. Las referencias a la pereza en términos cualitativos son numerosas en los relatos del viaje del siglo XVIII y XIX y también se encuentran en las ordenanzas incluídas en la Recopilación de Indias como la del Rey Carlos II del 18 de mayo de 1630 que dice: "Habiéndose reconocido también, que importaba a los indios para su propia conveniencia y aumento, no permitir entre ellos la ociosidad y dejamiento a que naturalmente son inclinados y que mediante su industria, labor y granjería debíamos procurar el bien universal y particular de aquellas provincias..." (subrayado nuestro).
 - 18.- Mauro Fernández: "La Anquilostomiasis y la Agricultura", Imprenta de Avelino Alsina, San José, Costa Rica, 1907.
 - 19.- Mauro Fernández, Ibid.
 - 20.- Angelo Mosso: "Fatigue", Putnam's Sons, New York, 1904.
 - 21.- Angelo Mosso distingue los dos tipos de fatiga por sus síntomas: "En la fatiga muscular si el trabajo fue leve, sentimos una cierta lassitud; si la fatiga fue excesiva experimentamos una sensación inconfortable y dolorosa que dura varios días. La necesidad de descansar luego de un trabajo intelectual o la sensación de debilidad después de una gran emoción o dolor intenso, es algo más vago y más indescifrable que el dolor local precedido por la fatiga. Ibid., pág. 217.
 - 22.- E.J. Hobsbaw: "Trabajadores, estudio de historia de la clase obrera", Editorial Crítica, Barcelona, 1979, pág. 371.
 - 23.- Karl Marx: "El Capital", Ibid, Tomo I, Vol. 2, pág. 499.
 - 24.- Josephine Goldmark en un libro titulado "Fatigue and Efficiency Russel Sage Foundation", Philadelphia, 1912, expresa: "Gradualmente se reconoce que las horas de trabajo más cortas mejoran notablemente la salud y que la salud así restablecida y

- la eficiencia, bajo el sistema de un menor número de horas de trabajo, es la base de una mayor producción”.
- 25.- S. Horvath and E. Horvath: “The Harvard Fatigue Laboratory, Its History and Contributions”, Prentice Hall, New Jersey, 1973. Este laboratorio estudió en los Andes Chilenos la capacidad adaptativa de los mineros frente a la fatiga.
 - 26.- Josephine Ioteyko: “La Fatigue”, París, 1920.
 - 27.- S. Howard Bartley: “Fatigue”, en International Encyclopedia of Social Sciences, The MacMillan Company and The Free Press, 1968, Vol. 5, pág. 347.
Bartley publica varios trabajos en la década de los 40 sobre fatiga: “Conflict, Frustration and Fatigue”, Psychosomatic Medicine, 5: 160-163, 1943 en colaboración con Eloise Chute: “A preliminary Clarification of the Concept of Fatigue”, Psychological Review, 52: 169-184, 1945 y “Fatigue and Impairment in Man”, Mc Graw-Hill, New York, 1947.
Otras publicaciones de la época son: R.D.R. Davis: “The disorganization of behaviour in fatigue”, J. Neurol Psych, 9:23:39, 1946 y H.E. HARMS Y T.L.L. Soniat “The Meaning of Fatigue”, Medical Clinics of North America, 36: 311-330, 1952.
 - 28.- Algunas de las publicaciones más importantes de este período son: C. Cameron: “A theory of Fatigue”, Ergonomics, 16: 633-651, 1973; R.A. Mc Farland “Fatigue in Industry, Understanding fatigue in modern life”, Ergonomics, 14: 1-23, 1971 y Y. Saito, K. Kogy y S. Kahiwasi: “Factors underlying subjective feelings of fatigue”, J. Science of Labor, 46: 205-226, 1970. Además, debe mencionarse el importante aporte de los investigadores italianos: R. Rozzi: Psicologi e operai, Feltrinelli Ed., Milano, 1975 y F. Novara: Atti del convegno su Scienza e organizzazione del lavoro, Editori Riuniti, Roma, 1973.
 - 29.- I. Odone, A. Re, G. Briante: “Esperienza operaia, coscienza di clase e psicología del lavoro”, Einaudi Ed., Torino, 1977.
 - 30.- En Argentina las investigaciones psico-fisiológicas sobre la fatiga se inician con la creación en 1980 de la cátedra de Psicología y en 1900 del Laboratorio Psicofisiológico en el Colegio Nacional. En 1901 Horacio G. Piñero se hace cargo de la cátedra de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires y el año siguiente inicia investigaciones sobre la fatiga. La fatiga intelectual constituye uno de los temas principales de la enseñanza y de la investigación pedagógica realizada por Piñero. En 1904 el Dr. Piñero se incorpora al personal docente de la cátedra de Fisiología de la Facultad de Medicina, de la cual será años más tarde su jefe y en donde se formará el Dr. Houssay, Premio Nobel de Fisiología en 1947.
 - 31.- “La universidad —según Horacio G. Piñero— es templo de cultura, fuente de enseñanza, afirma el patriotismo que dignifica actividades, consolida el carácter que sienta tan bien al hombre público, reúne esfuerzos y acrecienta la labor y el progreso de este siglo”, Horacio G. Piñero: “Discurso inaugural”, Anales de la Academia de Filosofía y Letras, Tomo II, Buenos Aires, 1914.
 - 32.- Augusto Bunge: “Las conquistas de la Higiene Social”, Anales del Departamento de Higiene, Vol. XVI, N° 5, mayo 1909.
 - 33.- Alfredo Palacios: “La fatiga y sus consecuencias sociales”, Editorial Claridad, cuarta edición, Buenos Aires, 1944.
 - 34.- Ary de Castro Fernández: “O rendimento no trabalho e o serviço de assistência social”, Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1946.

- 35.- Lucila Valdez de Ducastaing: estudio del factor fatiga y rendimiento en las distintas actividades profesionales dentro de la Industria y el Comercio, Lima 1947.
- 36.- En los últimos años se observa una abundante literatura sobre la reorganización del trabajo en los países capitalistas desarrollados. Términos como "Workplace Democracy", "Job Enrichment", "Worker Ownership" son frecuentes en las proposiciones que intentan resolver la crisis de productividad. Ver Karl Frieden: Workplace Democracy and Productivity, National Center for Economics Alternatives, Washington D.C., 1980.
- 37.- Carlos Marx: "El Capital", Fondo de Cultura Económica, México, 1947, Tomo III, Vol. 1, pág. 123.
- 38.- Carlos Marx: "El Capital", Ibid., pág. 123.
- 39.- Giovanni Berlinguer: "Medicina e Política", De Donato Ed., 1973, pág. 87-94.
- 40.- Ray H. Elling: "Industrialization and Occupational Health in Developing Countries". Meeting on non-infections disease epistemiology, Neubrandenburg, GOR, April 1976.
- 41.- M.W. Susser and W. Watson: Sociology in Medicine, Oxford University Press, London, 1971. Ver en especial el capítulo "Social Class and Disorders of Health", pág. 128-176.
- 42.- David Mechanic: Medical Sociology, The Free Press, New York, 1968.
- 43.- Jaime Breilh: Epidemiología, Economía, Medicina y Política", Universidad Central, Quito, 1979.
- 44.- E. Maurice Backett: "Domestic Accidents", Public Health Papers, World Health Organization, Geneva, 1965.
- 45.- Alfred V. Zamin and Roberto Gannon: Why your House may endanger your Health, Simon and Schuster, New York, 1980.
- 46.- John Harrison, Wally Secombe, Jean Gardiner: El ama de casa bajo el capitalismo, Cuadernos Anagrama N° 110, Editorial Anagrama, Barcelona, sin fecha.
- 47.- Paul Lafargue: "El Derecho a la Pereza", Fundamentos, Madrid, 1977. Para un análisis de las tendencias que elogian la pereza ver: Lucila Annunziata y Roberto Moscati: "Lavorare Stanca", Savelli, Roma, 1978 y Gianni Toti: "Tiempo libre y explotación capitalista", Ediciones de Cultura Popular, México, 1975.

GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE SALUD Y TRABAJO

"La Experiencia Obrera como Fuente de Conocimiento - Confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual". Laurell, Ana Cristina; Noriega, Mariano; Oliva, López A. y Ríos, Víctor. Cuadernos Médico-Sociales de Rosario, N° 51, Marzo 1990.

"Industria cervecera y proceso de alcoholización: El caso de la Cervecería Quilmes". González, Ana y Wallace, Santiago. Cuadernos Médico-Sociales de Rosario, N° 51, Marzo 1990.

"¿Fatiga, estrés, desgaste laboral? - Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre trabajo y salud". Bermann, Sylvia. Cuadernos Médico-Sociales de Rosario, N° 51, Marzo 1990.

"Algunas cuestiones de la epidemiología social sobre las condiciones de trabajo en el Post-Fordismo". Diderichsen, Finn. Cuadernos Médico-Sociales de Rosario, N° 51, Marzo 1990.

"Salud Mental y Trabajo - Aproximación a los problemas de salud mental de los choferes-guardas". Seia, Héctor Sebastián. Revista Salud y Sociedad, Año 2, N° 9 y 10, Octubre 1985, Córdoba.

"Salud Mental y Trabajo - U.T.A.". Seia, Héctor Sebastián. Revista Salud y Sociedad, Año 2, N° 11, Abril 1986, Córdoba.

"Experiencia de Salud Mental en un sindicato". Bonifacino, Daniel y Kowalczyk, Daniel. Revista Salud y Sociedad, Año 5, N° 16, Mayo 1988, Córdoba.

"Salud Mental y Transporte Urbano de Pasajeros. Actualización y análisis del sistema". Seia, Héctor Sebastián. Revista Salud y Sociedad, Año 3 N° 12 y 13, Noviembre 1986, Córdoba.

"Salud y Trabajo". Epelman, Mario. Revista Salud y Sociedad, Año 3 N° 12 y 13, Noviembre 1986, Córdoba.

"El trabajo es peligroso para la salud: Manual de riesgos en el lugar de trabajo y qué hacer al respecto". Stellman, Jeanne; Daum, Susan M. y col. Editorial Siglo XXI, México, 1986.

"Muerte en el trabajo: luchas por la salud y seguridad laborales en Estados Unidos." Editorial Siglo XXI, México, 1983.

"Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores. El caso del régimen rotativo del trabajo". Simard, Marcel. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, N° 8, Setiembre/Diciembre de 1987.

"Internalizar y resistir: prácticas y demandas de salud entre los trabajadores gráficos". Grimberg, Mabel. Cuadernos Médico-Sociales de Rosario, N° 49/50, 1989.

"La participación de las organizaciones sindicales en el control de los riesgos del trabajo". Osorio, J. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, N° 11, Setiembre/Diciembre 1988.

"La reproducción de la fuerza del trabajo y la salud". Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, N° 13, Mayo/Agosto 1979.

"Ciencia y experiencia obrera: La lucha por la salud en Italia". Laurell, Ana Cristina. Cuadernos Políticos. Ediciones Era, N° 41, México, Julio/Diciembre 1984.

"Salud y Trabajo: Los enfoques teóricos". Laurell, Ana Cristina. En Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Editor Everardo Duarte Nunes. Organización Panamericana de la Salud, Montevideo, Uruguay, 1986.

"La industrialización y la salud ocupacional en los países subdesarrollados". Elling, Ray H. En Salud e Imperialismo. Compilado por Vicente Navarro. Editorial Siglo XXI, México, 1983.

EVOLUCION DEL TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA

COORDINADOR:

Doctora Alicia Gillone. Psiquiatra, sanitarista, trabajadora en un centro de atención y prevención en el área de drogadicción en Neuquén.

Doctor Miguel Vallo. Médico psicoterapeuta, coordinador general del programa Boca-Barracas.

Doctora Silvia Berman. Psiquiatra, ex presidente de la Federación Argentina de Psiquiatría y ex jefe de servicio del Hospital Finochietto

Doctor Emiliano Galende. Psicoanalista

COORDINADORA

Doctora Alicia Stolkiner. Psicóloga y sanitarista. Profesora Adjunta de Salud Mental de Psicología UBA

Dra. Alicia Gillone: —Pensar en la evolución del trabajo comunitario en Salud Mental, habiendo escuchado ya el desarrollo que fueron presentando las distintas áreas temáticas en estas jornadas hasta hoy, ratifica en mí lo que yo traía como propuesta que era poder pensar juntos en algunas décadas atrás, en la necesidad de mirar hacia atrás, con respecto al trabajo comunitario en salud mental, para desandar lo vivido y repensar estas experiencias, con el fin de comprender la trascendencia de lo hecho hasta la década del 70 para poder entender los alcances de lo que fue deshecho durante la dictadura militar.

Hablar del trabajo comunitario en salud y en salud mental es, sin duda, plantear el problema del poder, el problema de la participación, el problema de la contextualidad social e histórica de la que ya se ha hecho mención aquí en varios relatos.

Leyendo trabajos que fueron presentados en foros de salud mental a fines de la década del 60 y en la primera mitad de la década del 70, sus textos muestran el grosor político, el nivel de conciencia que había en los trabajadores de salud mental respecto a qué salud se quería. El cómo lograr esa salud tenía entonces respuestas que creo que tenían que ver con el momento histórico que se vivía. momento histórico que tenía una altísima participación política de muchos

grupos sociales a lo largo y ancho del país y que, por lo tanto, a nosotros, que nos incluía como ciudadanos, nos implicaba y desde allí redefinía como profesionales, nuestra tarea comunitaria. Creo que las características por momentos arrolladoras de aquella práctica política de transformación en la que estábamos tantos en muchos lugares del país, nos llevó a, en nuestros lugares de trabajo, a no tener tiempo histórico para poder analizar y repensar ciertas categorías, ciertos conceptos, ciertos obstáculos teóricos que ya se insinuaban, que ya se perfilaban, que ya veíamos en aquellos años 70.

Yo he traído a modo de ejemplo, porque creo que ya hace a toda una época, el trabajo de Duchavsky, que integraba el equipo del Hospital de Lanús, en el área de psiquiatría social, del cual he sacado algunos párrafos que creo que son muy demostrativos de esta etapa.

“Entonces se decía, por ejemplo, que “los estudios hechos y las estadísticas muestran que no sólo hay resultados alarmantes en relación a vivienda, a diarreas estivales, a sancamiento ambiental, sino que se observan otros problemas derivados del disloque económico, tales como población sometida a torturas policiales y a requisitorios destemplados.” “Esta ubicación del equipo de trabajo lo precipita en un crisis permanente que orienta los esfuerzos teóricos y enfrenta al equipo con la insuficiencia del modelo médico vigente frente a un ausente todavía modelo médico social.” Más allá, refiriéndose a la prevención primaria, dice: “La prevención primaria, al considerar la salud como una variable dependiente, es la que ejemplifica mejor el conflicto del profesional.” Por último, hay un párrafo en el cual se menciona a Fanon. “Fanon había adelantado síndromes recortados de su momento histórico social y dice: “nosotros en Lanús, en nuestro trabajo hemos conocido síndromes tales como el desertado escolar, el alcoholismo, al que conocemos y reconocemos como parte de un síndrome de explotación y hemos conocido y conocemos también el síndrome de la sumisión.”

Obviamente este no es más que un ejemplo de los tantos trabajos que se llevaban adelante en aquellas épocas.

Rápidamente, los trabajadores de salud y de salud mental, habíamos pasado con esta práctica a integrar nuestro quehacer comunitario profesional en un quehacer político más integral y más totalizador. Sin duda, el poder y la participación estaban presentes cotidianamente. Yo diría que de una manera diferente porque la participación en ese momento y en ese contexto político de nuestra práctica cotidiana nos atravesaba de tal manera que no eran espacios en los que reflexionábamos sobre la participación como instrumento o como estrategia de trabajo comunitario, sino como elemento político central de una práctica y la teníamos que ir redefiniendo desde esa misma práctica.

Desde esa tarea comunitaria de ayer, a hoy y sobre todo la etapa posterior de la dictadura militar, en el medio estuvo y está la formulación de la APS, de la cual se apropia nuestro país y empieza a trabajar con estas líneas.

Hay un momento que yo quiero mencionar, también recordando esas épocas, que es el siniestro 24 de Marzo de 1976, cuando un general de las fuerzas armadas del país, que empezaba a justificar el genocidio que comenzaba, habló y dijo

que ese iba a ser el esfuerzo supremo de las fuerzas armadas, ese que empezaba en el proceso llamado de reorganización nacional. Ante el espanto de lo sufrido y tras él, podemos hoy redimensionar esas palabras y nos damos cuenta hoy que efectivamente fue un esfuerzo supremo, fueron esfuerzos supremos de ellos, de quienes querían consolidar un modelo de dependencia, esfuerzos supremos para matar, hacer desaparecer ciudadanos, y hacer también desaparecer ideas, pensamientos, contenidos, organizaciones de muchísimos trabajadores en todo el país y entre otros de todo lo que habíamos hecho como trabajadores de la salud y de la salud mental. Ocorre que en ese momento nuestra práctica estaba signada por algo que atravesaba a toda la ciudadanía y que era una consigna que había llevado a un partido al gobierno y esta consigna era Liberación o Dependencia. Creo que los trabajos en salud y muy particularmente los de quienes fuimos haciendo trabajos comunitarios tenían presente que dicha práctica era una práctica de transformación, que liberara y que no nos acentuara en un rol de dependencia, temas en los que hoy nos debatimos cotidianamente y que traigo, haciendo este racconto histórico, porque no es cualquier época, la historia está ahí nomás, pero en el medio hubo un corto muy profundo y muy grande. Así llegamos o volvemos a nuestras prácticas comunitarias en el 84 con conciencia de ese corte histórico, con conciencia de ese desgarró, del que todos hemos hablado tanto y creo que lo que nos ocurrió frente a esa enorme necesidad de volver a articular lo desarticulado, de recuperar experiencias, de volver a los encuentros, de salirnos de las instituciones hacia la comunidad, en esa urgencia que teníamos de hacerlo, muchas veces caímos en estos años en ciertas prácticas acrílicas o poco reflexivas; a veces nos hemos visto envueltos en contradicciones que no son muy fundamentales. Nos preocupa enormemente el problema de lo individual y lo social, el problema de la tarea preventiva versus la tarea curativa, el problema del adentro y del afuera, el problema de si la prevención es lo que vale y si hay que dejar o encuadrar o reducir la asistencia a irse hacia ese afuera. Creo que algunas de estas contradicciones que, van a salir en el debate que luego tendremos entre todos y creo que hoy estamos con nuevos elementos que nos permiten comprender el sentido de esa práctica. Nos permite comprender, por ejemplo, que la prevención secundaria sigue siendo un elemento, una estrategia fundamental para llegar a la prevención primaria, lo cual no significa dejar la primera; comprender, por ejemplo, que si hacemos una práctica en el afuera, en la llamada comunidad, tenemos que corresponder esa práctica con una tarea transformadora en el adentro, llámese hospital, centro de salud; me refiero a la institución en sí.

Creo que con todos los errores y las limitaciones de estas, algunas contradicciones que estoy apenas perfilando, hemos retomado un camino riquísimo, creo que fue el posible, el necesario para esta innegable verdad que es que en la práctica comunitaria, que es muy movilizadora, es donde se redistribuye el poder, es muy movilizadora, es donde nos cuestionamos nuestro rol profesional y donde empezamos a retomar y reconstruir esa participación.

Quería recordar con Uds. esas palabras de Foucault cuando dice, en "El Nacimiento de la clínica", que los lugares de las enfermedades son los lugares

naturales de la vida. Se refiere a la familia diciendo: "dulzura de cuidados espontáneos, testimonio de afectos, deseo común de curación donde todo entra en complicidad". Yo, a esto, me permito agregar un espacio más en donde le cabe a ese espacio todo lo mismo, dulzura de cuidados espontáneos, testimonio de afectos, complicidad, deseo común de curación y es el espacio de los trabajadores, donde, por supuesto, falta otra palabra que es la solidaridad.

Planteo esto del espacio de los trabajadores porque propongo y en realidad no hago más que ratificar lo que entre todos fuimos proponiendo en estos días, la necesidad de que demos un viraje en nuestra práctica comunitaria. No para que dejemos como equipo de salud mental esos espacios naturales, ricos de trabajo donde aprendimos tanto y creo que fuimos útiles y lo seguimos siendo, como son los barrios, los lugares carenciados y me refiero a la unidad de trabajo barrial, geográfica, de territorio en los cuales hemos hecho durante tantos años nuestra práctica comunitaria. No digo dejar estos espacios de lado pero sí digo darle prioridad a nuestro trabajo comunitario desde el enfoque o punto de partida del espacio de los trabajadores. Tenerlo en cuenta como un lugar fundamental para nuestra práctica sistemática, por fuera del hospital en el campo de la salud y de la salud mental.

Siguiendo con éste, el espacio de los trabajadores, y por razones que no viene al caso comentar y que estuvieron presentes en toda la jornada, creo que un segundo espacio es el de los que se quedaron sin trabajo. Esto lo hacemos, cuando trabajamos con las madres embarazadas solteras, cuando estamos en los barrios con las familias, cuando trabajamos con niños no tan niños, adolescentes, que a todas sus carencias y pérdidas se les suma la prohibición de un derecho a aprender y de un derecho a trabajar. Entonces hablamos de niños inhaladores y vamos con programas más específicos. Pero subyace todo esto. Creo que éste es un espacio que tenemos que recuperar, el de los desocupados. Y el tercer espacio es el de la escuela, sigue siéndolo, pero al que yo le pondría un matiz: quisiera hacer hincapié en lo de la escuela, esta escuela de hoy, haciendo referencia a la lucha que llevan adelante los docentes porque nos parece a muchos trabajadores de la salud que al estar cerca de los docentes aprendimos como padres y como trabajadores de la salud que tal vez ésta es una verdadera práctica de APS y de salud mental.

Porque los trabajadores docentes, que van mucho más allá en sus luchas de las reivindicaciones salariales, creo que nos han podido mostrar a toda la ciudadanía que han podido terminar con el "como si". Yo creo que dieron un ejemplo de salud mental cuando dijeron cómo se aprende, cómo se enseña, cómo no se enseña, cómo se desaprende. Pusieron las cosas un poco más en claro en el medio de sus luchas y creo que traen un ejemplo muy importante de cómo terminar con ese "como si".

Estos tres elementos, el de los espacios de los trabajadores, el de los que han perdido su trabajo y el de la escuela a la luz de estas reivindicaciones y planteos que nos traen los docentes, me parecen tres aspectos que pongo a consideración de todos para que los discutamos como aspectos fundamentales para hacer este

giro de una práctica que fue la práctica comunitaria más ortodoxa que hemos tenido hasta ahora, que fue la práctica barrial.

Dr. Miguel Vallo: —Yo voy a referirme a una experiencia concreta que vengo coordinando desde hace cuatro años, que venimos desarrollando en los barrios de la Boca y Barracas, de esta Capital, a través del llamado Plan Piloto de Salud Mental y Social de esos barrios.

Este Plan fue aprobado por la Dirección Nacional de Salud Mental y se inició intentando crear un espacio diferente y diferenciado, de las instituciones que pretenden dar cuenta de los problemas vinculados a la Salud Mental, pero que, en realidad se encuentran abocadas a la patología de manera tal que, hablar de Salud Mental cuando hablamos del hospicio —porque hay que llamarlo así— o de los centros de Salud, que forman psicoanalistas para Palermo, estamos hablando de instituciones que no se ocupan de la Salud Mental.

Entonces veíamos la necesidad de crear este espacio diferente y diferenciado, desde el cual y a través del cual, en contacto estrecho con la población y con una participación cada vez mayor de la misma se pudieran crear nuevas condiciones que hicieran de las instituciones también un objetivo, ya que esta era la única forma de la cual se atisbaba la posibilidad de cambiar estas instituciones. Es decir que, en vez de ir la institución a la comunidad, lo que tratamos fue de crear un intermedio que si bien insertado en la comunidad, lo que tratamos fue de crear un intermedio que se apoyara y creciera con ella y que, desde allí pudiera revertir la acción hacia las instituciones, oxigenándolas.

Obviamente, cuando iniciamos esto, con todo el entusiasmo y con toda la inexperiencia que corresponde, y por más que atisbáramos las dificultades, creíamos que tendríamos más logros. Pasados estos 4 años estamos recién ahora en condiciones de opinar con cierto fundamento sobre este tema tan apasionante y tan difícil que es APS en el campo de la Salud Mental y de la participación comunitaria.

En este momento estamos llevando a cabo nuestras tareas a través de los llamados equipos de primer y segundo nivel, que muy sucintamente se ocupan: el primer nivel de, sin entrar en detalles, la prevención y promoción de salud. En este nivel hay dos equipos, uno para Boca y otro para Barracas que están trabajando en el Programa de Conventillos (La Boca) y en el Programa de Hoteles, Pensiones y Escuelas de la zona (Barracas). Digo esto porque el barrio de Constitución pertenece a Barracas y allí hay una cantidad enorme de hoteles y pensiones en los que mucha gente del interior trata de subsistir en la Capital. En el caso del Programa de Conventillos, que desarrollamos en La Boca, dentro del mismo se articulan distintos sub-programas como el de la infancia en el conventillo o la violencia, las dificultades relacionales o de comunicación en la población del conventillo. Y convendría aclarar por qué estamos trabajando dentro de los conventillos. Lo hacemos porque después de haber hecho, durante dos años, varios intentos de abordaje en la comunidad, de penetrar en ella y de afincarnos, detectamos que la unidad más esencial de la zona era el conventillo. Si bien es

una unidad de vivienda, también es una unidad social en el sentido de que allí se da un mundo, por el número de conventillos, en el que buena parte de la población de la Boca habita. Hay alrededor de 2.500 a 3.000 conventillos, estimando que puede haber entre 50 y 70 personas en cada uno de ellos. Es interesante detenerse un poco en la unidad "conventillo", porque existe todavía un cierto folklore que a veces aparece en los teatros cuando se ve un sainete de Vaccarezza o algún otro autor nacional, en los que el conventillo aparece un lugar muy simpático, agradable, en el cual el nono toca el acordeón, la familia baila, la nena tiene su novio en el piso de arriba y todos son felices. Bueno, esto ya no existe más. Este lugar donde la gente se podía reunir y era un centro comunitario y espontáneo en el cual había solidaridad y respuestas entre los distintos habitantes ya no existe. Se ha transformado en un verdadero lugar de hacinamiento, en el cual no hay las más mínimas condiciones de higiene y habitabilidad.

Abocamos, entonces, la tarea a ir conventillo por conventillo. Con una tarea tan grande no estamos en condiciones de abordar todo esto de movida, pero en este momento estamos en contacto permanente y ordenado con alrededor de 50 de ellos. Todo esto se hace con una enorme dificultad. Con pasos muy cortitos. Con grandes deserciones. Quiero aclarar que éste es un equipo que está constituido por alrededor de 28 ó 30 profesionales en este momento: psicólogos, médicos, trabajadores corporales, asistentes sociales, todos los cuales ejercen su tarea *ad-honorem* y al mismo tiempo la asistencia es gratuita para la población. Esto sería el primer nivel.

Tenemos un segundo nivel, que es el que se ocupa de las situaciones de crisis, el cual está desarrollando un trabajo muy importante en el barrio. El año pasado este equipo, que estaba constituido por 5 personas, abordó 80 situaciones de crisis, de las cuales sólo una requirió una internación de un día y a pedido del paciente, en el Hospital Borda. Todas las demás situaciones se resolvieron dentro de un local que tenemos cedido por una Sociedad de Fomento en la Boca y se trabajó con la familia, con los vecinos, con los amigos del paciente. Es decir que estas situaciones de crisis fueron abordadas y resueltas dentro de la comunidad, con participación no sólo del paciente o familia en crisis, sino también de aquellas personas que los rodean.

Este año esos 80 casos llegaron alrededor de los 180, con las mismas características y los mismos resultados pero con un detalle que me parece importante traerlo aquí y es que se ha conformado, con este grupo de ex-pacientes o ex-familias de situaciones críticas, un pequeño grupo inicial, participativo, el cual está armando una cooperativa de apoyo al plan piloto y que también está creando una especie de asociación —algo así como los ex-beneficiarios del plan— y que está comenzando a pensar de qué manera se puede hacer llegar el mensaje nuestro al resto de la población de los barrios.

Digo esto porque nos preocupaba, en un principio, la cuestión de si realmente nos estábamos insertando en el barrio o si estábamos, simplemente metidos en un rincón del barrio y la gente nos ignoraba. Pero, hace poco tiempo, hemos obtenido información sobre el hecho de que somos reconocidos, saben quienes

somos, qué hacemos y dónde estamos. Y esto que nos parecía bastante difícil y hasta imposible, parece que no lo es tanto. Yo estoy dando un pantallazo muy general porque para hablar de esto se necesita mucho tiempo. Pero mi interés consiste en informar que existen este tipo de experiencias. Porque muchas veces, en lugares como éste, en los cuales se habla de APS o de proyectos comunitarios se ignoran las experiencias concretas que se están sucediendo. Creo que a partir de ellas, con todos los errores y disparates que se puedan hacer allí, es que vamos a construir alternativas viables. De lo contrario nos quedaremos como siempre atrincherados en los escritorios o en los despachos, y creo que esto es algo que debe terminar.

Quisiera agregar algo que se articula con lo que dijo Alicia. Antes se habían hecho cosas, se habían dado vueltas para encarrilar cosas como ésta. Y si ahora estamos en condiciones de volver a empezar y retomar esto es porque se ha abierto un espacio, llamado espacio democrático que, con todas sus fallas y dificultades es el único que permite comenzar a pensar que un plan de estas características tenga continuidad. Si no reestablecemos la continuidad en estos proyectos, si no los mantenemos y para esto tenemos que estar muy concientes como profesionales que éste es el verdadero rol del profesional en la Argentina, el estar al frente de estas cosas, el panorama puede llegar a ser muy siniestro.

Dr. Emiliano Galende: —Alicia me presentaba hace un rato como psicoanalista. Es cierto que cuando me preguntó le dije eso, cabría preguntarse qué hace un psicoanalista en relación con estas problemáticas. De hecho, no se trata de la incorporación de los psicoanalistas bajo formas más o menos adaptadas a las circunstancias que ofrecen los servicios periféricos o los centros. No se trata de ir allí a realizar tratamientos, sino utilizar lo que desde Freud mismo en adelante, el psicoanálisis tiene como instrumento crítico profundo para reflexionar sobre la problemática acerca de la cual se ocupa la salud mental. Estamos en la Facultad de Medicina y si hay algo que nos convoca, que nos reúne, es que hay una inquietud compartida en cuanto a pensar una medicina ligada a lo social o comprometida de algún modo con la problemática social. Pero, sin embargo, cuando hablamos de salud mental tenemos que tener claro que si bien estratégicamente está ligada a la problemática de la medicina, y de hecho en el plano institucional la salud mental opera con el dispositivo global de la salud, hay que tener en cuenta que hay una serie de especificaciones que hacen a la problemática de la salud mental que se diferencian de la médica. Y es en esas diferencias en las cuales hay un plano productivo de interrogación y en el que yo creo que es posible introducir una reflexión, un pensamiento crítico psicoanalítico. Recién decía Vallo si el plan de conventillos, hoteles, los lugares de la marginación de la gente del interior que habita y sobrevive en Buenos Aires, lugares éstos de la pobreza, en algún sentido de la miseria humana, lugares donde ciertas subjetividades tienen que adaptarse a sistemas de orden social y cultural que les son heterogéneos, con sus lugares de origen, de pertenencia o aún con sus sistemas de valores que hacen a sus propias identidades; entonces no es allí en donde está en juego la

miseria biológica de la pobreza. No es la diarrea estival o las complicaciones infecciosas que sí pueden estar pensadas y reguladas por cierta normatividad que se establece a partir de lo biológico mismo. La problemática de salud mental que se juega en esos lugares de marginación, y se juega en general en toda la población, hacen una problemática de la subjetividad diferente. Hace a los modos del bienestar psicológico y social, hace a los modos en que la gente encuentra o no felicidad en la vida cotidiana, hace a los modos en que la gente fracasa en la subjetividad que este sistema productivo le impone, hace a los modos en que los chicos se quedan en el camino cuando un dispositivo social fenomenal está pensado para una normatividad de los sujetos que puedan incorporarse al sistema de producción. Y hay chicos que no entran, que se descuelgan, que no pueden engancharse bien en la norma pedagógica que impone todo el sistema o el aparato educacional. También la problemática de salud mental hace a una cuestión de la promiscuidad y a los modos en que la gente pueda entrar en una relación gozosa con el cuerpo de los otros. Hace a los problemas de la violencia que pueden generarse en la vida cotidiana y en las relaciones de ésta con la promiscuidad. Hace a los fracasos, por los cuales la gente no logra introducirse en los medios laborales. Hace a tristezas que se transforman en depresiones porque no pueden resolverse en los planos de una vida social, cotidiana y continente. Estos son los problemas que recibimos los psicoanalistas y los psiquiatras. Esta es la problemática de la salud mental. Si nosotros también a veces nos encontramos con problemas que rozan lo biológico como pueden ser las deficiencias mentales, las demencias o alguna patología con expresión psiquiátrica o de origen orgánico, es un porcentaje muy estrecho y escaso de toda la problemática en la cual intervenimos los técnicos de la Salud Mental.

Allí se encierra abusivamente, diría yo, el gran engaño que produjo la psiquiatría, que es hacer esa extensión, esa cobertura a una gran cantidad de problemas de la vida humana que nada tienen que ver con lo que se podría entender como problemas de la psiquiatría biológica tradicional.

De qué manera se pasó, para decirlo de manera más simple. Si trazamos un arco y se pone en un extremo el problema de las demencias, de las oligofrenias, de las epilepsias, si Uds. quieren de algunas psicosis llamadas endógenas, lo de las categorías de lo biológico juegan y hay ciertas normas biológicas alteradas. Si hacen un arco y pasan de allí al tratamiento de los chicos con sus fracasos escolares, a los conflictos de pareja, a las depresiones reactivas que hacen a problemas de la vida cotidiana o aún en el medio, a lo que se llamó durante mucho tiempo las sociopatías, o sea las patologías propias de los sujetos con lo social, de qué manera fueron trasladados los valores propios de este campo médico, organicista, a cubrir problemáticas que hacen a la vida cotidiana de los problemas humanos de la relación.

Creo yo que hay una necesidad de diferenciar lo que está en juego en la medicina, sobre todo cuando estamos en relación con temas como los de APS. Esto es clave porque allí se juega la posibilidad de fundar una intervención que no produzca la cobertura médica de problemas que no son estrictamente de orden bio-

lógico ni médico. Yo quisiera señalar algunas cosas, al menos, que me parece que ya en el terreno de la APS hacen a la diferencia.

Yo mencionaba la norma en la cual se piensa al médico; ésta es una norma esencialmente biológica. Aún cuando sobre los problemas de la normalidad biológica se generen una cantidad de cuestiones de orden social que tienen que ver con los modos en que cada cultura, cada sociedad se plantea a las condiciones de un bienestar físico. Que no son necesariamente regulados por normas biológicas sino que hacen a modos consensuales creados en la comunidad como condiciones o valores de un bienestar físico.

Pero la norma, en psicología, y lo que define la desviación de esa norma está constituida en un tiempo social, histórico y cultural y es una norma producida. Los técnicos, los dispositivos de la salud mental establecen esa norma. El médico descubre la norma biológica. El psiquiatra, el psicólogo y quien está operando en el campo de la salud mental son también productores e instauradores de una norma; que mucha gente hoy en Buenos Aires se haya habituado a hablar de la tristeza en términos de depresión indica que hay incorporado, sin darse cuenta por supuesto, una categoría que es nuestra. Son los técnicos de la salud mental que han introducido una categoría clínica, como es la depresión, para denominar problemáticas humanas que nada tienen que ver con una categoría de orden biológico. Entonces, la norma es diferente y esto es importante tenerlo en cuenta porque contribuimos a crear la norma a partir de la cual los sujetos refieren su propio bienestar psicológico. En segundo lugar hay una cuestión de temporalidad. En la APS supone llevar cierta racionalidad científica, en algún sentido, al seno de lo que representaciones más o menos ideológicas de la gente de lo que es vivir en salud. Evidentemente, en medicina, aún la incorporación de tecnología supone una temporalidad progresiva.

Si se puede cuestionar el papel de la ciencia en la medicina, o cuando es la medicina científica o cuando no o cuando sigue siendo un arte o cuando incorpora los elementos de una ciencia, eso la instala a la medicina en general dentro de una secuencia de linealidad de progreso. No es así en el campo de lo mental. Cuando nosotros decimos como propuesta: salgamos de nuevo a la comunidad, paradójicamente, podríamos estar llevando la psiquiatría de nuevo al siglo XVIII. Volver a estados en los que las problemáticas de bienestar psicológico se resolvían en el seno de la comunidad y la familia y no en el seno de una disciplina como fue la psiquiatría que tiene su desarrollo a partir del siglo XIX. Entonces, no es la misma temporalidad la que está en juego. Nosotros, los técnicos de la salud mental, no siempre llevamos el progreso, llevamos una racionalidad diferente. Le proponemos a la gente pensar sus problemas psicológicos en otro terreno conceptual pero nuestra racionalidad no es la de la ciencia ni el progreso. Es una racionalidad diferente a la que la gente espontáneamente puede constituir como formas de presentarse y pensar sus problemas subjetivos del goce, del bienestar, de la muerte.

No debemos engañarnos, entonces, sobre el hecho de que no somos en la sociedad representantes de la ciencia y del progreso. Somos representantes de

un dispositivo ideológico diferente que bien o mal esto no supone la invalidación del pensamiento y de los modos en que las disciplinas de lo "psi" han construido sus teorías ya que es importante sí tener en cuenta que no se debe caer en engaño de confundir eso con un desarrollo de una temporalidad y de un progreso que sí juega en medicina. No juega del mismo modo en el campo de la salud mental.

Por otro lado en la APS fácilmente uno puede pensar que la intervención comunitaria, supone, al menos, la puesta en juego de un dispositivo más o menos radial, lo llamado puerta de entrada. Allí se atienden problemas, condiciones de bienestar, de salud, se atiende la enfermedad, pero en un sistema radial que está regulado de algún modo por la complejidad. La idea de núcleos o de centros en los que se concentra la tecnología médica, tanto diagnóstica como terapéutica, y la existencia de un sistema radial que tendencialmente iría a los lugares en los cuales se produce de algún modo la enfermedad.

Quiero señalarles que ese sistema funciona porque está regulado por una idea de complejidad progresiva. Y eso no es así en salud mental. Los centros, las instituciones de salud mental no tienen ninguna tecnología y no suponen ningún tipo de saber más sofisticado que el que se juega en la comunidad. Nosotros no podríamos pensar a la APS en salud mental como un sistema radial en el cual se reciben problemáticas que si no son resueltas en ese nivel pasarían a niveles de mayor complejidad. La complejidad total está puesta en el lugar mismo en el cual las cosas suceden. La complejidad originaria está allí en el conventillo, está jugada en eso y en el modo en que un técnico de salud mental puede pensar ese problema y operar sobre él. No hay otro lugar institucional. No hay un nivel de atención central en el que se manejan saberes más sofisticados o tecnologías más complejas.

Creo que la problemática que se nos plantea en salud mental en relación a la intervención comunitaria y articulando esto con lo que decía Vallo, creo que puede desembocar en dos preguntas claves: 1) el dispositivo asilar que señaló Vallo y que tiene su representación asilar en el manicomio es un dispositivo complejo, no es sólo el lugar físico de encierro, los guardapolvos de los médicos, los llavines de los enfermeros, no es sólo ese dispositivo. Supone una articulación muy precisa y muy compleja entre por lo menos cierto saber médico-mental o médico-psiquiátrico, cierto cuerpo doctrinario o de teorías que son los sistemas referenciales con los cuales los psiquiatras avalan su intervención y avalan también el dispositivo de encierro. Entonces tenemos un cuerpo referencial, un sistema de saberes, una organización institucional, hay profesionales que ejercen en relación a ese saber un cierto poder sobre los enfermos. Además hay una teoría de la terapéutica que supone el encierro o al menos la internación como condición necesaria para la relación de asistencia. Es decir que articula un dispositivo de poder que además tiene su inscripción en el sistema judicial, hay leyes que regulan esto. Yo llamaría a este dispositivo complejo una relación de asistencia asilar, en la cual todo el poder y el saber están del lado del médico, donde el paciente está en un lugar pasivo y donde se supone que ese saber autoriza o legitima ciertas operaciones de segregación, internación, custodia del enfermo. La

pregunta que se plantea es que si nos proponemos una intervención comunitaria y vamos a poner en crisis estas insituciones de lo mental que tuvieron vigencia hasta por lo menos la segunda guerra mundial, vamos a hacer un proceso de desinstitucionalización, salimos hacia la comunidad; eso, nos garantiza que en esa salida a la comunidad estamos liquidando también al mismo tiempo el dispositivo ideológico que representa el modelo asilar? Porque, ¿ése es el problema! Porque de lo contrario, podríamos quitar lo más desagradable, lo más horrible de estos lugares que son el feo olor, el encierro, los muros, y haríamos de eso una gran modernización. Pero entonces, tal vez estemos recreando el dispositivo asilar en el seno de los conventillos y de la comunidad, si volvemos a generar un tipo de vínculo con la problemática con la que tratamos, en el que vuelva a articularse, el saber técnico, el poder sobre el otro y la posibilidad de actuar y disponer sobre la vida de los demás. Entonces, creo que esa es una pregunta que debemos hacernos.

La otra cuestión que está planteada la formulo como pregunta para que en algún momento podamos retomarla. Tiene que ver con que el modelo asilar ha creado su propio dispositivo ideológico; mucha gente se identifica rápidamente diciendo "estoy loco, estoy enfermo, me pueden encerrar". La gente se acostumbró a ese dispositivo. Hay que preguntarse, entonces, si lo que estamos ahora armando es la posibilidad de un dispositivo que quite del núcleo el dispositivo manicomial y ponga en el centro del dispositivo de lo mental la cuestión de la intervención comunitaria; hay que preguntarse a partir de allí cuál es la ideología que estamos vehiculizando. Esto que dijo Vallo: ahora ya saben quienes somos y donde estamos, nos conocen. ¿Qué conocen? ¿Qué saben de eso? ¿Hay allí la efeción de nuevos valores? ¿Se están planteando nuevas formas de representación del malestar psicológico y nuevas formas de tratamiento? Me parece que hay que preguntarse cuáles son las nuevas ideologías terapéuticas que se vehiculizan a través de las intervenciones comunitarias. Comò última cuestión; hay un problema que hay que discutir en el país; esto fue discutido en USA con la famosa ley Kennedy en el año 1963. Kaplan lo llevó ya que fue el padre de la psiquiatría comunitaria y fue muy discutido. El problema podría sintetizarse así: estamos proponiendo una intervención comunitaria que signifique la descentralización o sea la extensión de los servicios que prestaba tradicionalmente el manicomio hacia la comunidad haciendo una cantidad de intermediaciones como por ejemplo hospitales psiquiátricos, servicios de psicopatología de un hospital general, centros de salud mental periféricos y de allí intervención a la comunidad. Estamos estableciendo eso que yo llamé antes un sistema radial haciendo una extensión de los servicios lo que yo llamaría descentralizar o sea una extensión superficial y acrítica de lo que ha representado la situación asilar hasta aquí.

La otra alternativa es, ¿creamos modelos comunitarios? Pero si los creamos eso supone la autonomización del modelo comunitario, no la extensión o descentralización del servicio hospitalario sino una reformulación global de todo lo que representa a la salud mental. Allí hay que partir de cortar todo vínculo del sistema comunitario con lo que representa el modelo antiguo asilar. Eso es lo que yo

llamo autonomización, palabra que usó Kaplan en su momento. Autonomizar significa la creación en serio de un modelo alternativo, pero entonces tenemos que pensar de nuevo la cuestión que los modelos que funcionan en el asilo no son los mismos que deben funcionar allí. Debemos pensar que los roles profesionales no son los mismos. Tenemos que acostumbrar a los médicos y a los psicólogos, que van a presionar siempre porque esa es su formación, para reconstruir la relación de asistencia, si eso es lo que saben, en eso son eficaces. Van a tratar de prenderse de algún modo de asistir a alguien, tener un consultorio y en lo posible reconstruir algo de la clientela. Entonces hay que redefinir la participación de la gente en sus propios problemas, pero en serio y no llevarles nosotros nuestro saber. Proponerles que ellos se hagan cargo en algún sentido de los problemas que los aquejan. Digo esto por la experiencia llamada piloto. En este país todas las experiencias se han llamado piloto. Nunca terminé de entender bien por qué. Pero siempre se corre el riesgo de producir descentralizaciones espasmódicas, periódicas que terminan y se agotan en eso sin haber creado las condiciones reales para fundar un modelo alternativo en salud mental que centre la cuestión en la comunidad y que descentre para siempre la cuestión del modelo asilar.

Dra. Silvia Berman: —Yo no puedo dejar de comenzar mi exposición señalando el significado que para mí tiene el estar en este momento en esta casa, tratando de dialogar con Uds.

Por aquí transcurrieron muchas de las actividades científicas que desarrollamos en diversas épocas; por ejemplo en 1973 las Jornadas sobre instituciones públicas de salud mental, en las que tratamos de analizar el problema de las instituciones, de la formación y de la práctica de los trabajadores de salud mental en nuestro país, planteando estas propuestas alternativas a las que hace referencia E. Galende y que, por desgracia no pudieron llevarse a la práctica. Remontándome más atrás, no puedo dejar de recordar en este estrado, la polémica entre mi padre, Gregorio Berman y el profesor Rojas que en ese momento era el decano organizador, después de 1955, de la Facultad de Medicina y origen de muchos de los problemas que todavía transita la facultad, cuando mi padre señaló con la vehemencia que lo caracterizaba los defectos, los problemas, las carencias de esa sociedad norteamericana para la salud mental de su pueblo. Fue una polémica dura e interesante y recogiendo, por ejemplo, lo que ayer se señalaba en la mesa sobre organización de la APS en salud, el delegado de la Oficina Sanitaria Panamericana, diciendo que el problema fundamental de la aplicación de la APS como un programa equitativo y que trata de cubrir de manera igualitaria todas las necesidades de salud de la población; tiene que ver con que no se ha elaborado una estrategia adecuada y que en muchos países existe la tendencia o se pretende importar el modelo prestador de países desarrollados en los que la búsqueda de la equidad no es el principio fundamental. A tantos años de aquella polémica, se puede comprobar quien tenía la razón.

No puedo dejar de rendir homenaje, también, en esta circunstancia, como se hizo ayer en la mesa sobre Trabajo y Salud, a tantos compañeros, a tantos traba-

jadores de salud mental que sufrieron la represión, la desaparición o la muerte durante el proceso. En ese sentido quiero rendir en dos nombres homenaje a los centenares de compañeros; uno de ellos es Raúl Fuentes, psiquiatra riojano, de un valor extraordinario y Juan Carlos Rizó, que desapareció en julio de 1976 cuando salía de una reunión de la Federación Argentina de Psiquiatras, en mi casa. Ellos representaban una toma de conciencia frente a todas las connotaciones de los problemas de salud mental y su relación con los problemas sociales. Porque, al fin y al cabo, como decía Virchow, la política no es más que la medicina en otra escala y quien no lo entienda así no entiende ni la medicina ni la política. De modo que son estos compañeros a los que queremos especialmente recordar hoy.

Este vínculo que ha subrayado tan bien Emiliano entre los problemas de salud mental que penetran toda acción médica, que a su vez es también una acción en salud mental. Toda acción no médica pero vinculada a la salud es una acción de salud mental. Y no se las puede separar. Sin embargo han sufrido un hiato tradicional que al estar aquí con Uds. queremos tratar de romper. Desde esta perspectiva tenemos que afirmar que no hay una definición objetiva de enfermedad y de salud. Al contrario. Es necesario preguntarse en interés de quien y con qué propósito en mente la enfermedad es socialmente definida por gente diferente, por ejemplo, los médicos y los pacientes y por diferentes clases sociales, grupos religiosos y étnicos. El desarrollo de los conocimientos vinculados a la enfermedad y a la salud que tan bien ha descrito por ejemplo nuestra compañera coordinadora, Alicia Stolkiner, muestra muy bien en qué medida a cada sociedad, a cada clase social, a cada estructura histórica, corresponden diferentes concepciones sobre la enfermedad y la salud.

¿Qué pasa con nuestra época? ¿Qué sucede en este mundo tan cruzado por situaciones de tensión, por el desarrollo de la técnica, por lo que se llama el problema de la alienación y la soledad moral que aparece no sólo en los tratados especializados sino que es tema común en las discusiones de café y en los círculos familiares?

Hay que decir que el desarrollo de la técnica ejerce un extraño influjo en el orden social. La ambivalencia es a nivel planetario. Así como se la adora y se la considera y es realmente indispensable, se la rechaza y se la maldice como causa de muchísimos de nuestros males. Un economista como Maurice Dopp ha notado que durante los últimos 100 años la producción industrial ha aumentado entre 30 y 40 veces. En tanto, la población mundial es poco más del doble. Es decir que el desarrollo actual de la técnica desmiente el malthusianismo y las posiciones apocalípticas y catastrofistas que dicen que pronto los habitantes de la Tierra se van a caer del planeta porque no cabrían en ella y porque no habría alimentos suficientes. Hay recursos y el desarrollo prodigioso de los avances técnicos es lo que justifica esta aceleración. Pero no obstante, según el mismo economista, el ingreso va aumentando la diferencia entre la riqueza de los países del Primer Mundo y la pobreza del Tercer Mundo. Además se va produciendo un dominio de los objetos sobre los hombres en la sociedad tecnológica. Y los hombres, que

están dominados por la publicidad no realizan un proceso de liberación sino todo lo contrario.

Se produce un proceso, a menudo, de cada vez mayor sometimiento a los avances de la técnica, a la propaganda y a la publicidad.

En América Latina una gran masa de la población, sin embargo, vive en condiciones de extrema pobreza y las condiciones de salud, tanto desde el punto de vista psicológico, mental y social, están señalando la importancia de la desigualdad en la distribución de bienes, la pobreza crítica, el subempleo y las malas condiciones en que viven la mayoría de nuestros habitantes.

¿Qué hacer desde la perspectiva de la salud mental con estas condiciones que he descrito? Es necesario tener una caracterización clara de cuáles son los factores que están influyendo en las condiciones de salud y enfermedad mental de nuestra población. Pero al mismo tiempo no puede considerarse a la salud mental como la capacidad de los individuos de adaptarse a determinadas circunstancias sino como la capacidad de transformar dichas circunstancias en aras de su liberación, de su salud y de su bienestar. En este sentido la importancia de una organización sanitaria adecuada es indiscutible y la APS en salud mental, con su enunciado Salud para todos en el Año 2000, desde una concepción que considere los distintos niveles: el psicológico, el biológico y el social, abre una perspectiva de salud más equitativa si se adecua en una estrategia, a las necesidades de los habitantes de las distintas partes del mundo.

La contribución que la salud mental puede hacer desde esta perspectiva de que forma parte de cualquier acción en salud, es enorme. En ese sentido un equipo que hemos constituido, no es un equipo que ha trabajado directamente en la Argentina, pero lo constituyen argentinos, mexicanos, chilenos, etc., ha realizado experiencias que yo quiero transmitirles. No se realizaron en nuestro país porque no era posible en ese momento ya que estábamos exiliados, sino que se realizaron en un pequeño país de América Central, más chico que la provincia de Córdoba, la República de Nicaragua, con la cual venimos trabajando regularmente desde 1981 en un equipo que comencé coordinando yo y luego asumió la Dra. Marie Langer, esta gran compañera y psicoanalista que ha fallecido hace poco. No voy a hablar de todas las actividades de asesoramiento en los aspectos de investigación, docencia y atención que nuestro equipo había realizado en Nicaragua. Quiero referirme a la concepción desde la cual estamos trabajando en APS, especialmente en el área 3 de salud de ese país, que es la zona de Managua, sobre todo bajo la supervisión de la licenciada Elena de La Aldea.

En este trabajo nuestro equipo ha contribuido a definir pautas que señalan que hay varios elementos centrales y fundantes en el trabajo de salud mental en APS y que son: la participación popular, la regionalización, la recuperación de tradiciones y pautas culturales, el acento en la salud por sobre la enfermedad, la recuperación de los recursos de salud poblacionales, la coordinación con los servicios de salud, la formación permanente de los brigadistas, la contención psicológica y apoyo al trabajo de campo de los brigadistas, la valoración ideológica de las tareas de formación en lo que se refiere a salud mental en la población y la

inclusión consciente de la incidencia de los factores actuales sociales, políticos, económicos, militares, en las perturbaciones psicológicas. También en las respuestas creativas dentro de las tareas de salud mental. Una de las más importantes tiene que ver con ampliar las posibilidades de elección de la gente; los grados de libertad de sus decisiones. La enfermedad estará, así, ligada a la limitación; por ejemplo: a un duelo alguien solo responde con la alcoholización, aislándose o golpeando. La salud podría ir más en la dirección de buscar alternativas como llorar o ponerse triste, reparar, etc. En suma, de lo que se trata es de estimular y lograr la participación popular en todos los niveles de las acciones de salud. Ya sea que se da desde la planificación, la prevención, la atención o la evaluación. Esto implica estimular todas las acciones que implican el apoyo mutuo y la solidaridad entre los habitantes de una aldea, de una ciudad, de una región.

No puedo dejar de finalizar mi exposición, si bien habría tanto más que hablar, haciendo referencia a algo que es muy importante en nuestro país, en particular después de las durísimas experiencias que atravesamos en la época del proceso militar. Me refiero al estímulo, a la participación y solidaridad de nuestro pueblo en sus actividades, en sus tareas, en su trabajo, en todos los niveles de la vida comunitaria. Por eso nos resulta más sorprendente y doloroso, para mí, que vivo en Córdoba, la actitud oficial en relación con la reciente huelga docente que, asumiendo aquel viejo aforismo romano "divide et impera", lo que pretende es romper un movimiento solidario de los maestros de nuestro país que forman a nuestra infancia, a nuestra adolescencia y a nuestra juventud en aras de egoístas y limitados fines de diversos tipos.

Coordinadora: —Ha llegado una pregunta que pide no ser respondida y dice así: Al panel, queda ya claro lo que no hay que hacer, queda claro cuál es la ideología subyacente de lo que se hizo y de lo que se hace. Pero, ¿qué y cómo se hace lo alternativo? No responda, hay que construirlo, por favor. ¿Alguna receta?

En el intermedio pudimos hablar un poco sobre las exposiciones y pensamos que aparecieron muchas similitudes y puntos de contacto y también algunas diferencias entre las exposiciones. Esperamos que esto vaya apareciendo en las preguntas.

Público: —Al Dr. Vallo: cuando Ud. plantea este equipo ad-honorem para la experiencia piloto se me ocurrió pensar cuáles son las motivaciones para ese trabajo. Me gustaría que explique un poco las modalidades de trabajo del equipo, las motivaciones, dificultades y problemas que se plantean.

Dr. Vallo: —Con respecto al primer punto, la actividad *ad-honorem*, eso tiene que ver con una vieja tradición de los profesionales de la medicina en la Argentina tal como trabajar *ad-honorem* en el hospital, historia que aún no ha cambiado y en algunas oportunidades, como en este caso, pensamos que si queremos llevar adelante cosas y poner a prueba modelos, teorías y prácticas, hay

que empezar a hacerlo. Si esperamos las condiciones ideales, seguramente nunca se van a dar, porque en este país esas condiciones ideales las construimos entre todos y desde abajo o no van a ocurrir jamás. Porque las condiciones ideales desde arriba no vienen nunca. Una de esas condiciones es la que hace al pago de la tarea efectuada, sobre todo cuando se trata de aquellas tareas que están más devaluadas que son las que tienen que ver con el marco social, con la comunidad.

Si nosotros observamos los gastos presupuestarios, en una especie de pirámide imaginaria, veremos que los gastos más extraordinarios se realizan en el vértice de la pirámide mientras que la base es la más desprotegida, la más devaluada en los presupuestos. Con respecto a las motivaciones, yo puedo responder por las mías y hasta cierto punto, por las conscientes porque las inconscientes no las digo. Con respecto a las motivaciones conscientes, cuando se produjo el cambio del gobierno militar por el gobierno democrático y se inauguraba esta nueva etapa, yo sentí la necesidad de colaborar de alguna manera, desde la profesión en el asentamiento de la democracia. Y lo hice como creía mejor, es decir gestando este proyecto, poniéndolo en marcha, sosteniéndolo junto con el equipo hasta el día de hoy. Creo que esa fue la motivación inicial, más allá de que yo creía y sigo creyendo en la importancia de llevar a cabo este tipo de experiencias, más allá de los fracasos y errores, porque creo que justamente a través de la práctica iremos construyendo los modelos más adecuados.

Con respecto a las modalidades de trabajo del equipo y las dificultades que se plantean, yo creo que es un tema muy vasto, que no sé si voy a poder contestar en su totalidad. Lo que sí les puedo decir es que no hay una modalidad de trabajo a la que se puede llamar privilegiada. Nosotros tratamos de apoyarnos en dos principios: uno es la promoción de la participación comunitaria y otro es el criterio de la investigación acción, es decir que estamos permanentemente operando sobre la realidad, analizando lo que obtenemos y tratando de volver otra vez sobre ella con una cada vez mayor conciencia de lo que se está realizando.

En cuatro años el equipo, que hoy cuenta con casi 30 personas, se ha ido renovando. Es muy difícil trabajar en forma voluntaria y a la vez permanente. Es muy difícil constituir un equipo que tenga continuidad, permanencia y que permita a la población y se permita a sí mismo, cobrando una identidad propia, ser beneficiarios de la aceptación de la comunidad y que empiece a producirse un ir y venir entre unos y otros.

Hablar de las dificultades podría llevarme todo el día pero si quieren lo hago, porque podría decirles que son más las dificultades, los errores y los inconvenientes que los aciertos. En este sentido, cualquiera que intente hacer un trabajo de este tipo tiene que partir de esta base, la de que es más lo que no sabemos, lo que no acertamos que lo que sí.

Coordinadora: —He separado las preguntas de acuerdo al panelista al cual van dirigidas, alternándolas e intercalando las que van dirigidas al panel en general.

Público: —¿Considera conveniente la participación del sociólogo en el equipo de salud? De contestar afirmativamente, ¿por qué se hace tan brillante la ausencia de la sociología en salud?

La pregunta es para el panel y yo desde mi lugar opino que la sociología tiene bastante que decir, pero depende de qué sociología se trate. Porque hay sociologías como la positivista, que nacieron con el sueño de una disciplina que permita una tecnología del control social y una tecnología de una sociedad científicamente construida. Esta es una sociología congruente con un modelo de salud y hay otras que lo son con otros modelos de prácticas en salud posibles, alternativos o marginales.

La respuesta de por qué brillan por su ausencia, se relaciona con la dificultad que tiene nuestra sociedad en incluir lo social en la conceptualización de la salud.

Público: —Si toda acción en salud es una acción en salud mental, ¿cuáles son los errores que aparecen en la relación médico-paciente de parte de ambos y cuáles son las actitudes positivas? Me refiero a la relación cotidiana médico-paciente, o sea, la del consultorio.

Dra. Berman: —Creo que hay una conferencia esta tarde sobre Modelo Médico Hegemónico, por Eduardo Menéndez, que seguramente va a dar respuesta a todas estas preguntas. Pero es evidente que una actitud que privilegia fundamentalmente lo biológico, que parcializa al ser humano en órganos y aparatos, una medicina que empieza enseñando al estudiante la muerte y no la vida, es un cúmulo de factores importantes cuyo desarrollo daría para todo un tratado.

Público: —Dra. Alicia Gillone, ¿cuál sería para usted la estrategia para favorecer la prevención en salud mental en los docentes que, a pesar de su lucha gremial, siguen en su lugar de trabajo realizando las tareas en condiciones de explotación y alienación, con el número de alumnos con los que trabajan, salarios no dignos, etcétera? ¿Por qué considera que la salud mental de los trabajadores debería ser prioridad uno? ¿Cuál es el límite del trabajo social en salud mental, hasta dónde es trabajo en salud y hasta dónde psicologización o control social?

Dra. Alicia Gillone: —No creo que haya una estrategia de prevención. Comparto lo que se dice, de cómo están y qué les pasa, pero no creo que nosotros podamos brindar una estrategia o más estrategias de prevención en salud mental. Pero sí hay muchas cosas que se están haciendo en muchos lugares del país, como por ejemplo en Córdoba, con los trabajadores docentes para ver los problemas específicos que tienen. Cuando yo hice referencia a reivindicar el trabajo docente como un ejemplo de APS, tal vez no responda a la pregunta exacta de estrategias en prevención respecto al gremio docente, pero sí lo pongo como

ejemplo desde ellos hacia el conjunto porque creo que allí se pone en práctica que la tan hablada y practicada ya por nosotros APS tiene, a veces, áreas o espacios de la sociedad en los que se practica que salen del sector sanitario y contribuyen con ese accionar a esclarecer respecto a posibles caminos en la construcción de esta APS. Quiero decir que no es sólo el equipo de salud el pionero, el que ve adelante, el que a veces voluntarísticamente tiene que conseguir que la escuela se sume en una tarea. La dimensión de este paro docente y de los contenidos expresados de por sí muestra en dónde se ve afectada la salud, cómo se puede corregir y en el medio de esas luchas y estando cotidianamente en la escuela detienen esa tarea de enseñar, para mostrarnos que así no se puede pero estamos diciendo todo ésto. Creo que ya generó los efectos que todos conocemos.

Dra. Silvia Berman: —En Córdoba se advirtió que el problema de la salud mental de los docentes era un problema agudo e importante. Más del 50% de las licencias solicitadas en la administración pública pertenecían a los problemas de salud mental de los docentes y se había constituido una comisión de epidemiología que yo integraba en representación del Colegio Médico de Córdoba y tomamos como una de las actividades de esta comisión, que acaba de ser disuelta por decreto y en forma abrupta, pero vamos a seguir lo mismo, el tema de la salud mental de los docentes, y hemos elaborado una encuesta que toma en consideración los distintos aspectos relacionados con las condiciones de vida y de trabajo de los mismos, como una totalidad, investigando la situación económica, los problemas familiares, la distancia del lugar de trabajo, las condiciones de la escuela y lo que hace a la formación, a la actividad intelectual y social de los docentes. Esta es una encuesta compleja que estamos en este momento comenzando a analizar, ya que es una encuesta piloto que luego será llevada al resto de los maestros de la provincia. Lo que advertimos en general, es que hay una enorme distancia entre lo que es una actitud de idealización y de elevación de la función docente y la realidad, plasmada ésta en las formas de trabajo, los salarios con que los docentes son compensados. Todo esto influye en la actitud mental, agregando un arraigado individualismo entre los docentes o en buena parte de ellos. Por esto yo hacía referencia a la cuestión de la actitud ante la huelga, ya que un movimiento tan solidario y tan fuerte no puede ser enfrentado tratando de dividirlo y aniquilarlo, sino ver de qué manera, respetando esta solidaridad, se puede acceder a lo que es posible.

Dra. Alicia Gillone: —A la pregunta que dice por qué considera prioritario el área de los trabajadores en cuanto a APS y salud mental, voy a tratar de ser breve y con un ejemplo.

En la provincia de Neuquén, donde yo estoy, la tendencia marcadamente creciente de primeras causas de muerte está dada por accidentes en todas las edades, en el área productiva y en hombres como primera causa. Si yo reúno la mortalidad creciente por cirrosis, el alcoholismo que golpea con cuadros del dramatis-

mo que todos hemos visto y del que hemos hablado y del que pueden dar cuenta los equipos de salud y APS de Neuquén o cualquier otro lugar del país que se encuentren aquí, todo esto queda ahí. No porque no se atiende en la red sanitaria neuquina, pero digo que queda ahí como mirada sanitaria, colectiva y social. Por otro lado hacemos un intenso trabajo comunitario, grupal, nos reunimos con madres, con los chicos. Si nos reunimos durante la semana no siempre encontramos a los hombres. Cuando los llamamos vienen los fines de semana y esto pasa en cualquier lado, y vienen en tanto padres, en tanto vecinos y todo esto es correcto pero, ¿adónde se incorpora la variable trabajo? ¿Adónde discuten los trabajadores, unidos a todo el resto que es el conjunto? Todo esto nos está golpeando en los registros de morbilidad todos los días. Personalmente, creo que queda como un interrogante, como desafío y que, hoy por hoy, los mejores programas sanitarios del país y no me falta modestia al decir que Neuquén lo tiene, no incluyen como toma de decisiones, como punto de vista de las políticas que debe encauzar, un nuevo perfil epidemiológico de la provincia. Se debe seguir trabajando en el área materno infantil y todas las demás, pero no está suficientemente abordado el problema del trabajador. Creo que esto se puede traspolar al resto del país. Hay que tomar esta óptica, la del trabajador, la de la condición del trabajo. Se recrean, entonces, los diagnósticos, aparecen otros problemas, empiezan a configurarse de otra forma y nuestra práctica se modifica, como oímos en estos días, acompañando los relatos que hubo al respecto.

La pregunta de los límites referida a los trabajadores de salud mental en el sentido de cuándo una práctica en el trabajo comunitario puede ser psicologización, medicalización o control social. Creo que no hay una receta pero tenemos que tener conciencia de que esto nos puede pasar. Cuando yo hice referencia e insistí en un momento histórico que relaté y que estaba muy cercano, no tengo la ingenuidad ni quiero cometer un error con esto de plantearles una vuelta al pasado, porque ni se puede ni se debe, pero creo que la contextualidad histórica como variable, como así también la política, son fundamentales para entender que en el momento en el que estamos, en el espacio y la situación en la que estamos, esta lectura la tenemos que hacer para saber que somos en tanto trabajadores de la salud, sobre todo de salud mental, porque la sutileza con la que podamos pasar a ocupar lugares de control y tutelaje social, de hacer coerción de una manera muy sutil es lo que nos puede confundir. Permanentemente somos objeto y sujeto de dominación en nuestra práctica, reproduciendo ese tan mentado modelo médico. Pero, entonces, tenemos que tener presentes los límites en un verdadero trabajo interdisciplinario de equipo en el cual tomemos como parte de una metodología rigurosa hablar de todas estas cosas, analizarlas permanentemente, en una práctica democrática de equipo para ir viendo hasta adónde vamos destrampando esa situación en la que un sistema nos puede poner y que es un querer hacer y en el tanto hacer, sobre todo en la tarea preventiva, no dejar que se despliegue la problemática y correr el riesgo de cerrar y producir esa situación de control, de psicologización, cuando a veces se trate de sufrimientos, de problemas de las personas que necesitan nuestra presencia porque estamos ahí, porque siempre estamos

como equipo, pero no necesitan una intervención más allá. A veces, hay que saber entender cuándo no tenemos que intervenir técnicamente. Este es el desafío y esto es lo difícil, pero debe estar en la conciencia de todos para tenerlo como práctica cotidiana.

Coordinadora: —Voy a incluir una pregunta mía para Emiliano Galende. El plantea ¿qué hace un psicoanalista en el campo de la salud mental? Creo que es una pregunta que queda abierta y se repite en las que llegan después. Desde una posición que creo haber explicitado muchas veces, yo tiendo a las prácticas de salud mental en las prácticas generales de salud o en las prácticas sociales o sea, a una subsunción de las prácticas de salud mental en las prácticas generales de salud. Me parece que, a veces, cuando Emiliano trata de diferenciar cuando *dice* que hay que plantearse que uno tiene diferencias con respecto a la medicina **no** explicita totalmente de qué medicina habla, ya que la medicina no es unívoca; tiene modelos hegemónicos y tiene modelos alternativos. Las prácticas **en** salud también tienen modelos hegemónicos y marginales. Entiendo que Emiliano se refiere a la práctica hegemónica, pero en estas mismas es también una función alternativizarlas. Yo pienso que hay que convocar a los trabajadores de salud mental e incorporarse a las prácticas de salud en general, justamente porque esta puede ser una forma, alguno de los desafíos para romper con la tendencia a la medicalización que no sólo lo es sobre lo mental sino que también es una medicalización de la enfermedad o, dicho de otra manera, es una medicalización de la vida, no sólo de la así llamada patología mental.

No se trata, entonces, de desmedicalizar en el caso de la salud mental, sino de cotidianizar las prácticas de salud en su conjunto o, dicho de otra manera, desmedicalizar la medicina en su conjunto.

Cada vez que escucho “nos diferenciamos del orden de lo biológico” me preocupa ese orden; es un campo de discusión teórica y termina siendo un orden social.

Leeré sobre las preguntas del público. Las he separado en dos grupos: Unas se preguntan sobre las prácticas y cómo se inserta un psicoanalista en APS o qué elementos conceptuales puede aportar el psicoanálisis a la estrategia de APS o si este nuevo modelo, el de trabajo comunitario, que tiene como marco geográfico el barrio, la escuela, el conventillo, permite desarrollar la ortodoxia psicoanalítica. Las otras, que preguntan sobre formas alternativas las haría después.

Dr. E. Galende: —Creo que hay diferencias en las preguntas. Aclaro que además de mi práctica como psicoanalista, yo he estado en contacto bastante estrecho con la problemática psiquiátrica asilar. Estuve trabajando como médico interno, viviendo en un hospital psiquiátrico durante dos años, experiencia muy recomendable para quienes quieren entender los sistemas de poder y de coerción que se generan en estas instituciones. Además fui secretario general de la Federación Argentina de Psiquiatría, junto con la Dra. Berman y eso nos permi-

tuó recorrer en todo el país el conjunto de las colonias y sistemas psiquiátricos que funcionan en la Argentina y que creo muy pocos psicoanalistas conocen. Esto nos permitió un contacto con los agentes concretos de salud mental en todo el país.

¿Por qué digo ésto? Porque en ese recorrido que hace algo a la experiencia personal hay una cosa que se me ha hecho evidente, después de muchos años. Lo peor que puede hacer un psicoanalista es ir a ocupar el lugar de reemplazo, los lugares vacíos que va dejando una psiquiatría caduca, de algún modo la psiquiatría argentina, sin propuestas, sin alternativas; una psiquiatría que envejeció antes de dar a luz las primeras cosas. Entonces uno de los riesgos era que los psicoanalistas avanzaran ocupando esos lugares vacíos, cubriendo los lugares asistenciales y en lugar de ofrecer una terapéutica psiquiátrica basada en la segregación, en la custodia y el internamiento, se ofreciera una especie de psicoterapia moderna. Esa función asistencial de los psicoanalistas es perniciosa para el psicoanálisis porque revierte lo que es una función muy importante de lo que es el método y la experiencia analítica. Pero también es distorsionante del campo mismo de lo mental porque se genera una ilusión modernizante, no con tratamientos psiquiátricos caducos, de guardapolvo, sino diálogo analítico con otra persona. De inmediato se reestructura una relación de asistencia y el psicoanálisis hace allí de recubrimiento, pero básicamente estaría subsistiendo el modelo psiquiátrico tradicional: la relación de asistencia, la concentración del poder y del saber en la persona del técnico y la sujeción a una posición pasiva en el lugar del paciente. No se trata, entonces, de reemplazar como psicoanalistas a los psiquiatras clásicos. Creo también, que no es una función modernizante la que los psicoanalistas cumplen en esos casos sino, paradójicamente, casi diría, regresiva en el sentido de que instalan formas más primarias y más arcaicas de relación con la problemática del goce y de la muerte. Es la cuestión que hace a como las personas se relacionan con su sexualidad y con el cuerpo del otro y los modos en que se relacionan con las temáticas de la muerte, de la pérdida, del duelo, del límite.

Entonces, si no se ocupa ese lugar asistencial, ¿qué? Sí, es importante porque la problemática que se juega en el campo de la salud mental es humana y subjetiva. No es estrictamente una problemática médica y luego voy a aclarar qué entiendo por modelo médico; médica en la ligazón profunda que una a un dato médico con una norma biológica, con algo que hace a un condicionamiento objetivo que establece la norma biológica. En la medida en que estamos en el campo de la subjetividad, en que se plantean problemáticas que hacen a ciertos aconteceres humanos concretos, un psicoanalista puede pensar ese campo. Por ejemplo, la problemática de los chicos: nosotros pensamos que muchos chicos hacen síntomas neuróticos que pueden expresarse a veces bajo formas de somatización o a veces bajo formas concretas de fracasos escolares o a veces como problemas de conducta y creemos que en ese chico emergen problemáticas que son más abarcativas del conjunto familiar o a veces escolar, o que algo de ese padecimiento está jugado en relación con el aparato pedagógico o la intermediación familiar.

La disyuntiva, entonces, es ésta: asistimos al chico o nos planteamos la red de determinaciones reales en las cuales se ha producido ese problema. Lo que yo planteo es que un psicoanalista no debe ir a atender al chico o atender más chicos con técnicas más modernas. Se trata de recuperar la problemática en su complejidad real. Una intervención analítica puede ser cómo plantearse las problemáticas de la relación entre el aparato escolar, los problemas que emergen en los chicos y la intermediación familiar. Creo que en eso los psicoanalistas tienen mucho que hacer a condición de que no confundan esto con ir a hacer un psicoanálisis para gente pobre. Que eso es lo peor que puede ocurrir para el psicoanálisis y para la asistencia.

Lo de ortodoxia psicoanalítica, no entiendo bien qué se quiere decir con esto, pero obviamente, si la hay es en relación al método analítico que supone una experiencia totalmente distinta a la que se juega como experiencia terapéutica en el campo de la salud mental. No puedo desarrollarlo ahora, pero para dejar sentado una opinión creo que desde Freud, el psicoanálisis no tiene nada que ver con lo que se ha jugado tradicionalmente en el campo de la salud mental. Creo que Freud inaugura una experiencia de la subjetividad totalmente diferente a la experiencia coercitiva que inaugura la psiquiatría. Esta recibe el encargo de una problemática social que no es la que se juega en el psicoanálisis. Esto no quiere decir que el psicoanálisis no esté instalado en un territorio social, pero las problemáticas de las que da cuenta el psicoanálisis en la experiencia transferencial que monta, son ajenas al encargo social que juega en relación al dispositivo de la salud mental.

Pienso que los psicoanalistas intervienen como extensión en el campo de la salud mental, a la manera de lo que Freud gustaba de llamar un psicoanálisis aplicado, o sea, con la posibilidad de aplicación de lo que se ha procesado teórica y psicoanalíticamente, a campos más amplios en los que juega la subjetividad humana. La relación con el dispositivo escolar, la relación con la salud mental, la relación con la norma jurídica. El psicoanálisis ha demostrado con rigor y de manera indiscutible que la cuestión de la verdad es estructurante de la subjetividad humana; que si los padres quieren tener chicos sanos mentalmente tienen que tener muy claro que la problemática de la verdad en relación al deseo de los padres, al afecto y al sistema de intercambio entre los padres es importante y clave para el desarrollo sano de los chicos. Entonces un psicoanalista podría decirle a los poderes públicos: "miren señores, cuando la norma jurídica no funciona en el plano social, cuando hay falsedad en relación con ella, entonces se está perturbando enormemente la subjetividad de la población". Respecto a la problemática de los juicios a los militares, que introduce la cuestión de la obediencia debida, se genera una hipocresía que va a tener consecuencias reales en la subjetividad de la gente. Esa es una operación de salud mental que puede pensar un psicoanalista; puede advertir elementos que en el plano de la vida social no son neutros, que marcan sus consecuencias en implicancias en la subjetividad de la gente. Eso es muy distinto de cualquier posición asistencialista desde el psicoanálisis.

Tomó también lo que decía Alicia Stolkiner. Es cierto que a mi también me preocupa mucho diferenciar en el seno de lo médico, dicho así, globalmente, la especificidad de la problemática que se juega en salud mental; esa es mi preocupación central. Hay que especificar y no confundir la cuestión de la norma biológica, al juego de la tecnología, el modo en que se relaciona el saber, la incidencia en que los saberes psicológicos y psiquiátricos tienen sobre la gente, me interesa diferenciar eso de lo médico global. Creo que en la medida en que el modelo médico pudiera girar desde planteamientos más objetivistas y biologistas o medicalizantes, como decía Alicia, hace a una concepción más social de la práctica médica y seguramente va a encontrar una mayor funcionalidad con las problemáticas que abordan la cuestión de la salud mental. Pero yo quisiera que no nos engañemos en esto: me parece que la dominancia, el dispositivo médico actual en nuestro país y en muchos otros, tiene una tendencia fuertemente objetivante, por lo tanto el problema de la diferenciación de la salud mental respecto del modelo médico pasa a ser clave, pasa a ser crucial. Por ejemplo, Silvia contaba la experiencia de Nicaragua. En países como ese, donde la preocupación es vehicular un modelo médico que sea permeable a la problemática social, en términos estratégicos, la relación con la salud mental es más funcional, es más simple y posiblemente no haría falta remarcar estas diferencias. Como ejemplo, a veces se escucha como fenómeno la cuestión de la medicalización de la vida social y de psiquiatrización de la vida social. Esto se escucha en el lenguaje de la gente en general y de los técnicos en particular. Cuando se escucha una frase tal como que "la economía argentina está enferma", es esa una metáfora que estaría condensando simbólicamente aspectos que hacen a las significaciones reales del estado de la economía argentina. Porque, si fuera así, produciría bajo un enunciado una síntesis metafórica pero enriquecida de problemáticas reales del campo de la economía. Se usaría en ese caso, lo de enfermedad como referencia a lo médico de un modo metafórico. ¿Pero es así? Todos sabemos que no es así, que cuando se dice eso se está tratando de construir imaginariamente una representación para ocultar la situación real en lo que se desenvuelve la economía argentina. Allí se ocultan, entonces, los intereses en juego, las luchas por la apropiación de los recursos, se trata de ocultar los conflictos, los modos en que se apropian los distintos sectores de la economía, todo eso produce un ocultamiento. Si queremos develar todo eso que se oculta no tenemos que recurrir a la metáfora de que la economía está enferma. Es lo mismo cuando se dice "este niño está enfermo"; en ese momento estamos produciendo un velamiento fenomenal de la cantidad de problemáticas que hacen a la estructura misma del aparato pedagógico, a la estructura familiar, a la cotidianeidad de lo que es la vida de una familia en los sectores marginales en la Argentina. Se cumple la misma función que cuando un técnico dice "la economía está enferma".

Público: —Para la Dra. Silvia Berman: ¿No cree que es distinto trabajar con un proyecto de participación popular en salud, en un país con un gobierno revolucionario como Nicaragua, que en otro con un gobierno que

no se plantea la modificación del sistema económico-social, como el nuestro? Si es así, ¿con qué estrategia se puede trabajar comunitariamente cuando nuestros objetivos se oponen a los del gobierno?

Dra. Silvia Berman: —Antes de contestar esta pregunta yo deseo hacer algunos comentarios en relación con la pregunta anterior, que se hizo a Galende. Yo no soy psicoanalista. He tenido el gusto y el honor de compartir estrechamente actividades y trabajos con muchos psicoanalistas y los he visto ponerse al servicio de la salud mental de este pueblo y de otros pueblos, con seriedad y asumiendo su tarea no con la perspectiva de colocar a los pacientes en el diván, sino de encarar con un criterio que va centrado en develar la falsa conciencia, como señalaba Mimi Langer, su actividad y su trabajo. En ese sentido, la actividad realizada en Nicaragua, con un equipo fundamentalmente de psicoanalistas es ejemplar, en lo que se refiere a atención, investigación y docencia. Pero yo creo que no se puede descontextualizar el análisis de las condiciones sociales económicas y políticas. El psicoanálisis también puede ser un factor de control social. Quien ha estudiado muy a fondo este problema y le ha dedicado un libro muy interesante es Robert Castel en *El Psicoanálisis*, en el cual describe cómo justamente el psicoanálisis en Francia sirvió para reforzar y no para liberar de la psiquiatrización tradicional. Yo creo que eso toca a todas las disciplinas, de modo que no cabe esa diferenciación; no es posible aislarlo del contexto histórico.

En relación con la otra pregunta que se me hace, es una pregunta muy reiterada y que la venimos escuchando hace muchísimos años. Si primero hay que hacer la revolución y después trabajar en salud mental o viceversa; yo creo que plantea un dilema, una contradicción que no se ajusta a la realidad. Trabajamos todos en salud mental de acuerdo a nuestra posición, a nuestra ideología, a nuestro compromiso con la historia y con los conflictos sociales existentes. Va a depender de la actitud que en cada momento histórico o en cada circunstancia tomemos nosotros como protagonistas de esta tarea, la actividad que se realice. Yo pienso que en cualquier circunstancia, en cualquier sociedad, en cualquier momento, si uno tiene un enfoque realmente adecuado, crítico y evalúa los distintos valores en juego, se puede hacer salud mental; se hace en Nicaragua que no ha hecho totalmente una revolución social, ha hecho una transformación social y política importantísima porque en Nicaragua hay todavía propiedad mixta, propiedad privada, distintas clases sociales, etc., y se hace también en la Argentina. Trabajar, como describía Emiliano, en relación con la salud materno infantil, con los problemas del embarazo y del parto, con la actividad comunitaria, en las situaciones de catástrofes, de crisis en actividades de prevención que son factibles, útiles y evaluables a pesar de que todavía haya mucha gente que no está convencida de eso, especialmente los psiquiatras. Pienso que es posible desde una perspectiva lúcida y crítica.

Público: —Al panel, ¿cómo es afectada o alterada la salud de los trabajado-

res de equipo de salud al tener que compartir realidades de vida distintas con respecto a la comunidad en la que trabaja? Me refiero a realidades como el hacinamiento, promiscuidad, represión, deserción escolar, etc. y necesidades de tipo común como vivienda, recreación, tiempo libre, compartido en familia, etc., sin llegar a respuestas concretas por parte de organismos oficiales municipales o de poder para modificar la situación actual. En síntesis, la pregunta es sobre el personal de los equipos de salud y de salud mental, en particular.

Dr. Vallo: —Me parece una pregunta importante porque para el trabajador de salud mental, cualquiera sea su rol, psicólogo, médico, trabajador corporal, asistente social, es un verdadero desafío y un gran esfuerzo trabajar en contacto estrecho con la comunidad. Ya lo era por supuesto, en el hospital psiquiátrico o en el centro de salud, pero la complejidad de la tarea que tiene el trabajador comunitario es tan grande y es tal el cuestionamiento al rol tradicionalmente desempeñado, es tan difícil la inserción, la elección de la respuesta adecuada, tan difícil la metabolización de esta especie de revolución contra el narcisismo, que nos preocupa seriamente cómo conservar y cuidar un equipo de salud en estas condiciones. En el caso específico nuestro, contamos en este momento con la posibilidad de trabajar las dificultades que se presentan en el equipo mensualmente a través de una asamblea de todos nosotros con dos personas que no pertenecen al equipo pero que están trabajando con nosotros y que a través de distintas técnicas de dramatización, gestálticas, puedan abordar los problemas que les presentamos y de esa manera nos ayudan a pensar y liberarnos un poco de la ansiedad que nos despierta.

En la pregunta se dice que hay cosas que son comunes y es muy interesante destacar que a medida que el trabajador de salud mental va insertándose en la comunidad y va tomando contacto con todos estos problemas va descubriendo que él es uno más en este mundo en el que está; que no es alguien que pertenece a una casta privilegiada porque viva fuera de ese barrio, en este caso marginado, sino que él comparte con esa población una cantidad de problemas, inquietudes y necesidades. Por ejemplo: todos nosotros recordamos Semana Santa. En ese momento todos nos angustiamos y nos preocupamos sobre qué iba a suceder con los carapintada y sus mamarrachos. También la población de la zona estaba alterada, preocupada y angustiada. En el hospital Argerich hubo un aluvión de situaciones emocionales que la guardia fue incapaz de sostener por su magnitud. Había una cuestión que unificaba a unos y a otros en torno a una situación que tenía que ver con el futuro posible de nuestro país.

Cuando se produjo la inundación en la Boca, ya que en una época se producían y eran muy grandes, parecían cosas que sólo ocurrían allí y eran casi folklóricas. Pero resulta que ahora se inundan los barrios elegantes; es más, se inundan más que la Boca, entonces aparecen cosas que también son compartidas. Ya no hay lugares en donde no existan problemas comunes en nuestro país. Los sectores que tradicionalmente detentan las profesiones, los sectores medios cada vez

son menos medios, cada día están más abajo y cada día están más cerca de aquellos de abajo y se plantean también situaciones comunes. La escolaridad, por ejemplo, comienza a ser una escolaridad difícil para los sectores profesionales y entonces ir a una escuela de la Boca o de Barracas no difiere mucho de la mayor parte de las escuelas públicas a las cuales concurren los hijos de esa población.

MODERNIDAD Y MODELOS DE ASISTENCIA EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA*

DR. EMILIANO GALENDE

El término Salud Mental se ha convertido hoy en una contraseña, ritual de reconocimiento que requiere no indagar sobre sus sentidos a riesgo de romper los encantos que la creencia de su dominio promueve. En esencia todo su valor está dado por situar en el plano social una dificultad: pensar los avatares de la felicidad humana en términos de salud-enfermedad. Hemos de intentar analizar bajo qué fundamentos ha podido la medicina mental recortar un sector de la problemática social para definirlo como enfermedad mental, y por lo mismo autolegitimarse en ese plano.

En cuanto a la noción de "Modelo Asistencial" trataremos de mostrar que se trata de una complejidad de elementos en juego que sólo por superficialidad y error ha sido considerado exclusivamente como la resultante de la existencia social (o para algunos natural) de las enfermedades mentales y los conocimientos especiales y recursos técnicos que la sociedad dispone para resolverlos. Resulta obvio que nociones como necesidad de atención, demanda, morbilidad, población en riesgo, etc., no pueden ser utilizados al modo que se implementan habitualmente en medicina. Recordemos entonces cómo se constituyó este campo social de la S.M.

El campo de la Salud Mental

Es conocido que la psiquiatría se constituye como especialidad médica como efecto de un conjunto de medidas políticas tomadas en el curso de la Revolución Francesa. Esto produce un reordenamiento de lo que genéricamente denominamos el campo de la locura en la modernidad, codificándolo desde entonces como enfermedad. Este acto fue decisivo para la fundación de lo que hoy llamamos Salud Mental. Las estructuras generatrices de la enfermedad mental funcionan en todas las culturas y sociedades, y en distintos períodos históricos, en el mismo campo semántico en que se constituye el discurso social. Pueden así diferenciar-

* Mimeo

se dos órdenes de historicidad: la producción de trastornos o daños psíquicos en relación a las modalidades de la vida social, y las formas históricas en que cada sociedad se representa estos trastornos y las instituciones, disciplinas y especialistas dedicados a su atención. La psiquiatría no es más que la forma histórica en que el racionalismo iluminista se representa a la locura como enfermedad, y desde la perspectiva del proyecto científico de la modernidad, significó un progreso al disputar este territorio a las representaciones míticas o religiosas.

Esta asignación a la medicina de los trastornos mentales puso en evidencia la insuficiencia de ésta en dar respuestas válidas en este campo, mostrándose en el progresivo distanciamiento que se instauró con el desarrollo notable que la medicina experimentara en el último siglo. Mientras las prácticas médicas incorporaban con éxito los desarrollos de las ciencias físicas, químicas y biológicas, la psiquiatría permaneció enclaustrada en su función asilar de encierro y custodia de los enfermos, lo que llevó en los últimos cincuenta años a una crisis progresiva de sus conceptos y sus modelos de asistencia. Si bien la medicina no es una ciencia sino una práctica social específica, utiliza con eficacia los conocimientos que incorpora de la física, la biología y la química. El médico actual, en el modelo médico dominante entre nosotros, realiza su práctica sobre un cuerpo biológico con recursos científicos que le proveen fundamentalmente la física y la química. El estar incluida la psiquiatría en este modelo médico dominante genera numerosas dificultades, ya que como toda disciplina la psiquiatría crea los conceptos con los que dar cuenta de su objeto, el trastorno mental, pero no puede explicar con conceptos de la física, la biología o la química, los modos complejos con los que un individuo se instala en la vida con sufrimientos, desdicha y conflicto. Y son estas las cuestiones sobre las que el psiquiatra es llamado a intervenir. Tanto la psiquiatría como el psiquiatra encuentran en esto la dificultad que los va llevando en los últimos cincuenta años a la utilización progresiva de conceptos que no son los del modelo médico dominante sino los utilizados por las llamadas ciencias sociales: lingüística, antropología, sociología, teoría política, psicoanálisis, etc. La obsesión anatómica de los viejos psiquiatras que buscaban la esencia de la anormalidad en el desorden de los órganos, ha debido dejar el lugar a un pensamiento que centra la cuestión en el desorden de los signos. Desde Jaspers en adelante la referencia biológica debe luchar con la referencia semántica.

La existencia objetiva de padecimientos o daño psíquico, dijimos antes, legítimamente como necesidad social la constitución de una medicina mental. Pero este plano de necesidad, que como problema social pudo históricamente hacer de fundamento a la constitución de las prácticas psiquiátricas, no es objetivable como tal en la sociedad actual, ya que la existencia de una disciplina que codifica el trastorno como enfermedad transforma la necesidad en demanda específica de asistencia mental. Precisamente es este nivel de la demanda social de asistencia lo que entra en juego cuando hay que definir los vínculos entre una disciplina nueva y la necesidad social. Surgida en el plano social, la medicina mental, no sólo la persona que padece sino la sociedad misma, la familia, las instituciones,

interpelan/demandan al especialista las respuestas que permitan acallar el problema. Es por esto que el análisis de la demanda en psiquiatría no puede ser hecho solamente por una sociología al estilo de "se necesitan tantas camas para cada tantos habitantes", ya que la demanda de bienestar psíquico está ligada al goce, al deseo y sus cumplimientos, y sólo se sostiene si hay otro, el psiquiatra, que está dispuesto a satisfacerla o perpetuarla. La demanda social nos parece ser ley constitutiva de las prácticas psiquiátricas, a la vez que la existencia de éstas sostiene y reproduce esa demanda. Pensamos además que es en el interior de esta relación que se realizan los conocimientos teóricos, que en el campo de la psiquiatría vienen siempre en un "a posteriori" a convalidar y legitimar las prácticas, ya que no a fundarlas, por lo que los supuestos saberes sobre la enfermedad tienden a cerrar este circuito. El discurso teórico de la psiquiatría queda así preso de una relación puramente imaginaria. Aunque escapa a los límites de nuestro tema me parece importante señalar que esta capacidad de una medicina mental prometedora de salud en la mente y bienestar en la vida social, capaz de generar y ensanchar las demandas realizadas a sus practicantes, lleva en sus entrañas, es decir tiene condiciones en su estructura, para una reproducción ampliada del campo connotado hoy por el término de Salud Mental.

Toda sociedad propone una simbólica sobre la sexualidad (el goce de cuerpo, la apropiación de placer, el disfrute de sí mismo y del otro) y la muerte (el dolor, el límite, lo perdido), en relación a la cual cada sujeto vivencia su realización o su desdicha, es decir, sus posibilidades de sufrimiento mental. El malestar en la cultura y en la sociedad política estuvo ligado desde los comienzos al encargo hecho a la medicina mental para el control de la locura. No se trata de que lo que denominamos enfermedad mental sea reductible totalmente a este malestar, *se trata de que es inseparable del mismo*. Los trastornos mentales son en lo esencial un condensado de interrogantes que hacen a diferentes dimensiones de la vida. Sufrimiento psíquico, fracaso social, inadecuaciones de conducta, conflictos en la vida de pareja o familiar, desamparo, rupturas con la realidad consensual, delirios, son los modos visibles de este malestar que interroga a la psiquiatría y a los cuales ésta dio una sola respuesta reduciéndolos a una condición personal o hasta biológica. Lo que decide del valor y el sentido de todo modelo de asistencia mental es si está destinado a hacer para el sujeto más transparentes estas relaciones en el dominio de su propia palabra, o si por el contrario se le quita la palabra para hacer hablar a un saber profesional puesto en función de opacar esas relaciones bajo el engaño de dominarlas.

Es sin duda sobre la insuficiencia de esta respuesta y de su función de ocultamiento de las dimensiones en juego, que comenzaron a abrirse otros modelos de atención, regulados también desde otros parámetros socio-políticos: la Comunidad Terapéutica, la Psiquiatría Comunitaria, la política del Sector, etc. Piensen ustedes en la gran cantidad de trastornos mentales que producidos en la cotidianidad vivida, del acontecer socio-económico y político, son respondidos desde los niveles del aparato jurídico, político o cultural. Sólo cuando desfallecen esas respuestas, cuando no funcionan o son insuficientes, una gran cantidad

de esos trastornos se psiquiatrizan. No decimos que todas las enfermedades mentales encuentren allí su causa última, pero sí que son éstos los niveles donde el campo de la Salud Mental va produciendo su expansión. Recorran las más de trescientas especies localizadas por la *Clasificación Internacional de los trastornos mentales* y verán que pocos individuos podrán decir que no están o no estuvieron en algún momento de su vida incluidos en ella. Veán también los extraños apetitos que las clases medias urbanas han desarrollado por las psicoterapias y el despliegue de un abanico de respuestas que tiende a abarcar todas las posibilidades: terapias para pequeños grupos, control mental, laboratorios, bioenergía, terapias sexuales, tratamientos para parejas, familias, instituciones, etc. Es necesario agregar que esta gama de respuestas técnicas, en la medida que son respuestas a problemas de las personas, van generando ideologías muy particulares sobre el hombre y la vida social, que legitiman que se haya identificado a la Salud Mental con un verdadero Aparato Ideológico en el sentido que mostrara Althusser. La cuestión de la Salud Mental debe ser vista a mi entender como situada en un plano de tensiones entre una psiquiatría médica que está agotando sus modelos tradicionales de asistencia y un polo de desarrollo que al codificar como trastornos mentales una cantidad creciente de aconteceres humanos, constituye técnicas de tratamiento para ellos, dando lugar a una demanda creciente de servicios. El lenguaje de los nuevos especialistas de la Salud Mental incorpora progresivamente el vocabulario de las ciencias sociales y especialmente de la política. Creo que, sin abandonar la crítica y la denuncia a una medicina mental, representada por el modelo asilar de asistencia, es necesario definir con precisión los alcances de lo connotado por Salud Mental, porque esto hace de modo crucial a la constitución de los modelos de atención.

Un análisis especial, que no hemos de hacer en este momento, es necesario respecto de la relación del psicoanálisis con la Salud Mental. Señalemos solamente que un izquierdismo intelectual, ligado al psicoanálisis, ha empujado con frecuencia a éste a ocupar el lugar que en el plano social ocupó la psiquiatría. Se orienta así a suplir la respuesta médica al malestar cultural y político por una respuesta psicoanalítica, igualmente reductora e ilusoria, dejando afuera lo esencial del problema que la propia comunidad y los considerados pacientes tomen un papel más decisivo frente a sus padecimientos y su derecho a ser socialmente ayudados. Aparte de los efectos distorsionantes que para el propio psicoanálisis trae aparejada esta posición, visualizamos allí el encargo ideológico hecho al psicoanálisis en el intento de convertirlo en una psiquiatría moderna o progresista.

Al no compartir las soluciones liquidacionistas que diluyen lo específico de la problemática de la salud mental en lo socio-político, ni compartir la inversión no dialéctica operada por la antipsiquiatría originada en Inglaterra, creo necesario preguntarse sobre las condiciones de posibilidad de un modelo de atención alternativo, que no oculte, reduzca o excluya las dimensiones en juego.

Hago al respecto dos constataciones y una conclusión: 1º) la especificidad de problemáticas teóricas y prácticas que se juegan en S.M. no son abordables en profundidad, (es decir en la totalidad de sus determinaciones) si no se parte de la

premisa de que las formas de poder y dominación en una sociedad deciden las formas de vida y los vínculos sociales consiguientes, y éstos a su vez condicionan la subjetividad en sus realizaciones y sufrimientos; 2º) en nuestro país las propuestas de transformación y modernización surgidas de desarrollos teóricos y sus implementaciones sanitarias parciales (el Plan de S.M. del I.N.S.M. de 1966, los lineamientos de la intervención Carrillo en 1974, y los actuales hasta el momento) han servido para ocultar las determinaciones reales del estado de la S.M., y por lo mismo, han sido fallidas en sus propósitos de transformación. Concluyo entonces: ya que el aparato de la S.M., con todos sus dispositivos asistenciales e ideologías terapéuticas, se modifica y se transforma en relación a las luchas sociales globales y a los juegos de poder, la cuestión política es la clave PREVIA a toda propuesta alternativa.

3. Los modelos de asistencia

Habitualmente se designa con la noción de Salud Pública tanto el estado de bienestar necesario de la población como las estructuras y acciones que se realizan en el sector y la disciplina que las estudia como una situación conjunta. La Salud Mental en nuestro país forma parte de la Salud Pública. En 1956 la creación del Instituto Nacional de S.M., apoyada en los antecedentes de la Ley Inglesa de 1944 (que creara el Seguro de Salud y el Servicio Nacional de Salud Mental bajo el gobierno laborista), otorgó una mayor autarquía a nuestro sector, aunque los distintos acontecimientos políticos la fueron esterilizando en sus resultados y anulando en su capacidad de elaborar Planes y Proyectos alternativos. Más allá de los avatares formales y administrativos que sufrió esta relación de la S.M. con la Salud Pública, no se han considerado en profundidad en el país sus ventajas e inconvenientes, y en ese sentido ha llevado a permanentes redefiniciones. Es necesario consignar también que el relativo estancamiento que sufrió la psiquiatría en el país, al lado del notable desarrollo que experimentaron las ciencias sociales y especialmente el psicoanálisis, hizo que no se generaran en sus propios marcos proyectos alternativos, tal como ocurriera en otros países. A diferencia de Francia con su política de Sector, Inglaterra con las socioterapias o Italia con el movimiento de Psiquiatría Democrática, en Argentina las experiencias de generar modelos de atención alternativos a la estructura asilar fueron aislados, efímeros e insuficientes. En ese sentido los procesos de cambio en S.M. en nuestro país han surgido siempre por fuera de las estructuras de la psiquiatría oficial, y en general llevados adelante por psicoanalistas y psicólogos.

Dependientes entonces de Salud Pública, los modelos de atención en S.M., están sujetos a los sistemas de atención médica, fundamentalmente en nuestro caso a la existencia de los subsectores estatal, privado y de Obras Sociales, lo que impone límites y complejiza una planificación global. Definimos por Modelo de Atención en Salud Mental la producción teórica, técnica e ideológica de los profesionales de la S.M., estructurados en el plano sociopolítico y estruc-

turante del conjunto institucional implicado en su funcionamiento. Es decir, no se trata de respuestas técnicas a una problemática natural (enfermedades), sino recortada de las formas de la vida social, sus avatares y perturbaciones, donde la desdicha, el fracaso y el conflicto humano, dan origen a una respuesta social específica (técnicas) que a la vez es fundante de esas perturbaciones como enfermedades mentales. Este es el sentido más profundo de la historicidad del concepto de enfermedad mental y de los modelos de atención. Estos están constituidos por el conjunto de las actividades y técnicas a emplear, en el soporte de las distintas estructuras institucionales sin las cuales los objetivos, las actividades y las técnicas pueden planificarse, organizarse en programas concretos, ejecutarse y evaluar sus resultados. A su vez, ya lo hemos dicho, todo modelo de atención en S.M., está inserto en el sistema asistencial global, cuyo funcionamiento es regulado por las políticas generales en salud y salud mental en especial, que se nutren y son expresión de las políticas que el Estado se da en su accionar.

El contexto cultural, social y político, las políticas generales en salud y especiales en salud mental, las formas de organización de la asistencia y su financiamiento, los métodos y técnicas terapéuticas, las teorías generales sobre salud y las que operan en S.M., las formas en que la demanda de atención se expresa y las instituciones encargadas de responder a través de sus especialistas, conforman un todo complejo estructurado, en que cada nivel es determinado y determinante del conjunto. En este sentido no puede hacerse una lectura aislada de cada nivel sin tener en cuenta sus interacciones y los efectos sobredeterminados del conjunto del sistema. Comprendido así el sistema es posible precisar cómo diversos procesos de cambio iniciados en alguno de estos niveles, fundamentalmente el de las técnicas, definen sus posibilidades en función de las facilitaciones o resistencias que generan en el conjunto. No se trata de abandonar la problemática específica de cada nivel, sino de ubicarla en el contexto en el que lo específico actúa y puede resolverse. Es frecuente en algunos especialistas en S.M. considerar que la evaluación de su práctica dependa de sus conocimientos teóricos, los métodos utilizados y la índole de la patología que trata. Esta ilusión de autonomía, que niega las determinaciones reales, hace obstáculo cuando los modelos de atención se planifican abarcando al conjunto. Pero es también importante no ignorar que algunos procesos de transformación psiquiátrica en los últimos años se han disparado por la innovación en el nivel de las técnicas terapéuticas, logrando cambios posteriores sobre el conjunto, cuyo desenvolvimiento general responde siempre a la política que lo gobierna y determina.

4. El modelo asilar hasta 1966

La política en S.M. hasta 1966 estuvo dirigida a sostener el modelo asilar, no sólo en la asistencia dependiente del Estado, sino que también fue dominante en las prácticas llamadas privadas y en su reproducción en la Universidad. Denominamos "modelo asilar" a aquel modelo de atención cuyos rasgos esencia-

les han surgido del viejo manicomio, aunque éstas le prestan históricamente su matriz originaria. Es importante precisar que sus rasgos estructurales se han independizado del asilo y tiene hoy vigencia en diversas instituciones asistenciales. Se comprende así que la liquidación de los hospicios y grandes hospitales psiquiátricos no debe identificarse con la abolición de este modelo. Son sus caracteres esenciales:

a) establecimiento de una relación de asistencia en la que el asistido reconoce y se somete o es sometido al saber y poder de decisión del especialista que lo asiste;

b) supuesto, no siempre explicitado, de la enfermedad como daño biológico individual;

c) concepción positivista, objetivante del asistido, que legitima en el plano de la práctica profesionalizada su manipulación;

d) a-historicidad y a-socialidad del trastorno a tratar;

e) estructuración de una actitud pasiva y una participación subordinada en el tratamiento por parte del asistido;

f) identificación del psiquiatra con el conocimiento, del que se excluye al enfermo, e identificación ideológica de ese saber con el de la ciencia, para sancionar la exclusión de otras prácticas terapéuticas no profesionalizadas;

g) identificación de la gravedad del trastorno (medido por pérdida de adecuación o captación de la realidad consensual) con la irresponsabilidad y peligrosidad social, legitimando la internación forzada y el control. La internación como posibilidad es estructural y definitoria del modelo asilar;

h) este modelo de atención es isomórfico con una estructura de clases sociales basado en la jerarquía y asimetría del poder socio-económico y cultural.

La dominancia de este modelo que reseñamos no excluyó su coexistencia en ese período con la presencia del psicoanálisis (casi exclusivamente en Capital Federal hasta entonces) que no sólo produjo la concurrencia de algunos psicoanalistas a los Hospicios, sino que sobre todo tuvo preponderancia en su intervención en las carreras de psicología que se abrieron a partir de 1956/7, y cuyos egresados iban a jugar un rol fundamental en los acontecimientos que se suceden a este período. Esto nos lleva a otra historia de la S.M. en Argentina, que tendría su punto culminante en 1966 con la formulación del Plan Nacional de S.M. Ejercitemos nuestra memoria a falta de una elaboración que nos fue impedida.

5. La reforma de 1966

“... que es inadmisibles que en el actual desarrollo de nuestra sociedad el enfermo mental sea segregado como simple medio de protección social y en deficientes condiciones de subsistencia... Que es urgente tomar una medida de gobierno que permita elevar la asistencia psiquiátrica a un nivel en el que la base del tratamiento sea el cuidado y comprensión del enfermo, creando asimismo las condiciones necesarias para lograr en un futuro cercano, una asistencia fundada

en la aceptación de la enfermedad mental como diferenciación dentro de la comunidad...”, así rezaban los considerandos con los que la dictadura de Aramburu dictó el Decreto-ley 12.628, en Octubre de 1957, creando el Instituto Nacional de S.M.

Nada cambió por cierto en lo inmediato, ya que el poder de las cátedras de Psiquiatría de las facultades de medicina y los Directores de los grandes establecimientos neutralizaron la reforma, pero junto con el desarrollo del Psicoanálisis y las carreras de Psicología, se habían creado las condiciones para que el debate fuera abierto.

Cuando diez años después el nuevo dictador de turno nombró al Coronel Julio Ricardo Estevez interventor del I.N.S.M. se iba a producir uno de los hechos más curiosos de esta historia: en nombre de la dictadura militar se lanzaba la reforma democrática de la psiquiatría. Un extraño frente se constituía al efecto. Convergían en él psiquiatras conocidos por sus posiciones fascistas, especialistas en Comunidad Terapéutica, psiquiatras dinámicos de prestigio como demócratas, y la Asociación Psicoanalítica Argentina daba su aporte como el Ejército Argentino cedía cuarteles al I.N.S.M. y facilitaba el transporte para la redistribución de pacientes.

Naturalmente el proceso no podía ser homogéneo. Uno de los convocados como Director del nuevo Hospital Psiquiátrico de Entre Ríos, el A. L. Robal Dr. Guedes Arroyo, decía entonces: “Hoy tenemos la certeza de que las instituciones para la atención de pacientes mentales son mucho más efectivas de lo que fueron antes: muchos más pacientes pueden ser dados de alta, el promedio o período de internación hospitalaria puede ser reducido y el pedido de remisiones es mayor. Diversas formas de tratamiento pueden realizarse en los hospitales psiquiátricos mediante la aplicación de programas de atención diurna o nocturna y muchos pacientes pueden ser mantenidos en la comunidad merced a tratamientos ambulatorios solamente. El hospital abierto y el hospital como Comunidad terapéutica es una realidad hoy día y aunque todavía existe alguna oposición a ellos, estoy seguro que en eso quedará: en una simple oposición o actitud sin mayores fundamentos.” (el Hosp. Psiq. como Comunidad Terapéutica - Sta. Fe., Junio 1968).

Al mismo tiempo se modificaba la legislación sobre las internaciones. La Comisión Ambrona, designada en 1966 al efecto de redactar el proyecto, reformuló el art. 482 del Código Civil, y se propusieron dos proyectos de Ley para legislar la internación de enfermos mentales. El problema era tomado por la Comisión en estos términos: “... en clínica médica la internación es optativa y voluntaria, mientras que en clínica psiquiátrica es necesaria y prescindente. Es necesaria porque las alteraciones psíquicas trascienden de lo individual a lo social y prescindente porque la dolencia no es reconocida por el enfermo cuya voluntad o está incapacitada para expresarse o se opone a la internación”. Es curioso: o la voluntad no se expresa y hay entonces que decidir por él, o si se expresa para oponerse a la internación es porque es demente y entonces hay que decidir por él.

El Art. 23 de la ley de Internación, que legisla lo referente a la fuga, dice: “...

en caso de salida de enfermos mentales internados sin autorización del Director del establecimiento, o cuando no reingresen dentro del término establecido los salidos provisoriamente, el Director o/y el Curador del enfermo y/o el Juez que ordenó la internación, podrán requerir el auxilio de la fuerza pública (léase Policía) para lograr su reingreso al establecimiento." Lo más curioso de esta ley es que fue hecha con el propósito de restar algo del poder absoluto que hasta "entonces" tenía el Director del Asilo.

Los dos núcleos esenciales de esta reforma lo constituían el proyecto de privilegiar las Comunidades Terapéuticas en los hospitales psiquiátricos y el Plan Goldemberg para la Capital Federal, que postulaba la creación de Servicios de Psicopatología en Hosp. Gral. y centros periféricos de S.M. Lo primero no alcanzó a lavar la cara del sistema asilar y se agotó rápidamente en sus efectos, lo segundo logró una reformulación parcial de lo asilar, cuyos efectos aún perduran, aunque no se hayan redefinido en profundidad las nuevas relaciones que se establecían entre el aparato psiquiátrico y el modelo de la medicina general.

Pero lo esencial de todo el proyecto era la curiosa relación con la política general de la dictadura, que hacía que el Plan se presentara como un conjunto de programas de carácter técnico destinados a modernizar la psiquiatría argentina, y por consiguiente eran los mismos técnicos convocados al efecto los que por sí mismos iban a realizar la transformación, excluyendo al conjunto de los protagonistas cotidianos de la S.M.

De la lucha contra esta política de excluir la discusión política en S.M. y de la crítica a su tecnocratismo reformista que impedía el protagonismo del conjunto de los trabajadores de la S.M., surgió la Federación Argentina de Psiquiatras, como decíamos entonces, despertando el sello que sus fundadores habían dejado dormir en un cajón de su escritorio desde su creación en 1959, y que iba a protagonizar en la década del setenta el mayor movimiento de transformación psiquiátrica llevada a cabo en el país.

6. La Federación Argentina de Psiquiatría

Es difícil en el poco espacio que dispongo condensar lo que la F.A.P. representó para S.M. en la Argentina y para cada uno de los que a partir de allí decidimos llamarnos Trabajadores de la S.M. Quizás también porque en nuestro país los procesos de este tipo, cortados siempre abruptamente por los períodos de represión política, no alcanzan a elaborar sus propias propuestas y nos fuerzan al duelo por ideales segados en el mismo momento de su florecimiento. Se elaboraron proyectos posibles, pudimos discernir qué era lo previo, la política fundante, y dónde situar lo técnico. Fracasamos, recordémoslo, muchos, casi todos, comprometiendo nuestros saberes con el pueblo, decididos a denunciar los engaños y manipuleos que en nombre de una psiquiatría dicha académica se ejercía sobre los otros, los enfermos. Y tuvimos, es preciso no olvidarlo, nuestros muertos.

Las cuestiones del poder político, la desigualdad social, la funcionalidad del dispositivo psiquiátrico con los modos socio-políticos de marginación social, se fueron planteando para nosotros como las cuestiones previas y condicionantes de toda propuesta técnico-profesional alternativa. No hacíamos politicismo, como pretendían acusarnos los que entonces ejercían el poder, no, habíamos situado con precisión argumental que sin la discusión de la cuestión política en S.M. caíamos inevitablemente en la trampa de despojarnos del poder que nuestro saber y nuestro hacer técnico-profesional suponía, y que era y es sin duda ejercido justamente por los que desde lo técnico lo niegan. La FAP puso así en el centro del debate la cuestión política, no porque pretendiera hacer política, como se decía, sino porque había descubierto que la S.M. está constituida alrededor de una cuestión política.

Voy a recordar de esto un solo ejemplo: en 1971 el I.N.S.M. pide a F.A.P. participar en el Encuentro Nacional de Programación en S.M. enviando un Documento titulado "Ideas para la elaboración de una política en S.M. entre las cuales estaba la siguiente: "... Ministerio del Interior, Bienestar Social, Educación, Secretarías de las FF.AA., etc., que realizan un estudio sobre la violencia en los sectores estudiantiles y laborales, de una zona determinada del país: en este caso se tendrán en cuenta los múltiples factores causantes del área del problema y se evaluarán las acciones de S.M. más convenientes para resolver la situación."

La F.A.P. respondió a esta convocatoria: "... bajo la apariencia de exponer las bases de una política respecto de la Prevención Primaria... resulta estar centrada en la coordinación entre el I.N.S.M. y diferentes organismos estatales con el fin de que los investigadores provistos por el I.N.S.M. desarrollen tareas de expertos en S.M. al servicio de organismos represivos del gobierno..." y agrega más adelante, "El Comité Ejecutivo de la F.A.P. considera que estos ejemplos iluminan las ideas que el I.N.S.M. propone para su política en S.M. Estas son las ideas de los organismos de Seguridad del gobierno que pretenden "vietnamizar" su enfrentamiento con el pueblo derivando parte de la ingrata tarea de la represión a los trabajadores de la S.M." (Gaceta Psiquiátrica, N° 9, Sept. 1971).

Lo manifiesto de este ejemplo no debe oscurecer las expresiones más sutiles de lo mismo en las condiciones cotidianas del hacer en S.M.

En síntesis, la F.A.P. había logrado consenso activo entre el conjunto de los T.S.M. para plantear que la reformulación de un modelo alternativo en S.M. en Argentina, debía partir de dos premisas: discutir las bases políticas de ese modelo en relación al contexto socio-político, situando lo técnico-profesional como relativo a esa definición, y segundo, el modelo que quiera impulsarse, sólo es viable si convocaba para su discusión e implementación al conjunto de los TSM, en un movimiento de carácter socio-político que garantice el debate político en la sociedad. Esto porque las decisiones de liquidar los Hospicios y Hosp. Psiquiátricos núcleos del modelo asilar, y ejecutores de la política de marginación y confinamiento del enfermo, lleva al enfrentamiento con los responsables de ese sistema y hace necesario el ejercicio de un poder en el plano social.

También porque no hay posibilidad de crear las bases de un modelo alternativo si no se cuenta con un movimiento que asegure consenso en la sociedad civil. Las cuestiones técnicas específicas sólo son viables si esas bases están consolidadas. De allí también nuestra convicción que el proyecto que F.A.P. sustentaba dependía del desarrollo de la situación política en el país. Se esperaba por entonces que el peronismo, a través de su viejo general, hiciera el reordenamiento que unificaría un movimiento popular fragmentado y de composición heterogénea, en una sociedad a la que por más de cuarenta años no se la había dejado librar sus debates y luchas. Creemos que el movimiento que F.A.P. protagonizó se ligó estrechamente a este proyecto y participó de la confusión de la derrota, alojando en bolsones de resistencia frente a la represión desatada a partir de 1975. En diciembre de 1983 cerramos las puertas de F.A.P. en Capital (no sin cierto orgullo de haber transportado hasta allí su nombre y sus banderas) conscientes de que se abría un nuevo tiempo histórico y que éste requería de nuevas ideas y nueva organización.

7. La situación actual

Las ideas que volvieron a barajarse en S.M. con la llegada del gobierno democrático reeditaban remozadas las del Plan de 1966, y muchos de sus propulsores son los mismos protagonistas de aquel proyecto, quizá su sector más progresista. Nuevamente, ahora en nombre de la modernización, se habló de liquidar los Hospicios, de abrir los hospitales psiquiátricos, de destronar el poder manicomial que hegemoniza la psiquiatría académica, y de replantear las cuestiones asistenciales en relación a los nuevos conceptos de Atención Primaria y de una participación de los implicados en las gestiones de salud. Consignas todas que compartimos al menos como condiciones mínimas necesarias para abrir el debate sobre la construcción de un modelo alternativo al asilar.

Algunas de estas consignas han logrado plasmarse en proyectos, sobre todo en la provincia, y muchos encuentros y debates han ayudado a crear conciencia de la necesidad del cambio. Muchos esfuerzos y vocaciones volcados a la idea de un plan global transformador no se han visto aún compensadas. Y esto porque sobre un fondo de posibilismo se despliegan discursos modernizantes, que al verse condicionados por cuestiones como el poder, la organización federal, el presupuesto, la estabilidad y los compromisos adquiridos, sostienen la escena sin afectar la realidad. La doble ausencia de una decisión política transformadora y de un movimiento que nuclea a los implicados en S.M., hace que las coordinadas esenciales del viejo modelo asistencial, hegemónicamente psiquiatrizante, se mantenga, al lado del no menos inquietante desarrollo de un formidable aparato psicologizante que impregna la conciencia actual de silogismos sofisticados en clave de psicoanálisis.

GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE TRABAJO COMUNITARIO Y SALUD MENTAL

- 1.- Abadic, Juan Pablo, "Salud mental, atención primaria y un proyecto para la salud". (En: Cuadernos Médico Sociales, Rosario, nº 33, 1985, p. 65-71).
- 2.- Climent, C.E., "La salud mental en la atención primaria de la salud". (En: Crónica de la OMS, v. 34, nº 6, 1980, p. 249-255).
- 3.- "Formación de grupos de apoyo en los programas de salud mental de las zonas rurales". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panam., v. 95, nº 2, p. 182-185, 1983).
- 4.- Ierodiakonov, C. S.: "Salud mental y atención primaria en Grecia". (En: Foro Mundial de la Salud, v. 5, nº 2, 1984, p. 138-140).
- 5.- Sartorius, N., Mental health in the early 1980s: some perspectives". (En) Bulletin WHO, v. 61, nº 1, 1983, p. 1-6).
- 6.- Seva Díaz, A., "La salud mental en la encrucijada del cambio de siglo". (En: Revista de Sanidad e Higiene Pública, 1982, v. 56, nº 9-10, p. 883-905).
- 7.- Shulamit, Ramón, "Psiquiatría democrática: Análisis de un servicio de salud mental en una comunidad italiana". (En: Cuadernos Médico Sociales, Rosario, 1984, nº 27, p. 47-58).
- 8.- Organización Panamericana de la Salud. Dimensiones sociales de la salud mental. Washington, 1983. (Publicación científica, 446).
- 9.- Milesi, Marta, Atención primaria en salud mental. Monografía del Curso Regional de Administración Sanitaria, Río Negro-Neuquén, 1985.
- 10.- Organización Panamericana de la Salud. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Washington, 1983. (Serie Paltex para técnicos médicos y auxiliares).
- 11.- Alarcón, Renato, "Hacia una identidad de la psiquiatría latinoamericana". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 81, nº 2, p. 109-121, 1976).
- 12.- Allodi, Federico A., "La evolución del hospital psiquiátrico en Estados Unidos y Canadá". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panam., v. 81, nº 2, p. 139-148, 1976).
- 13.- Cabildo, Héctor M., "Servicios de salud mental en centros de salud". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 74, nº 2, p. 146-151, 1973).
- 14.- Calderón, Guillermo, "El Centro Piloto de Salud Mental Comunitaria San Rafael, en México D.F.". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 78, nº 2, p. 155-160, 1975).
- 15.- Calderón Narváez, Guillermo, "Programa de salud mental comunitaria en México". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 75, nº 5, p. 430-438, 1973).
- 16.- Caraveo, Jorge, "Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental". (En: Salud Pública de México, v. 28, nº 5, p. 504-511, 1986).
- 17.- Collis, Robert, "La psiquiatría de la comunidad y la Organización Panamericana de la Salud: la experiencia de Jamaica". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 82, nº 2, p. 149-157, 1976).
- 18.- Durán, Lilia, "Pronóstico de necesidades de recursos humanos en el campo de la salud mental en México". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 96, nº 5, p. 387-396, 1984).
- 19.- Feldman, Saúl, "Administración en salud mental: enfoques, problemas y perspectivas". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 82, nº 1, p. 23-34, 1977).
- 20.- García Buñuel, Leonardo, "El hospital psiquiátrico como centro de salud mental". (En: Revista Salvadoreña de Hospitales, 1976, v. 7, nº 3, p. 143-154).

- 21.- González Uzcategui, René, "Salud mental en América Latina: problemas y perspectivas". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panam., v. 81, nº 2, p. 93-108, 1976).
- 22.- Hudgens, Richard W., "Servicios de salud mental de un país en vías de desarrollo; progresos realizados y obstáculos surgidos en los programas psiquiátricos públicos de Honduras". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 71, nº 3, p. 222-230, 1971).
- 23.- León, Carlos A., "Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica". (En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 81, nº 2, p. 122-138, 1976).
- 24.- Rodero Vicente, B., "Psiquiatría comunitaria: reforma psiquiátrica". (En: Revista de Sanidad e Higiene Pública, 1982, v. 56, nº 9-10).
- 25.- Santhiá, M. A., "Estudio exploratorio sobre aspectos de salud mental en asentamientos irregulares de la ciudad de Rosario". (En: Medicina y Sociedad, 1984, v. 7, nº 3, p. 58-63).
- 26.- Menéndez, Eduardo, Cura y control. Apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica, Edit. Nueva Imagen, Colección Salud e Ideología.
- 27.- Cancrini, Luigi, y otros, Psiquiatría y relaciones sociales, Edit. Nueva Imagen, Colección Salud e Ideología.
- 28.- Domínguez, Ferro, Simonetti y col., "Salud mental y crisis", Salud y Sociedad, nº 8.
- 29.- Galli, Vicente, "Terror, silencio y enajenación", Salud y Sociedad, nº 7 y 8.
- 30.- Seia, Héctor, "Salud mental y trabajo", Salud y Sociedad, nº 9 y 10, 11 y 12-13.
- 31.- Stolkiner, Alicia, "Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas", Salud y Sociedad, nº 14-15.
- 32.- Piterbag y col., "Impacto emocional de los accidentes ferroviarios en el conductor de trenes", Mimeo, Bs. As., 1987.
- 33.- Goldenberg, Mauricio, "Salud Mental en actividades y técnicas de salud pública", Abraam Sonis, tomo I, Edit. El Ateneo.
- 34.- Bringiotti, María, y col., "A.P.S. en Salud Mental, trabajo desarrollado en Neuquén", publicación de la Secretaría de Ciencia y Técnica, agosto de 1986.
- 35.- Efron, R. y Galende, E. "¿Es posible la prevención en Salud Mental?"; Mimeo III Jornadas de A.P.S. Facultad de Medicina de Buenos Aires - UBA, Abril 1989.
- 36.- Aguirre Barrera, M. "Ideología y psiquiatría". Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, mayo/agosto 1979.
- 37.- Feldman, Saúl. "Enfermedad mental y Economía". Bol. Of. Sanitaria Panamericana, v. 98, nº 3, mayo 1985.
- 38.- García, R.; Basaglia, F.; Basaglia Ongaro F. "¿Psiquiatría o ideología de la locura? Editorial Anagrama. Barcelona, España, 1972.
- 39.- Castro, G. y Albani, B. C. "Actitudes de algunos profesionales en Salud Mental hacia los programas comunitarios". Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud nº 4, mayo/agosto 1976.
- 40.- Averasturi, L. G. "Las contribuciones de la Psicología Social a la investigación en Salud. Ciencias sociales y salud en América Latina". En: Tendencias y perspectivas. Editor Everardo Duarte Nunes. Organización Panamericana de la Salud, Montevideo, Uruguay, 1986.
- 41.- Levav, J. y col. "Salud mental para todos en América Latina y el Caribe". Bases epidemiológicas para la acción. Boletín Of. Sanitaria Panam., v. 107, nº 3, set. 89.
- 42.- Informe Técnico Organización Mundial de la salud Nº 698. "Atención en Salud Mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de la investigación".

MODELO MEDICO HEGEMONICO Y ATENCION PRIMARIA

PONENCIA:

Licenciado Eduardo L. Menéndez. Maestro en Salud Pública. Licenciado en Ciencias Antropológicas, Profesor e Investigador del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) México.

1. En este trabajo y en función de lo solicitado por los organizadores de esta reunión, voy a tratar de sintetizar mi propuesta de lo que considero Modelo Médico Hegemónico, y a establecer algunas relaciones con las estrategias de atención primaria.

Quiero señalar que dado el tiempo con que cuento, muchas de mis apreciaciones serán intencionalmente esquemáticas, y en consecuencia dicho esquematismo puede conducir a falsas interpretaciones, que pueden ser posiblemente superadas con la consulta directa de algunos de los trabajos en los cuales trato de desarrollar en forma más precisa la estructura, funciones, y desarrollo del Modelo Médico Hegemónico (ver: E.L. Menéndez 1978, 1979, 1981, 1983, 1985 a, 1985 b, 1985 c, 1986, 1987 b, 1988).

En mi exposición primero enumeraré los rasgos estructurales del MMH y comentaré algunos de los que considero como más relevantes en función de la temática a desarrollar. Posteriormente describiré sucintamente las funciones del modelo, así como la situación de crisis que el mismo atraviesa desde la década de los 60. Concluiré mi ponencia analizando las relaciones conflictivas que el MMH establece con la denominada atención primaria, no sólo en términos genéricos sino también en relación con la crisis que afecta a América Latina desde la década de los 70.

Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

Mi análisis de este modelo no supone una posición maniquea según la cual la medicina denominada científica cumple "en si" funciones que pueden ser consideradas como negativas; ni tampoco implica una recuperación romántica de las

prácticas conocidas en la actualidad como "alternativas". Mi preocupación por el MMH debe relacionarse con varios niveles problemáticos, de los cuales en este trabajo me interesan destacar dos. Por una parte el contraste entre el desarrollo del MMH y las condiciones dominantes de mortalidad en la mayoría de los países de América Latina. por otra parte la posibilidad de plantear, a través del análisis de este modelo y de su crisis, una propuesta de atención primaria basada en el modelo de autoatención.

Debo indicar que el análisis integral del MMH no puede reducirse a sí mismo, sino que el mismo debe ser descripto y analizado tanto en un nivel de autonomía, como referido a las condiciones históricas en las cuales opera. La hegemonía del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterna, pero sin por ello poder eliminarlas. Si en este trabajo sólo comentamos el MMH, es por razones de espacio, ya que el análisis integral del mismo necesariamente implica la relación con los otros modelos.

1.1. El MMH constituye una construcción teórica que maneja en varios niveles de abstracción. En esta ponencia y por las razones señaladas me manejaré en un nivel de alta generalidad, sin referirme a situaciones históricamente determinadas, salvo en términos de ejemplificación.

La construcción de este modelo suponen detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

De estos rasgos seleccionaré algunos, no sólo para observar en particular la estructuración del modelo, sino también para aportar elementos que permitan ulteriormente evidenciar la relación problemática que se establece entre este modelo y la estrategia de atención primaria (AP).

El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que *garantiza* no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad.

Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no

aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos.

El biologismo del MMH se expresa no sólo en la práctica clínica, sino —y esto es de notable relevancia— en la práctica epidemiológica.

Considero que dado que esta práctica, así como el enfoque preventivista en general, *debe* tener como unidad de trabajo a los conjuntos sociales, es donde con mayor significación puede destacarse la dominancia de este rasgo.

El biologismo puede ser encontrado en la globalidad del trabajo epidemiológico, pero se manifiesta a través de dos características que me interesa destacar.

La primera y que luego retomaré se expresa en que la investigación epidemiológica se maneja con series históricas de corta duración, ignorando en los hechos la mediana y larga duración histórica. La segunda característica refiere a que la epidemiología utiliza como principales variables a aquellas que más fácilmente puede referir a procesos biologizados: sexo y edad. Ello no quiere decir que no utilice variables como localización, ocupación, niveles de ingresos o estratificación, sino que lo que estoy concluyendo es primero que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso y que respecto de las otras existe en la mayoría de los casos sólo una propuesta descriptiva en la cual se pierde el contenido dinámico social de las mismas. Esto ocurre no sólo con la localización, sino que ha ocurrido de varias maneras con la “variable” estratificación social. Así la epidemiología nortamericana usó y todavía utiliza con mayor frecuencia indicadores raciales que indicadores sociales para referirse a estratificación social. Pero además la estratificación social no sólo ha sido la “variable” de menor uso comparativo, sino que cuando se la usa se la reduce a mera posición.

Al proponer ésto no ignoro la urgencia epidemiológica de detectar grupos de riesgo para poder actuar eficazmente. Lo que quiero subrayar es que la *naturalización* de los procesos tiende a simplificarlos y a opacar parte de las determinaciones. Como un ejemplo relativamente reciente de lo que estoy señalando, tenemos al concepto “estilo de vida” generado a partir de las ciencias sociales como un concepto intermedio entre el estrato social y el sujeto. Lo que inicialmente fue planteado como un concepto global, el trabajo epidemiológico lo fue reduciendo a simple indicador de grupo de riesgo, eliminando la capacidad explicativa del concepto.

No es casual que el modelo preventivista, que con algunas modificaciones domina tanto en la práctica médica de países capitalistas como de los socialistas de estado, sea el de Leavell y Clark, es decir la propuesta de Historia Natural de la Enfermedad. Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia. Otro de los rasgos estructurales del MMH es justamente la ahistoricidad del mismo.

Ya señalé que la epidemiología trabaja con series históricas de corta duración, se dice que esta modalidad es producto de la desconfianza en la veracidad de los datos y de la necesidad de explicar los procesos actuales y solucionarlos. Sin negar la validez parcial de estas afirmaciones, creo que el trabajo con series

históricas cortas evidencia el dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia; es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales.

La vigencia de este enfoque evita justamente poder verificar la importancia de los procesos no biológicos. Así tanto este rasgo como la ahistoricidad conducen a una epidemiología recurrentemente coyuntural. La ignorancia de las series históricas largas, impide articular los procesos históricos que operan y que no pueden agotarse en la coyuntura por más urgente que esta sea, en su necesidad de encontrar soluciones.

Lo que estoy afirmando puede observarse en las explicaciones epidemiológicas y demográficas dominantes respecto de la tendencia de la mortalidad en América Latina. En la mayoría de los países latinoamericanos la mortalidad general y la mortalidad infantil descendieron en forma acelerada durante las décadas de 1940 y 1950. Las interpretaciones dominantes hallan la causalidad de ese descenso básicamente en la aplicación de tecnología médico-sanitaria. Debe subrayarse que no existen investigaciones epidemiológicas que demuestren esta causalidad, y lo que sí existe es un discurso reiterado que no puede referir sus fuentes documentales, ni menos las investigaciones que avalan dicha conclusión. La carencia de un análisis histórico facilita suponer que fue la eficacia médica la determinante en dicho proceso.

El biologismo, la ahistoricidad hallan su confirmación a través de otro rasgo: la asociabilidad. Debo recordar que al manejarme con el instrumento modelo, el comentario de cada uno de sus rasgos debe ser aceptado en términos pedagógicos, en la medida que es el efecto de la estructura el que da su capacidad explicativa al modelo, y al análisis particular de cada rasgo.

Proponer que uno de los rasgos estructurales del MMH es la asociabilidad puede aparecer como paradójal, en la medida que durante los 60 y los 70 ha habido un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica. Pero no debe confundirse la discusión sobre lo "social" con su incorporación real al aprendizaje y la práctica médicas. Si bien han existido en América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y/o episódica. Inclusive experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde los primeros años de aprendizaje médico se discontinuaron o redujeron el tiempo de dedicación.

El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir en un nivel, que el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico; pero no lo reconoce en su propia práctica. Hechos tan evidentes como que gran parte de la automedicación con fármacos, la población la ha aprendido del equipo de salud y en particular del médico, tienden a ser ignorados o negados. Gran parte del uso erróneo de los fármacos los conjuntos sociales lo aprendieron de los propios médicos. Luego al generarse modificaciones en la práctica médica, tanto en función de nuevas investigaciones como de observar la resistencia del agente o del huesped, dichas modificaciones no fueron comunicadas

como equivocación o cambio por parte del médico, sino que fueron transmitidas como error popular. Este es un proceso que considero interminable.

Lo social reitero, constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma. La propia formación médica, así como la investigación médica aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus implicancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza no concientemente del sistema social en el que opera.

Aunque sean datos obvios debe ponerse en primer plano el hecho de que el médico hace su aprendizaje sobre la enfermedad y la muerte a partir de cuerpos muertos y vivos de personas pertenecientes a los estratos subalternos. La desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional; es decir se procesa desde la interioridad y no desde procesos externos a su práctica. Esto no sólo opera en la práctica clínica aplicada, sino que opera en la investigación médica. Los sujetos que reiteradamente se constituyen en objetos de investigación son obtenidos en asilos, orfanatos, cárceles, hospitales públicos para indigentes, cuarteles, etc.

Al plantear estos casos, no lo estoy haciendo desde una consideración ética, no porque no pudiera hacerse, sino porque lo que me interesa ponderar es la red de relaciones sociales e ideológicas que la práctica médica genera y que la misma no destaca objetivamente como tal, ya que tiende a pensar su práctica en términos casi exclusivamente técnicos.

El análisis de los otros rasgos daría resultados similares y el análisis conjunto daría un efecto de estructura, según el cual tanto la práctica clínica como la epidemiológica aparecen limitadas estructuralmente para poder pensar y actuar sobre determinados problemas de salud/enfermedad.

Puede ser que mi descripción de los rasgos estructurales aparezca como poco referida a determinadas instancias, por ejemplo a la dimensión económico-política. Quiero informar que el análisis histórico social de la constitución de este modelo, implica describir su constitutividad a través de cuatro dimensiones: económico-político, institucional; teoría, saber y práctica médica e ideológica. Es justamente dicho análisis el que permite observar como determinado proceso médico pueden ser analizados autónomamente, mientras que otros sólo son inteligibles por referencia a las determinaciones "externas".

Quiero volver a reiterar que el MMH tal como lo estoy planteando no corresponde exclusivamente a la práctica clínica curativa, sino también a la práctica epidemiológica y preventivista. Esto lo señalo porque en determinados discursos existe una referencia constante a procesos que según mi análisis no están incorporados estructuralmente a la práctica médica. Una cosa es que el sector salud invoque constantemente la importancia de la medicina preventiva y otra verificar cuáles son los recursos que realmente invierten en este tipo de medicina, comparado sobre todo con lo que invierte en medicina curativa. En México el Sector Salud para 1986 sólo invirtió el 7% de su presupuesto en acciones preventivas siendo esto una constante y no un hecho excepcional.

1.2. El análisis del MMH supone la propuesta de dos submodelos, el corpora-

tivo público y el corporativo privado, que no voy a describir ni analizar ahora. Reconozco para cada submodelo alrededor de diez rasgos estructurales, de los cuales sólo voy a considerar rápidamente dos, porque a través de los mismos puedo hacer algunas reflexiones sobre una problemática de importancia creciente en América Latina y que debe ser analizada en relación con las políticas de AP.

Uno de esos rasgos, común a ambos submodelos, es el de la burocratización. Determinados análisis indican que la burocratización es expresión del crecimiento de la organización, de la división técnica del trabajo, del desarrollo de principios de organización y control, etc., generando en su desarrollo una notable autonomía que tiende a crear sus propias condiciones de racionalidad social. Para determinados autores, la burocratización y su racionalidad expresarían además las tendencias alienantes y cosificantes dominantes en el conjunto de las sociedades complejas actuales.

El análisis de las prácticas burocráticas, y en particular de la médica ha conducido a autores de diversa extracción ideológica a vincular la burocratización con un creciente proceso de irresponsabilidad y no responsabilidad, que en el caso de la práctica analizada se verifica en términos de muertes evitables para algunos y en términos de hegemonía de la productividad para otros.

La problemática de la burocracia y de la irresponsabilidad aparece estrechamente relacionada con la creciente crítica al Estado, y a la necesidad de reducir su expansión y sus funciones. En el sector salud esta crítica ha entrado desde hace años en el terreno de la práctica política, a través de las propuestas de descentralización de servicios. Así medicina estatal, aparece asimilada a centralización, burocracia, irresponsabilidad, ineficiencia, altos costos, etc.... A estos se opondría la descentralización, asimilada a la responsabilidad, la eficacia, la reducción de costos, la delegación de funciones, etc. Debo indicar que a la base de esta última propuesta, la delegación de funciones aparece estrechamente ligada total o parcialmente a la delegación de la responsabilidad social por parte del Estado. Lo cual suele omitirse pese al fenomenal decremento de las inversiones en salud en la mayoría de los países Latinoamericanos.

La crisis sostenida que soporta Latinoamérica, ha sido en parte relacionada con la crisis financiera de un Estado que necesita reducir su gasto y en particular, su gasto social. La opción neoliberal aparece como la opción frente al estado burocrático. Considero que esta forma de plantear el problema se articula con varios de los caracteres del MMH, que justamente asumen la desigualdad social, la responsabilidad individual, la mercantilización directa o indirecta de la enfermedad. La solución está basada en una descentralización que tenderá a repartir aún más desigualmente los costos y las pérdidas, y a basar la potencialidad de mejores condiciones de atención a la enfermedad no sólo en la responsabilidad, sino en las fuerzas económicas y sociales de los conjuntos. Desde esta perspectiva los sectores más débiles de la sociedad deberán asumir sus propios costos con expectativas limitadas en términos generales y radicalmente desiguales en términos comparativos.

2. El MMH cumple una serie de funciones que podemos reagrupar en tres tipos: a) el que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; b) un segundo tipo que se integra con las funciones de control, normatización, medicalización y legitimación y c) un tercer tipo en el cual incluimos la función económico-ocupacional.

En un nivel manifiesto las funciones no sólo dominantes, sino aquellas con las cuales casi exclusivamente se autoidentifica el personal de salud son las de curación y prevención. Pero también los conjuntos sociales identifican a la práctica médica casi exclusivamente con estas funciones y sobre todo con la de curar.

La función de mantenimiento sólo ha sido reconocida en los últimos años y su emergencia aparece estrechamente relacionada con los programas de AP. Considero que no hace falta desarrollar el significado de las dos primeras funciones, pero sí aclarar lo que denomino función de mantenimiento.

Como ya señalé previamente, durante las décadas de los 40 y los 50 se generó un fuerte descenso de las tasas de mortalidad en la mayoría de los países latinoamericanos. Durante la década de los 60 se produjo un notorio desaceleramiento de esta tendencia que en algunos países condujo incluso al aumento significativo de las tasas de mortalidad infantil, como fue el caso de México a partir de 1966.

Ahora bien, este proceso fue atribuido a condiciones económicas negativas, a la desigualdad creciente, al incremento de la situación de pobreza y "marginalidad", etc. Y es frente al incremento en la tasa de mortalidad que por lo menos parcialmente se plantean proyectos de extensión de cobertura, que permitan limitar los efectos del sistema dominante. Esto lo analicé para Yucatán, estado mexicano en el cual durante la década de los 70 se generó una notable inversión en medicina curativa a través de un crecimiento espectacular de la oferta de servicios estatales de salud.

Durante la década del 70 asistimos al desarrollo de la crisis más profunda y prolongada desde la crisis de 1929-32. Y es justamente durante esta década y la siguiente que se generan algunas experiencias que permiten entender la función de mantenimiento. Así por ejemplo, en el estado más rico de Brasil —Sao Paulo— y pese al notable crecimiento económico procesado en los 60 y primeros años de los 70 se dio un aumento notable de las tasas de mortalidad infantil. Ulteriormente este estado aplicó medidas de AP que redujeron significativamente dichas tasas, pese a que durante estos años hubo recesión económica.

El caso chileno es aún más provocativo; el régimen de Pinochet que basó su acción en medidas económicas liberales respaldadas por una dictadura política, aplicó sin embargo sistemáticamente la mayoría de las medidas básicas de AP reduciendo espectacularmente las tasas de mortalidad infantil y colocando a Chile como tercer país con más bajas tasas de mortalidad infantil, luego de Cuba y Costa Rica.

La práctica médica puede ser usada, en forma aparentemente incongruente con las líneas políticas dominantes en un país. Pero si dicha práctica puede ser

eficaz y sobre todo barata, como ocurre con las medidas de AP, dicha congruencia es resuelta a través de la utilización y apropiación política.

El sector salud puede contribuir a mantener situaciones de vida con una baja inversión, que puede contradecirse con el proceso de explotación vigente. Pero la práctica médica puede tener otra modalidad de mantenimiento, la cual ha operado en casi todos los países de América Latina. Me estoy refiriendo a una actividad que los argentinos conocemos muy bien: el *mantenimiento* del torturado para que siga hablando, o puede hablar o pueda ser usado con otras significaciones.

En función de este análisis es secundario que en el primer caso opere gran parte del sector salud y en el segundo sólo unos pocos médicos. Lo determinante es el cumplimiento institucionalizado de estas funciones.

Las funciones enumeradas en los tipos b y c se desarrollan a través de actividades curativas y preventivas. Más aun es este proceso el que permite que la práctica médica las lleve a cabo, dado que no aparecen manifiestamente como funciones de control o de normatización, sino como actos técnicos curativos. Es esta opacidad y no conciencia la que facilita su reproducción ideológica a través de la práctica y saber médico.

Las funciones del tipo b son las que más han sido descritas por los científicos sociales, y es dicha etnografía de la práctica médica, la que ha dado lugar a las críticas más sagaces y pertinentes. Es el análisis de estas funciones lo que ha conducido a proponer a la medicina como un aparato no sólo ideológico, sino político de estado. Como una compleja Institución donde el control se integra a la legitimación, y donde la normatización de conductas exige inclusive el "invento" de nuevas categorías nosológicas.

Debe recordarse que tanto la teoría de la desviación propuesta por el interaccionismo simbólico, como la constituida a través del marxismo, como las propuestas foucaultianas o de una parte de lo que se denominó antipsiquiatría, tomaron como objeto privilegiado de análisis y teorización a la enfermedad, el hospital, el equipo de salud.

El tercer tipo de funciones refiere a uno de los campos más investigados, el de la industria de la salud y de la enfermedad. Estas son "industrias" de notable dinámica económica, que además han generado una demanda de mano de obra comparativamente alta. Si en los países capitalistas centrales es el sector servicios el que construye más puestos de trabajo, dentro de este sector en un país como los EE.UU., el sector salud constituye la segunda área de mayor creación de puestos laborales.

Esta aseveración puede aparecer conflictiva para varios países de América Latina y en particular para Argentina, ya que existe una creciente desocupación médica. Pero la desocupación y subocupación médica no niega lo anterior —por lo menos en términos comparados—, sino que lo que exige es una discusión teórica sobre las condiciones e implicancias del crecimiento desocupacional, pese a la dinámica del crecimiento comparativo de puestos de trabajo.

Este es un punto particularmente importante para el análisis de las estrategias

de AP, en la medida que como sabemos la mayoría de las mismas pueden ser llevadas a cabo eficientemente con un mínimo de intervención médica. El preventivismo y en particular la AP, sobre todo cuando el perfil epidemiológico está dominado por padecimientos infecciosos y parasitarios, requieren de una cuota de personal relativamente reducida en cuanto a su complejidad técnico-profesional.

3. El MMH comienza a ser cuestionado en la década de los 60, crítica que alcanza su máxima expresión en la década de los 70.

Las críticas al modelo surgieron inicialmente en los países capitalistas centrales, y luego fueron asumidas por países dependientes. Dichas críticas evidenciaron toda una serie de procesos negativos, que ordenaré en dos apartados. El primero, en el cual se enumeran los cuestionamientos emergidos en los países centrales; y, segundo, que refiere en particular a la situación de los países dependientes.

Los principales cuestionamientos que se integran en el primer apartado, son los siguientes:

- a) aumento del costo de la atención de la enfermedad, lo cual debe ser relacionado con el intento de reordenamiento financiero de los gobiernos conservadores y que intenta intervenir reduciendo en lo posible el financiamiento de seguridad social.
- b) aumento constante del consumo de fármacos, en particular de sustancias que pueden ser nocivas para la salud. La carencia de una vigilancia técnica realmente eficaz, que no sólo evidencie las limitaciones del "poder médico" respecto de la dinámica industrial, aún en los países de alto nivel de desarrollo, sino también la incidencia de los medicamentos en el gasto público. Esto aparece como una creciente amenaza para el equilibrio de los presupuestos nacionales. En algunos países centrales el consumo llegó a representar cerca del 10% del PBI en los años 70.
- c) incremento de la "intervención médica" en los comportamientos sociales. La normatización de determinadas prácticas: extirpación de amígdalas en los 30 y 40, cesareas desde los 60, impulso al consumo de leches maternas desde los 50, construcción de nuevos padecimientos como la hiperquinesia infantil desde los 50, etc., expresan el incremento de las funciones de control, normatización y económico-ocupacionales;
- d) incremento de la iatrogenia negativa;
- e) cambios del perfil epidemiológico, el cual evidencia la eficacia limitada de la práctica médica y la importancia creciente de las funciones "secundarias";
- f) el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma;
- g) el "redescubrimiento" de que el sector sanitarista es primordialmente curativo;
- h) el reconocimiento de los denominados "productores de enfermedad", localizados en la industria de alimentos, industria tabacalera, industria alcoholera,

industria químico-farmacéutica, etc., y la subordinación política del sector salud a dicha industria de la enfermedad;

- i) el reconocimiento, primero localizado en la acción psiquiátrico-psicológica y luego en la práctica médica general, de que junto a las actividades intencionales curativo-preventivas se desarrollan actividades de control social e ideológico.
- j) el descubrimiento de que pese al descenso de las tasas de mortalidad, y al incremento de la esperanza de vida, se ha generado un notorio estancamiento y en algunos casos incremento de la mortalidad en varones en edad productiva;
- k) el descubrimiento del mantenimiento de una desigualdad en los países con medicina socializada. Prácticamente la totalidad de la investigación epidemiológica que maneja criterios de estratificación social verifica que los estratos más bajos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad;
- l) en los 70 se evidencian las limitaciones o directamente fracaso de la intervención médica y psicológico-psiquiátrica, respecto de los principales problemas de "salud mental": alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidio, homicidio, etcétera.

En los países de capitalismo periférico se ha planteado también la existencia de crisis de este modelo, pero no con el énfasis investigativo de los países centrales. Entre nosotros la crítica fue también más tardía —década de los 70— y la misma reitera problemáticas ya puestas en evidencia previamente, así como incorpora otras consideradas secundariamente a nivel central.

Los principales indicadores de la crisis en América Latina, han sido los siguientes:

- a) el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad en la década de los 60;
- b) la fuerte incidencia de muertes "evitables" en los 60;
- c) el mantenimiento y en algunos contextos el incremento del problema del hombre articulado con la reducción en la lactancia materna, previamente inducida por el sector salud;
- d) luego de casi dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de fines de la década de los 70;
- e) continuo incremento de la mortalidad por accidentes, que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte;
- f) mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidio que colocan a América Latina en un lugar comparativamente destacado dada la notable incidencia de la misma, sobre todo en jóvenes y adultos menores de 35 años;
- g) incremento continuo de la drogadicción. Lo mismo puede decirse sobre alcoholismo, con el agravante de que éste directa o indirectamente constituye una de las causales de muerte de mayor incremento;
- h) incremento de viejos problemas que aumentan su virulencia, en particular tuberculosis pulmonar y venereas;

- i) crisis de financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social, cuyas expresiones más notorias son Costa Rica y Uruguay. El pronóstico es de que dicha crisis se agravará;
- j) el agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad. Los sistemas de drenaje, de aprovisionamiento de agua potable, de control de basuras y de contaminación se deterioran, colocando a varias ciudades de Latinoamérica entre aquellas con mayores posibilidades de "colapso urbano".

3.1. La crítica al MMH y el señalamiento y análisis de la crisis provino de diferentes orientaciones teórico-ideológicas. No todas estas orientaciones plantearon la crisis como estructural, sino que algunas desarrollaron su análisis a partir de la recuperación modificada del MMH.

Las principales orientaciones críticas que nos interesa señalar, son las siguientes:

- a) las que han sido generadas desde dentro del propio MMH, y que buscan modificar la orientación hegemónica impulsando las prácticas preventivistas. La OMS y la UNICEF durante la década de los 70 y 80 son la expresión más significativa de esta orientación y son estas organizaciones las que han impulsado a nivel internacional las estrategias de AP;
- b) desde posiciones expresamente "anticientíficas" se generó una crítica radical, aunque reaccionaria hacia el MMH. Este aparece como una de las máximas expresiones de la racionalidad tecnológica impuesta al mundo por la sociedad occidental y que necesita ser superada. En su crítica al MMH esta orientación ha recuperado la "pobreza" de la medicina popular y ha impulsado parcialmente experiencias de AP;
- c) desde una perspectiva económica neoliberal se ha desarrollado una de las críticas de mayor éxito en términos políticos e ideológicos. Partiendo de indicadores como la ineficiencia y el aumento constante de los costos, ha propuesto una revisión en términos costo/beneficio de la orientación del MMH. Su eje no lo constituye la hegemonía de lo curativo, o la irracionalidad tecnológica, sino el derroche, la irresponsabilidad y sobre todo la necesidad de privatizar al estado;
- d) desde una perspectiva radical se han desarrollado cuestionamientos teóricos y experiencias "alternativas" que se han movido en un amplio espectro que va desde lo económico-político hasta lo cultural. Sus propuestas responden a una gama de posibilidades que van desde el reforzamiento de una AP en manos del estado hasta las experiencias más radicalmente autogestionarias.

Por razones de muy diversa orientación teórica y política, la AP aparece a todas estas tendencias como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del MMH. Ello aparece así entre otras cosas, porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta del sector salud organizado, para enfrentar su crisis tanto de eficacia, como en términos de gasto público.

4. Lo propuesto hasta ahora en forma intencionalmente esquemática, constituye el contexto necesario dentro del cual analizar el desarrollo de las estrategias de AP, en una triple relación: el sector salud, los profesionales médicos y los conjuntos sociales estratificados.

Durante la década de los 60, como ya lo señalé, se descubre que la caída de la tasa de mortalidad general, se desacelera en la mayoría de los países de América Latina, pese al incremento en el costo de la atención a la enfermedad. En los 70 ésto se correlaciona primero con el mantenimiento de la situación de subdesarrollo dependiente y segundo, con el desarrollo de una prolongada y profunda crisis económica que afecta negativamente los niveles de vida de los conjuntos subalternos. Pese a la tendencia decreciente en las tasas de mortalidad de los países dependientes, se observa no obstante que la esperanza de vida de los países de alto desarrollo capitalista duplica y hasta triplica la de algunos países africanos y asiáticos. Por otra parte, el MMH se sigue identificando con una medicina de alta complejidad, basada en la curación y donde el segundo y tercer nivel son cada vez más sofisticados y costosos y se corresponden con el nuevo perfil epidemiológico dominante en los países centrales.

Es justamente durante este proceso que surge (o mejor dicho resurge) la concepción de la AP basada en la articulación comunidad/sector salud para poder actuar en situaciones de pobreza, crisis prolongada y en la forma más eficaz y barata posibles. Es entonces cuando se recupera el uso de medidas simples y en su mayor parte conocidas como el conjunto de las estrategias básicas agrupadas en la sigla GOBI-FFF, las cuales evidencian en la práctica su enorme capacidad para limitar la mortalidad infantil en la medida que sean aplicadas sistemáticamente.

Estas medidas fueron pensadas para el conjunto de países dependientes, en la mayor parte de los cuales no existía personal de salud, en particular médicos y enfermeras, o existían en forma muy reducida. Tanto por ésta situación, como por razones de tipo ideológico-técnico y/o por planteos preocupados por abatir costos, la participación comunitaria fue considerada decisiva para una aplicación exitosa de las estrategias de AP.

El médico o la enfermera diplomada, y ésto debe ser claramente planteado, constituyen en términos teóricos figuras secundarias para el programa de AP; un rol técnico de referencia. Que en varios programas latinoamericanos ello no ocurre así, constituye una contradicción con la concepción ideológica y técnica que avala el impulso de las estrategias de AP. Espero que los fundamentos de esta afirmación hayan quedado claros en mi exposición. Pero además la "secundariedad" del personal profesional puede observarse recurrentemente en el desinterés, inconstancia, rotación de este personal, respecto de los programas de AP.

El éxito de esos programas está basado en el trabajo comunitario y en la supervisión médica constantes, así como en el desarrollo de la tecnología sanitaria simple que puede ser comprendida y usada con autonomía por la comunidad. Múltiples investigaciones han evidenciado el aprendizaje y correcto uso de estas estrategias por parte de los conjuntos sociales. Por razones de mercado, la indus-

tria químico-farmacéutica ha diseñado productos cada vez más sencillos para favorecer la autoadministración y por supuesto, la reproducción ampliada del capital.

Se ha generado en consecuencia una suerte de doble ruta. Una que corresponde a los caracteres estructurales del MMH y que se expresa en una práctica médica predominantemente curativa, costosa, de eficacia reducida para el nuevo perfil epidemiológico, basada en la práctica médica y sobre la cual se han generado las principales críticas técnicas, ideológicas y económicas. Aquí el médico actúa a partir de su saber técnico y ensaya, por lo menos, parte de su entrenamiento profesional. Es decir, tiende a reconocer como profesional médico, con eficacia relativa y autoridad técnica.

La otra trayectoria desarrolla un enfoque preventivista respecto de las patologías que más afectan la mortalidad en los países dependientes. Sus principales acciones son de AP, incluido el sancamiento del medio ambiente y se considera que el eje de dichas actividades debiera ser la comunidad. Esta es una "medicina" barata, simple y eficaz respecto de esas patologías y en la cual el médico no se reconoce como ejerciendo la complejidad de su saber técnico. La posibilidad de solución aparece depositada más en las prácticas sociales que en un saber diferenciado.

En sociedades donde el personal médico es escaso, la "nueva" trayectoria no genera conflictos; pero en sociedades con alta producción de profesionales y de creciente desocupación, la AP emerge como una alternativa ambivalente. Por una parte puede ser una forma de obtener ocupación, pero implicando baja remuneración y una supuesta descalificación en la práctica de su saber profesional. El médico considera que da una "medicina de segunda" a "pacientes de segunda". Para toda una serie de autores, y también de médicos, las estrategias de AP aparecen como la forma en que el estado abarata costos a partir de reducir inversiones, entre ellas la de los salarios de los profesionales médicos. Paradójicamente sus críticas son usadas tanto por los médicos desocupados, como por un sector de la sociedad que plantea que la solución está en la "privatización" de los servicios estatales.

La AP, y ya lo hemos analizado en varios trabajos (Menéndez 1982, 1985 a 1986, 1987), debe estar basada en el grupo familiar y la comunidad y debe constituir formalmente —como de hecho lo constituye— el primer nivel de atención. La práctica médica debiera operar como segundo y tercer nivel de atención.

Esta propuesta no niega la práctica médica, ni romantiza a los conjuntos sociales, sino que asume radicalmente tres hechos de diferente significación: a) la mayoría de los padecimientos más frecuentes pueden ser eficazmente atendidos en el nivel de los grupos primarios, y la eficacia es aún mayor cuando se eleva el nivel de vida de los conjuntos sociales; b) debe tenderse a reforzar realmente la autonomía de los grupos intermedios respecto del Estado y/o la sociedad dominante, sobre todo a partir de concepciones autogestionarias y c) deben cuestionarse las prácticas que directa o indirectamente favorecen el control social o ideológico de los conjuntos sociales.

Es respecto de estos hechos que deben ser analizados fenómenos, que si bien ocurren y adquieren carácter de gravedad, no pueden ser desprendidos de los objetivos básicos que deben plantearse respecto de las relaciones MMH/Sociedad.

Si en la década de los 60 varios de nosotros cuestionábamos la medicalización y psiquiatrización-psicologización crecientes de la sociedad, resulta paradójico e incongruente que ahora asumamos como correctas o por lo menos necesarias a las mismas, en función de la creciente desocupación de médicos y de psicólogos.

Argumentos como los de que la AP favorece la irresponsabilidad económica y política del Estado respecto de las clases subalternas resulta incoherente, a menos que se haga exclusivamente desde una perspectiva desocupacional. El énfasis en la AP no supone para mí, disminuir la responsabilidad social del Estado, sino por el contrario, supone la posibilidad de constituir alternativas que puedan demandar al Estado medios "administrados" por los propios conjuntos sociales.

BIBLIOGRAFIA CITADA

Menéndez, E.L.

1978: "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en F. Basaglia et al: La salud de los trabajadores. Edit. Nueva Imagen: 11-53, México.

1979: Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. Edit. Nueva Imagen, México.

1981: Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. Ediciones de la Casa Chata, México.

1982: "Automedicación, producción social y terapéutica" en E.L. Menéndez: "Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular". Cuaderno Nº 57 de la Casa Chata: 4-52, México.

1983: Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. Cuaderno Nº 86 de la Casa Chata, México.

1985 a): "Centralización o autonomía". La "nueva" política del sector salud" en Boletín de Antropología Americana Nº 10:85-95, México.

1985 b): "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", en Cuadernos Médicos Sociales Nº 33: 3-34, Rosario.

1985 c): "Saber Médico y saber popular: el MMH y su función ideológica en el proceso de alcoholización" en Estudios Sociológicos Nº 8:263-96, 1985.

1986: "Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria a la salud" en Ciencia Técnica: Primer Taller de Investigación en Ciencias Sociales, Salud: 87-96, Buenos Aires.

1987 a): "Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención" en CIESS.: El futuro de la medicina tradicional: 37-62, México.

1987 b): "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo", en G. Aguirre Belrán et al: Medicina tradicional y Atención Primaria. Cuaderno 159 de la Casa Chata: 19-58, México.

1988: Alcoholismo y Política. La determinación económica del sector salud. Mx.

POLITICAS SOBRE TECNOLOGIA Y MEDICAMENTOS: SITUACION ACTUAL Y POSIBILIDADES FUTURAS

COORDINADOR:

Doctor Carlos Cristóbal. Bioquímico. Farmacólogo. Secretario de Ciencias e Investigación, Universidad de Luján.

PANELISTAS:

Licenciado Luis Battellino. Doctor en Bioquímica, Profesor titular de la cátedra de Química y Física de la Facultad de Odontología de la UNC.

Doctor Mario Borini. Médico Sanitarista. Secretario Técnico de la Escuela de Salud Pública, UBA.

Doctor Roberto Raña. Secretario de Sanidad y Medicina Social de la COMRA.

Dr. Cristóbal: —El tema que nos ocupa esta noche es, sin duda, uno de los puntos que en la práctica cotidiana de las prestaciones médicas vinculadas directamente con la salud, está adquiriendo en el momento presente la mayor importancia o trascendencia. Creo que en la exposición de esta noche van a quedar claras algunas de las particularidades que se dan en este fenómeno. Quiero marcar algunos de los aspectos, antes de darles la palabra a mis colegas. Uno es que estamos en una reunión de Atención Primaria, donde no siempre aparece este problema de la tecnología y el de los medicamentos. Creo que una de las cosas que deberemos puntualizar es que los medicamentos y la tecnología constituyen en este momento un doble problema: por un lado, las dificultades de acceso económico a estos elementos en la prestación de acción en salud; y por otra parte —y creo que es uno de los motivos centrales de la presencia de este tema en esta ocasión—, cómo estos elementos de diagnóstico y terapéutica que son utilizados hoy en día, tienen una vinculación directa con sectores de la producción y con los miembros del equipo de salud que utilizan estos elementos. Es fácil para nosotros diagnosticar que se ven severas distorsiones en la utilización, y que en muchos casos no son solamente severas distorsiones, sino la generación de enfermedades secundarias a la utilización de estos elementos. Hay un hecho iatrogénico grave asociado a estos hechos.

Por otra parte, cuando hablamos de lo que se ha estado diciendo en relación con Atención Primaria, no podemos dejar de lado que en esto existe una necesidad de conocer, de estudiar en detalle qué pasa en nuestras sociedades con estos

recursos terapéuticos como son los medicamentos. Es decir, ¿qué conocemos de estos recursos, no a través de los hechos puntuales, sino a través de los estudios de largo alcance que abarquen poblaciones? La información que deberíamos tener —y que en algunos lados se está obteniendo—, sobre la utilización de estos recursos mirados en población, ¿es siempre la misma que obtenemos en estudios puntuales controlados? Dicho de otra manera: cuando uno de estos recursos deja de ser estudiado o deja de ser conocido en las condiciones controladas que implica un estudio, y pasamos a observarlo tal como es utilizado por la población, ¿qué elementos de la sociedad inciden en las modificaciones en uso de los mismos, qué modificaciones se operan y cómo se operan? Algunos de estos elementos son particularmente importantes en relación a la Atención Primaria de la Salud, porque es ahí donde estamos en una relación mucho más cercana, y el sujeto con el cual estamos en contacto está en una frontera entre lo que puede ser una necesidad de utilización de alguno de estos recursos, a veces es una necesidad no-clara, y a veces nosotros estamos forzando la aparición de esa necesidad.

Los panelistas van a tratar de ir dando respuestas a algunas de estas ideas, y quisiera estimular en ustedes las preguntas al término de las exposiciones, para llegar a la discusión de esta problemática en el momento actual del país, y tal como puede ser vista por aquellos que tienen una experiencia distinta a la nuestra.

Dr. Borini: —Les quiero leer una frase para después entrar en tema: “Pese a contar con los beneficios de un marco constitucional y de algunas medidas en el campo de la tecnología que se tomaron al principio de esta gestión de gobierno, nuestros problemas más graves en este área de la salud no mejoraron sustancialmente”. Esta frase es polémica en sí —y la largo como tal— y trae a cuento justamente el tema de la polémica (porque después hay que sustentar esta afirmación), que tiene mucho que ver con una mesa redonda. Tal como se ve en cualquier tratado de dinámica grupal, al encarar los temas de enseñanza-aprendizaje se le asignan a las mesas redondas un papel polemizador, tanto es así que se busca que haya diferencias, y que esas diferencias puedan ser encontradas por el auditorio, incluso confrontadas con el auditorio, y superadas en un diálogo común. Precisamente la polémica tiene un espacio especial dentro de una sociedad que quiere construir una democracia justamente porque está aprobando este tipo de disenso.

Dentro de esa frase general que mencioné al principio, quiero meter 4 áreas: medicamentos, tecnología, biotecnología e informatización en salud. Me voy a referir fundamentalmente a los dos últimos temas; el resto de los panelistas están en mejores condiciones para dar la información que ustedes necesitan de los otros puntos.

Quiero dar un primer marco de referencia que creo que les cabe a los 4 campos, y es que nosotros nos encontramos todavía dentro del viejo orden internacional, y en él ya estamos penetrados a través de mecanismos que no son los de colonización previos a los de la Segunda Guerra Mundial, sino que son los neo-

coloniales: a través de la penetración cultural, en su momento la peneración tecnológica y, actualmente, la dependencia creada a través de la pseudo deuda externa. En este campo de la división internacional del trabajo —que no es una división acordada, sino que es una división fruto de la explotación de unos por otros—, Europa no se ha marginado, sino que últimamente, a través del Proyecto Eureka (que define 4 grandes áreas: energía, alimentación, condiciones de vida y ambientales, e investigación básica —y verán que algunos de estos temas tienen una gran vinculación con el de salud-enfermedad), se define una posibilidad de que Europa ocupe algún furgón de este tren de la tecnología que estaba perdiendo y que ahora recupera. Este tren estaba encabezado inicialmente por Estados Unidos y por Japón. En el Proyecto Eureka (como en cualquier otro proyecto de los países centrales, los países del Tercer Mundo no figuran), las cuatro áreas que mencioné se reparten para el trabajo entre la Comunidad Económica Europea, y agregan a Japón, Canadá y Estados Unidos. Y el papel de los países del Tercer Mundo parecería ser, dentro de la óptica que sostiene esta vieja división internacional del trabajo, el de proveedores de materias primas (léase: deterioro de los términos de intercambio, o sea perder en la comercialización porque cada vez nuestras materias primas valen menos), el de financiadores (léase: deuda ilegítima, sobrefacturación de importaciones, y otros tipos de fugas de capitales), el de consumidores de tecnología (léase: importación acrítica, compra de obsolescencia), promover cierto tipo de investigación clínica (léase: convertimos en banco de prueba, importar riesgos que son exportados de los países centrales), tener mano de obra calificada y económicamente accesible (léase: servir para la explotación del recurso humano por parte de las empresas que no quieren pagarlo en origen).

Sobre estos cuatro temas se pueden hacer muchos análisis y propuestas, pero voy a pasar a una etapa más bien diagnóstica del tema de biotecnología y de informatización en salud, que me parecen novedades que pueden interesar más. Acerca de las cuatro áreas en general, quiero agregar que en lo legal seguimos teniendo vigente la ley 22.426 de 1981, que es modificatoria de otra ley de la dictadura del año '77. Estas dos leyes determinan que la regulación de precios de la tecnología se establece por el mercado (contrariando lo que ya se ve en todos los artículos, que atribuyen una importancia creciente al Estado en esa regulación). Durante la vigencia de estas leyes, las regalías aumentaron 10 veces; las regalías son pagos de tecnología transferida a través de conocimientos o procedimientos, por parte del receptor al proveedor de la tecnología, que generalmente se hace sobre un porcentaje de las ventas. Estas regalías que tanto aumentaron, estaban fundamentalmente concentradas en empresas del mismo grupo económico; quiere decir que había una "carterización": un acuerdo interempresario para girar divisas de la subsidiaria a la central, a través de regalías absolutamente cuestionables, pero permitidas legalmente por esta ley vigente.

Otra ley vigente en nuestro país es el decreto 732 del año '72, por el cual se siguen importando todavía equipos sin una política de regulación clara; esta ley permite que las Fundaciones traigan equipos al país, siempre que atestigüen su

carácter de sociedades sin finalidad de lucro, pero es sabido que van a parar al sector privado, a veces a los 5 años (como así lo establece la ley, porque dice que pueden ser vendibles a los 5 años), pero en otros casos van a parar al día siguiente del que vienen o —desde el lugar de la Fundación—, cumplen servicios para entidades privadas, vendiendo los diagnósticos y los tratamientos que con esos equipos se hacen.

En estos campos, no hay cambios sustanciales en los viejos defectos: el monopolio farmacéutico, la mala distribución de la tecnología en nuestro país (sobre todo cuando hablamos de áreas rurales y áreas urbanas), la compra de obsolescencia, la mala utilización de todos estos equipos. Como decía Cristóbal, todo esto va en desmedro de lo que puede ser Atención Primaria, porque en algún lugar se están perdiendo los recursos que se necesitan en otros lados. El objeto de nuestra crítica podría ser el gobierno, pero creo que hay que ser más justos y pensar también en otras entidades: las asociaciones intermedias (gremiales o científico-técnicas) que suelen omitir la autocrítica y critican despiadadamente al Estado, pero no hacen ningún esfuerzo serio de autodepuración, y tienen adentro todas las miserias del sistema de salud, o al menos las conocen; uno no ve que esas asociaciones intermedias, que podrían ser protagonistas, contribuyan a la depuración del sistema. Por supuesto que hay excepciones.

Entrando en el tema de la Biotecnología, cabe aclarar que ésta es una práctica muy vieja, centenaria (servía para hacer queso, yogurt, vinos y cervezas) y fue absolutamente sobredimensionada cuando comienza la nueva Biotecnología (alrededor del año '75), con la aparición de la Ingeniería Genética. Con la Ingeniería Genética, la Biotecnología tan clásica, pasa a hacer esta revolución en el campo de la tecnología. Cuando digo "sobredimensionada", me refiero a que no ha obtenido los productos que profetizaban para esta época. Fundamentalmente, la Biotecnología es una disciplina que conjuga a varias otras (la Bioquímica, la Ingeniería, la Genética, la Microbiología, la Biología General, etc.). Busca una producción —en escala industrial—, de productos que se puedan fabricar en reactores biológicos; productos tales como antígenos, anticuerpos, hormonas, vitaminas, interferón, quimioterápicos antitumorales, etc. Lo hacen a través de la coronación, o sea: se apoderan de una parte del gen, que permite la reproducción proteica, pero lo sacan de la estructura natural que contenía el gen (que sería un ácido ribonucleico, un ácido desoxirribonucleico) y lo colocan en un vector que puede ser micro-inyectado en una célula de altísima reproducción, donde ese gen va a reproducir una determinada proteína, pudiendo llegar a hacerlo en escala industrial. Así, en los reactores tendríamos estos micro-organismos, que serían los huéspedes, donde esas partes que contienen el gen han sido incorporados (podrían ser reactores de células vegetales, de células animales, o de sus mismas partes). En todo este proceso tiene mucha importancia la enzimología, porque es la que sirve para partir al ácido ribonucleico, el ácido desoxirribonucleico en pedazos, y obtener esa partícula pequeña, que es la que realmente se quiere aislar para incorporarla en el vector y luego en el huésped.

La situación actual es que estas experiencias se encuentran en escala piloto;

de ninguna manera adquirieron escala industrial (hay alguna excepción, como por ejemplo la de la insulina). Esto confirma que estaba sobredimensionada, cuando nació. En el caso concreto de la Ingeniería Genética, hay graves obstáculos para conseguir un huésped del cual se puedan aislar fácilmente las proteínas producidas; por ejemplo, si la *Escherichia coli* es el huésped más usual, su gran capacidad de reproducción, permite que genere proteínas que le han sido ordenadas desde la partícula genética que le fue micro-inyectada, pero resulta que la *Escherichia coli* produce proteínas inactivas o de difícil aislamiento; han sido sustituidas por otras, pero no se llega a solucionar el problema del huésped. En los animales transgénicos, se logra que uno pueda tener una gallina chica que ponga huevos grandes, o sea, se logra alterar el tamaño y el volumen de los animales, de tal manera que sean mayores o menores, según la conveniencia del productor; todo esto en busca de un desarrollo industrial avanzado. Lo que sucede es que es prácticamente impredecible qué va a pasar con cada experiencia transgénica, agravado por el hecho que los animales suelen tener una vida muy breve. O sea, que esto también está en una etapa infantil de desarrollo.

En cuanto a las células vegetales, en este tipo de reactores que comentaba al principio, se pueden producir productos que se utilizan en la farmacoepia, como atropines, coporamín, etc. Hasta ahora, son conocidos no más de 5 productos de los que se pueden producir por este mecanismo biotecnológico, y es relativamente poco rentable, comparado con lo que los biotecnólogos y las empresas de Biotecnología creen que van a poder conseguir a largo plazo a través de la producción con células vegetales, de aditivos alimentarios y de cosméticos. El mercado de aditivos alimentarios (conservadores, edulcorantes, ablandantes, espesantes, reforzadores del gusto, colorantes, aromatizantes, etc.) y el de cosméticos, son mucho más importantes como posibilidad de explotación —en este momento— que el mercado farmacéutico. Así que, a breve plazo y por lo menos en lo que a células vegetales se refiere, tampoco la Biotecnología va a aportar mucho en la producción de la farmacoepia, puesto que estará más bien destinada a los aditivos alimentarios.

Podría citar otro tipo de productos (sondas moleculares, por ejemplo), donde también se observa algún tipo de fracaso o dificultad que muestra este sobredimensionamiento inicial de la Biotecnología. Sin embargo, hay que cotejar esto con lo que está pasando a nivel económico empresarial. En el año 1980 había unas 220 empresas pequeñas de Biotecnología en Estados Unidos.; hoy esas 220 empresas pequeñas están contratadas por grandes corporaciones, que hasta este momento no se habían metido con la Biotecnología, y quienes cubrieron el riesgo inicial de esta empresa de investigación fueron esas pequeñas que quebraron en su gran mayoría, o ahora son contratadas por las grandes corporaciones. Estas han hecho lo que dice la Fundación del City Bank textualmente: “una selección natural darwiniana” en el mundo empresarial norteamericano de la Biotecnología.

La inversión de pasar de pequeñas empresas y muchas, a grandes y muy pocas, esta concentración del mercado, no ha sido casual; en 1985, las ganancias de

la Biotecnología triplicaron las inversiones que esas grandes empresas habían hecho durante 5 años (de 1980 a 1985). Para dar una idea de la concentración que tiene este mercado, sepan que si nosotros tomamos el mercado mundial de enzimas, el 70% está en manos de dos empresas; estas enzimas (como la retrotranscriptasa, las ligasas, etc.), son muy importantes, porque sirven para cortar y para pegar el ADN y el ARN. Los que se están metiendo en el área de la Biotecnología no son solamente los que vienen del área de la salud ni vinculados a ellos. Además de grupos farmacéuticos norteamericanos y japoneses, están empresas químicas e incluso petroquímicas (Dupont, Monsanto, etc.). El auge económico es tal, que en este momento están cotizando en la bolsa en Estados Unidos, 5 empresas de Biotecnología; eso habla de que se ha convertido en un buen canal para un inversor. Desde los mismos países centrales, se afirma en sus publicaciones, que en el año 2000 las corporaciones controlarán el mercado químico, el farmacéutico, el agroalimentario y el biotecnológico, a semejanza de lo que ocurre en otras tecnologías de punta como la informática, la robótica y las telecomunicaciones.

Para los países del Tercer Mundo hay algunas propuestas que hacen desde los países centrales: dicen que si los países del Tercer Mundo tienen el problema del hambre, se podrían dedicar a hacer biotecnologías muy selectivas, como por ejemplo aumentar la proteína de los porotos. Acá uno tropieza con un déficit estructural muy importante, porque siendo la Argentina uno de los países del Tercer Mundo que más investigación y desarrollo tiene, en relación a su Producto Bruto, tiene 10 veces menos que Estados Unidos; tenemos por eso un déficit estructural demasiado grande como para encarar por nosotros mismos, con autonomía y en este momento, este tipo de investigaciones. De manera que sería más probable esperar que los norteamericanos sean en el futuro los que coman los porotos con más proteínas. Pasa un poco como con salud: uno ve que los rubios del norte son cada vez más grandes y son los que menos trabajan, en cambio los bolivianos son cada vez más chicos y son los que más aportan materia prima; esto lo describe muy bien Milton Terris: la contradicción no sólo afecta a la enfermedad, sino que también afecta a la salud.

En informatización se va dando el mismo fenómeno. Nosotros estamos muy contentos de poder informatizar nuestro servicio de salud, y a lo mejor nos estamos dando cuenta que el mismo problema que se veía en tecnología, en medicamentos, en biotecnologías, se está observando en el mercado informático. Estados Unidos está controlando el 60 por ciento de los bancos de datos; en 1983 eran 1.026 bancos de datos, de lo que resulta que Estados Unidos tiene más de 600 bancos de datos. La ambición de los países centrales es construir una red mundial y centros mundiales de informática. La Argentina no está ausente de los mecanismos oligopólicos: según la Secretaría de Estado de Ciencia y Técnica, en el año 1985, dos contratos de informatización en nuestro país, sumaban el 72 por ciento del total de contratos de informática (que suponía más de 50 contratos). Nosotros tenemos un déficit estructural en esto, al igual que en Biotecnología, porque los países centrales hacen el 98% del gasto mundial en

investigación y desarrollo; les queda el 2 por ciento a los países del Tercer Mundo.

Con respecto al tema de la salud, en 1985, la Secretaría de Comercio de Estados Unidos editó un libro por el cual se ponía al tanto a todos los que lo adquirían, del conocimiento íntimo del mercado argentino. He tenido en mis manos ese libro y realmente he envidiado que no tuviéramos un libro argentino con semejante información. La información la recogió la empresa publicitaria R.G., de la calle Carlos Pellegrini, y apareció una cantidad de gente a proporcionar información, que sirvió para armar ese libro en inglés. La idea es que, con el tiempo, las encuestas no van a ser necesarias, porque si se construyen las redes mundiales y los centros mundiales de informatización, bastará apretar un botón para tener en una consola toda la información del mercado de salud en la Argentina. Uno podría tomar en esto la advertencia de Mitterrand en 1979, en Francia: "almacenar un banco de datos extranjero, aumenta la dependencia de voluntades ocultas y exteriores".

Se está mirando con mucha ingenuidad el tema de la informatización hospitalaria en la Argentina; por supuesto que es muy incipiente (algunos lugares privados tienen algún desarrollo en este campo), pero creo que vamos tan a ciegas como en otros campos, y que estamos dando la posibilidad de que en vez de volver a la ilusión de Alvin Tofler (la vuelta al hogar, la familia unida, todos a casa con la computadora) y tener un trabajo independiente con la computadora, nosotros alimentamos estas redes y centros mundiales de informatización, que van a trabajar mucho menos haciendo encuestas y no obstante van a tener al día el conocimiento íntimo de cómo estamos gastando, qué medicamentos estamos usando, qué capacidad hotelera de sanatorios tenemos, de qué manera se puede competir trayendo capitales a la Argentina, etcétera.

La diferencia de tecnología que hay en informatización queda expresada en este dato: dos empresas de Europa (T.S.S. y Data News) tienen una velocidad de procesamiento de palabras 150 veces superior a la de todo el Tercer Mundo junto. O sea que ellos pueden procesar 30 millones de palabras por día, contra 200 mil nuestras. Y creo que este también es el tamaño de nuestra ingenuidad cuando tomamos el tema de la informatización y queremos informatizar la salud sin tomar mínimos recaudos, que los países centrales sí toman, a través de las legislaciones, para proteger las libertades individuales en las centrales de computación, de manera que una persona que dé datos, no vea que después su vida privada está manejada a través de este tema. También nosotros deberíamos tener cautela, no solamente para proteger las libertades individuales sino también las libertades públicas y la construcción de las libertades de un país.

Dr. Battellino: —En una exposición de hoy por la tarde se dijo que hacia mediados del presente siglo, irrumpía a nivel mundial un fenómeno que, si bien no era nuevo, adquiría dimensiones realmente preocupantes, y era el del Modelo Médico Hegemónico. Además de las características del mismo que se mencionaron en esa oportunidad, con lleva otra que es el uso abusivo e indiscriminado de

medicamentos. Esto ha dado lugar a lo que algunos autores definen como el proceso de medicamentación de la salud, o de la atención médica. Es cierto que hay variaciones de tipo cuantitativo según las diferentes sociedades, pero este es un fenómeno de características mundiales.

Las razones por las cuales los medicamentos son consumidos cada vez en mayor cantidad, son atribuibles, en primer lugar a lo que uno podría definir como el valor intrínseco de esta tecnología; esto está vinculado a la capacidad potencial que tienen muchos medicamentos y otras formas de tecnología médica, de servir como instrumento de diagnóstico o de tratamiento para las enfermedades. Podemos comprobar que en el curso de los últimos años, 8,5 de cada 10 consultas médicas terminaban en una prescripción de medicamentos; téngase presente que en muchos casos esas consultas eran de carácter psicológicas, cuando no para pedir que se actualizara la receta de anteojos. El tercer rasgo, del cual dependen los anteriores, es el que deriva del valor de cambio que tienen los medicamentos y la tecnología en general. En las sociedades con economía de mercado como la nuestra, los medicamentos, las acciones médicas, y la tecnología en general, se presentan mercancías, de cuya producción, distribución, dispensación y utilización devienen ganancias. Téngase presente que los medicamentos, como parte de todo el mercado tecnológico mundial, representan anualmente un volumen de ventas que oscila entre los 80 y 90 mil millones de dólares. En los países del Tercer Mundo, donde está radicada tres cuartas partes de la población, se consume alrededor del 15% de la producción total de medicamentos; y en estos países, la terminación de medicamentos oscila entre el 4 y el 12% del total. Esto quiere decir que en el balance comercial de medicamentos, hay siempre un valor deficitario para los países del Tercer Mundo, que expresado en términos de dinero, le significan la exportación de alrededor de 20 a 25 mil millones de dólares. Se trata de un sector industrial y comercial que maneja evidentemente cifras importantísimas de dinero. Téngase presente que, a nivel mundial, la producción de medicamentos en los últimos 15 años, ha ocupado durante 10 años el primer puesto en el ranking por el volumen de ventas y principalmente por el margen de ganancias; en 4 años ocupó el segundo lugar y en 1 año estuvo en tercer lugar. Es decir, nos estamos refiriendo a un mercado que produce mayores ganancias que el referido a combustibles, armamentos y a electrónica.

La prescripción de medicamentos no es un fenómeno de distribución uniforme; existen importantes variaciones que en última instancia están subordinadas a la capacidad compradora de la población, pero en general podemos asegurar que la prescripción de medicamentos es mucho mayor en los servicios de atención médica de propiedad privada que en aquellos dependientes del sistema de seguridad social y del subsector público; y en general, ese consumo es tanto mayor cuando existen terceros pagadores, como son las obras sociales, que van a reconocer y cumplimentar lo adeudado.

¿A qué se debe este fenómeno de medicamentación que hoy preocupa tanto al país, y que está consumiendo alrededor del 50% del gasto total en salud? Diríamos que hay un orden jerárquico de responsabilidades: en primer lugar, las

empresas productoras de medicamentos, que en este momento en el país han dominado con carácter casi monopolístico el mercado. De las 150 empresas que todavía permanecen en funcionamiento, 8 controlan la producción y venta del 82% de los medicamentos; y de esas 8 empresas, 7 son extranacionales. Un segundo responsable es el Estado, que pese a las distintas variantes que ha asumido en los últimos 25 a 30 años, se ha mostrado hasta ahora incapaz de imponer una política de contralor que implique un seguimiento desde la producción hasta el consumo de los medicamentos. En tercer lugar, tienen responsabilidades las universidades e institutos superiores, que lejos de aportar información referente a los aspectos útiles, y al mismo tiempo las prevenciones y recaudos con el uso irrestricto del medicamento, han dedicado la mayor parte de su esfuerzo al desarrollo de proyectos científicas y a la formulación de propuestas educativas totalmente desvinculadas de nuestra realidad. Las universidades son responsables de que los estudiantes vinculados al campo de la salud, egresen sin los conocimientos útiles y prácticos en el campo de la farmacología; se pierden muchas horas en enseñar estructuras, mecanismos de acción, interacciones físico-químicas, y no se advierte con debida claridad el peligro que conlleva la aplicación no racional de los medicamentos. También tienen responsabilidad los profesionales del arte de curar, comenzando con los médicos que, producto de esa formación irracional, reproducen un modelo que en última instancia, les significa una quita del salario que deberían percibir. Nosotros hemos dedicado algún tiempo a analizar este fenómeno, y nos hemos preocupado por averiguar cuál es la información farmacológica que tienen los médicos, cuál es la opinión clara que poseen al respecto. Y a través de una encuesta que realizamos en la ciudad de Córdoba, pudimos comprobar que el 71% de los profesionales médicos recibe información farmacológica de los índices de especialidades medicinales, y de información provista por los fabricantes, especialmente la primera (Vademecum Valory, el D.P.F., etc.). La propaganda médica ha influido de tal manera que, interrogados acerca de la prescripción de medicamentos nuevos, con menos de 2 años de aparición en el mercado, el 53% de los médicos dice que los prescribe con frecuencia, el 22% dice que excepcionalmente, y solamente el 9% aclara que nunca los prescribe porque no dispone de la suficiente experiencia. El problema de la información farmacológica y terapéutica, no depende tanto del origen, sino de la calidad de la misma. Evaluando el formulario terapéutico de uso común —el Vademecum Valory—, hemos encontrado que solamente el 10,5% de los productos incluidos disponen de una muy buena información (es decir que consignan con claridad los usos, las indicaciones, las contraindicaciones, fenómenos tóxicos, reacciones colaterales); con información regular, mala o inaceptable, figuran el 78% de los medicamentos incluidos en ese formulario. Cuando se consultó a los médicos acerca del valor terapéutico intrínseco, se encontró que el 50% asume valor alto o relativamente alto para todos los medicamentos, que sólo el 11% de los médicos considera inaceptable a un grupo restringido de medicamentos, el 47% de los médicos todavía conceden alto valor terapéutico a los vaso-dilatadores cerebrales, a los hepato-protectores y a los

hipo-glucemiantes orales, cuya idoneidad farmacológica está sumamente cuestionada.

Es cierto que existe una información doble, donde por un lado, en los países que tienen control en la distribución y uso de los medicamentos, se especifican todas las características de los productos que circulan, en tanto que en los países del Tercer Mundo se minimizan los efectos adversos y se amplifican las indicaciones y cualidades de los medicamentos. Para citar nada más que un ejemplo, en la Revista *Journal of Clinical Investigation*, en la contratapa figura una propaganda de diazepam (es decir, del Valium conocido en este país) y entre las reacciones adversas, fenómenos colaterales y contraindicaciones aparecen 42 advertencias; en nuestro país, la propaganda del diazepam se limita a 5 advertencias. Es cierto que el Estado ha desatendido su función de contralor; lo ha hecho históricamente y —con algunos amagues—, lo sigue haciendo hasta ahora; esto ha posibilitado que año a año se vayan incorporando varios cientos de nuevos medicamentos al mercado nacional, en su mayoría propuestas que no tienen ventajas verdaderas respecto a productos ya conocidos; que son simples cambios de dosis, de formas de administración, de vehículo. Fíjense que en 1983 se incorporan al mercado farmacéutico argentino 2.300 nuevos productos, mientras que en ese año, en Estados Unidos, se autoriza la circulación de 14 productos nuevos, y entre esos productos recién se acepta la circulación del *Piroxicam*, que nosotros veníamos usando como la panacea farmacológica desde hace 4 años atrás. Creo que es inagotable la posibilidad de mención de productos que nuestros profesionales prescriben rutinariamente y que en otros países del mundo tienen circulación restringida, aplicaciones precisas, cuando no están proscriptos. Para mencionar un sólo ejemplo: la dipirona está desautorizada en Estados Unidos, Alemania Federal y Alemania Oriental, Italia, España, Francia, Suecia, Chile... y nosotros tenemos, circulando libremente, 67 productos que contienen dipirona. Evidentemente, el problema de un medicamento no es sólo médico, es también un problema económico y político; y por lo tanto, las respuestas a esta realidad del medicamento tienen que ser integrales. Creo que, en lo que hace específicamente al aspecto vinculado a eficacia y seguridad de los medicamentos, un paso importante —sin prescindir de respuestas en otros terrenos—, se está dando a través de la aplicación en algunos sectores del Formulario Terapéutico Único. Creo que esa es una propuesta que en un marco de política nacional de salud con justicia social, donde el Estado asuma el rol de productor, fiscalizador y controlador, puede dar muy buenos dividendos. Sobre este aspecto en particular, se va a explayar el otro integrante de la mesa.

Dr. Raña: —Mi exposición va a ser en parte continuación de lo que en parte expresaba el Dr. Battellino, porque nuestra actividad en la Confederación Médica de la República Argentina desde hace por lo menos unos cuantos años, está dirigida fundamentalmente a lograr el uso racional del medicamento, entendiéndose por tal, no sólo que el paciente reciba los medicamentos indicados, sino que los reciba en la cantidad y calidad suficiente, y al menor costo posible. Este

uso racional exige la acción conjunta de una serie de elementos que se tienen que dar para que ese uso racional sea tal: el Estado, la industria farmacéutica, las ligas de consumidores, la población (entendemos que es fundamental para la utilización racional del medicamento, que la población esté realmente al tanto de lo que está ocurriendo con el medicamento, y las medidas que se pueden proponer para que sea utilizado racionalmente).

El derecho a la asistencia farmacéutica comprende dos fases: la correcta prescripción por el médico, y la adecuada dispensación por el farmacéutico. Ese derecho a la asistencia farmacéutica tiene varios condicionantes; uno está dado por la propia naturaleza del medicamento, que se ha convertido en un bien de consumo, inserto en una sociedad de consumo; el segundo condicionante es el modo como se ofrece a la población ese derecho, modo que no reconoce parangón con los otros elementos también insertos en la sociedad de consumo: Es habitual que quien quiera comprarse una camisa, va y elige la camisa, y no tiene ningún problema en elegir la calidad y el precio de la prenda que más le agrade; en cambio, en el mercado del medicamento, el consumidor final, está representado por 3 elementos: el médico que prescribe, y que habitualmente no conoce ni la calidad ni el precio de lo que prescribe, el paciente, que ingiere, y que muchas veces tampoco conoce lo que está ingiriendo, y la administración central que en última instancia es la que paga. Estos son los elementos condicionantes que hacen que el medicamento como tal, no pueda estar sujeto a las leyes del mercado, y que deba pensarse realmente en una forma distinta de lograr que la población acceda a lo que reconocemos, como el derecho a la prescripción.

Como recién decía el Dr. Battellino, entre los elementos condicionantes de esta prescripción, está fundamentalmente la actividad del médico, a la cual me voy a referir, en primer lugar por ser representante de la actividad médica, y porque pienso que en este sentido tenemos que hacer un "mea culpa". Todos sabemos que la prescripción del medicamento está promovida por los laboratorios, por medios que no voy a detallar aquí pero que todos conocemos, y todo esto ha llevado a las anomalías a las que el Dr. Battellino se refería recién. Y a través de esas anomalías se llegó a una situación que hace que en nuestro país, los medicamentos más vendidos —a fines de 1987— sean el Lexotanil, el Amoxidal, el Sertal, la Trifacilina, el Taural, el Polper, el Lotrial, el Total Magnesiano, el Atlansil, el Lofton, la Idergina, el Adalat, la Bayaspirina, la Buscapina, el Bolterén, el Flexicamín, la Novalgina y el Reagin. Como ustedes podrán ver, en este listado de 20 medicamentos, que son los 20 más vendidos en nuestro país, hay algunos que no podrían figurar en ningún Vademecum del mundo, y que hacen que el gremio médico tenga que sentirse avergonzado, porque cada vez que nosotros hablamos con las Cámaras del Medicamento, ellos dicen "Nos atenemos a lo que los médicos piden, ¿ustedes les van a hacer cambiar el hábito de prescripción a los médicos?". Esta falsedad ideológica que utilizan los laboratorios, ellos la conocen muy bien, y es justamente el elemento que tenemos que tratar de modificar todo el cuerpo médico, para llegar a lograr un uso racional del medicamento. Lamentablemente, la propaganda del medicamento es el prin-

cial promotor de la venta y la utilización de esos medicamentos. Ya en una publicación que hizo el Dr. Rovere de Rosario —profesor titular de Farmacología— sobre la propaganda médica argentina como factor de intoxicaciones; se hace referencia a los prospectos que acompañan a los productos medicamentosos, diciendo que es criminal recetar basándose en la propaganda médica, ya que la misma provee datos falsos, inventa utilidades que la droga no tiene, y omite efectos indeseables. Estaba buscando recién una cita de un inglés que decía que así como la guerra era algo muy difícil para dejarla en manos de los militares, la prescripción del medicamento y la política del medicamento, también es muy difícil como para dejarla exclusivamente en manos del médico. Entendemos que aquí hay una serie de factores que tienen que intervenir para tratar de evitar fundamentalmente la medicalización de la población; cuando ustedes comprueban que el medicamento de más venta en el país es el Lexotanil, comprendemos certeramente a qué nos referimos cuando hablamos de medicalización de la salud; es decir, el individuo que está acosado por sus problemas económicos, por sus problemas de alimentación, no encuentra nada mejor que solucionar su problema con un comprimido de lexotanil (que empezó fabricándose de 1 miligramo y medio, siguió de 3, luego de 6 y ahora creo que está en los 12 miligramos), lo que nos da la pauta de lo que está ocurriendo con los tranquilizantes, así como con otros grupos terapéuticos.

Le comentaba hoy a Cristóbal que venimos de una reunión con el PAMI, donde se está tratando de implementar un formulario terapéutico, y donde no han encontrado nada mejor que poner en la comisión —junto con los médicos, la C.G.T., las Confederaciones de Jubilados— a la industria farmacéutica. Nos encontramos con que está la industria farmacéutica sentada a la misma mesa que nosotros, y el PAMI nos pasa justamente la estadística de los medicamentos de mayor consumo para nuestros jubilados; aquí vemos —horrorizados— que la primer franja terapéutica son los medicamentos del aparato cardiovascular. Pero el 42% de los medicamentos cardiovasculares en venta son los vaso-dilatadores cerebrales y los vaso-dilatadores periféricos; los cardiotónicos no alcanzan más que a un 11%. Con esto, ustedes ven prácticamente las anomalías que la prescripción ejerce en nuestro país. Cuando esto se lo planteamos a los laboratorios, aducen lo que les decía antes: que si los médicos prescriben, uno no les va a cambiar el hábito de prescripción a 70.000 médicos. Estas son las argumentaciones de las que se vale esta pseudo-industria para continuar con sus procedimientos, que son los que hacen que hayamos llegado a la situación actual.

Estas alteraciones en la prescripción, han llevado a un consumo tremendamente exagerado en medicamentos; en la actualidad gastamos 1.800 millones de dólares anuales, lo que hace la friolera de 60 dólares por habitante por año. Si cada habitante tuviera estos 60 dólares, perfecto, pero en la realidad nos encontramos con que hay algunos que consumen 320, y tres que no consumen ni un dólar. El otro problema son los grupos terapéuticos en los que ese dinero se está malgastando.

En cuanto al hábito de la prescripción en el médico, quisiéramos hacer hinc-

pié en este tema, porque pensamos que es necesario que sea perfectamente estudiado en nuestro país, y salvo el estudio que mencionó el Dr. Battellino, que es similar a otro que ha hecho el Dr. Pérez Cortéz en Córdoba, no hay estudios de epidemiología o consumo de medicamentos en nuestro país. Creo que recién ahora los médicos hemos tomado conciencia de lo que está ocurriendo, del dinero que se está gastando y del daño que le estamos produciendo a la salud de la población, a instancias de la industria. Estos estudios epidemiológicos son moneda corriente en otros países, y aún en aquellos países que los laboratorios medicinales nos presentan como un modelo, hemos encontrado cada vez más frecuentes estudios epidemiológicos y de control de la utilización del medicamento.

Quería recordar acá las palabras de un médico, que, como colofón de su consulta, la explicaba al paciente: "Perfecto, señor Pérez, lo he revisado, lo he interrogado, y veo que el suyo es un caso para diazepam; le vendría bien un poco de nerviosismo". Es decir, cómo los médicos condicionamos nuestra prescripción a la propaganda médica y a los medicamentos en boga.

La Confederación Médica citó a un grupo de farmacólogos tanto de Buenos Aires, como de Rosario y La Plata, que constituyeron un primer Formulario Terapéutico, que después se amalgamó con distintos formularios terapéuticos existentes en el país (uno de Misiones, otro de Mendoza) y con el trabajo que ya venía haciendo desde hace años la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires sobre el mismo tema. Con ese Formulario Terapéutico, la Confederación Médica comenzó a actuar en los organismos gubernamentales, entendiéndolo que no es útil sólo declamar la necesidad de una Ley de Medicamentos o de un decreto que establezca el Formulario Terapéutico. En nuestra experiencia les podríamos citar resoluciones y decretos, como la resolución del 18/5/78 del I.N.O.S., que dice: "Considerando que se ha hecho imprescindible disminuir la incidencia del gasto farmacéutico en el presupuesto de las obras sociales, es de urgente necesidad restringir al máximo la prescripción de recetas oficiales, sin desmejorar la calidad... .. Deberá elaborar un Vademecum con no más de 400 productos; deberá expedirse en el plazo de 120 días". Hay también una resolución del Ministerio de Bienestar Social de 1983 (supongo que ha de ser durante la época del Proceso), y dice: "Desígnese una Comisión integrada por representantes de la Confederación Médica... .. para que en el plazo máximo de 60 días implemente la forma de llevar a la práctica la utilización de un Formulario Terapéutico...".

Nosotros pensamos —en función de estos intentos que hubo— que recurrir a las autoridades exigiéndoles la implementación de un Formulario Terapéutico, no tendría ningún efecto; las autoridades, a lo sumo hubieran aceptado su implementación, y ahí hubiera quedado todo, porque entendemos que el problema de la correcta prescripción médica tiene que estar en el médico y tiene que ser él quien posibilite la concreción de este elemento, actuando fundamentalmente a nivel de base (con la población, entre los médicos).

Cuando en un primer momento fuimos a ver al Dr. Neri con nuestro Formulario Terapéutico recién confeccionado, el Dr. Neri formó dos comisiones:

una por Resolución Nº 22 y otra por Resolución Nº 31; en la primera estuvimos discutiendo como 8 meses, porque la resolución decía textualmente que había que controlar qué incidencia iba a tener la aplicación del F.T. en la industria farmacéutica nacional, y no encontré nada mejor que formar una comisión de la que participábamos los médicos, los farmacéuticos y la industria farmacéutica. Por supuesto que cuando nos enteramos de eso, y luego de discutir durante 8 meses, le referíamos que era como llamar a los zorros para alambrear los gallineros, porque no había ninguna posibilidad de llegar a ningún acuerdo. Esa comisión produjo un despacho en minoría —entre la Confederación Farmacéutica y la Confederación Médica (y estuvimos persiguiendo por los pasillos de los Ministerios a los representantes del I.N.O.S., de las obras sociales provinciales y a los del Ministerio para firmarlo)— que dice concretamente que "...creemos difícil, dadas las diferencias de interés en el corto plazo y el enfoque que las Cámaras de la Industria Farmacéutica han dado al tema, emitir un despacho unánime sobre la cuestión, la persistencia en no ofrecer alternativas ni estimar su posible reconversión para adaptarse a un F.T., a pesar que el mismo, con diferentes variantes se encuentra ya de hecho aplicándose en algunas jurisdicciones del país..." etcétera. En última instancia, el dictamen en minoría lo que manifestaba era la imposibilidad de poder llegar a un acuerdo estando las Cámaras de Productos Medicinales en una comisión. De cualquier manera, COMRA fue tratando de aplicar el F.T. a distintos niveles, y hay experiencias puntuales que nos han permitido la concreción del mismo en distintas provincias. La que ha sido líder en una aplicación sistematizada y bien instrumentada del F.T. ha sido Córdoba. Esta provincia ha formado una comisión interministerial, en la que interviene la Facultad de Medicina y las obras sociales provinciales, y eso ha permitido implementar el F.T. en el medio oficial, en la obra social provincial y en el P.A.M.I. Hay otros ejemplos puntuales como Comodoro Rivadavia, Rafaela; ciudades donde ya el cuerpo médico ha establecido la implementación del F.T. por su cuenta. Nosotros, en la provincia de Neuquén, prácticamente hemos logrado que las compras de medicamentos se hagan exclusivamente a través de la utilización del F.T.

La tarea que ha llevado a cabo la Confederación Médica es implementar el F.T., que cuenta con un aval científico de primer orden, desde el momento que su Comisión de Medicamentos está formada por cinco farmacólogos de primer nivel, y tiene además un grupo de expertos —a los que se elevan las consideraciones de las altas y bajas de medicamentos— formado por los profesores titulares de las Facultades de Medicina de todo el país. Como adelanto, les comunico que este grupo de profesores se va a reunir el próximo mes de junio en la ciudad de La Plata, y la intención de todas las cátedras de farmacología que ellos detentan, es la enseñanza obligatoria de la materia Farmacología a través de los medicamentos insertos en el F.T.

Dr. Cristóbal: —Quisiera presentar algunas conclusiones de lo que se ha estado diciendo. El problema de los medicamentos ha quedado expuesto en algunas de

sus características y complejidades. Creo que un hecho sobre el que deberíamos reflexionar es que estamos convocados en esta ocasión para trabajar sobre distintos aspectos de la Atención Primaria de la Salud, y en todas aquellas etapas en las que en estas Jornadas se han abarcado aspectos conceptuales sobre lo que es A.P.S., ha aparecido muy claro cómo la A.P.S. tiene un importantísimo componente de lo que son actividades preventivas en salud; sin embargo, hasta ahora, cada vez que hemos hablado de actividades preventivas en salud, no siempre ha estado puesto el énfasis en que una de las maneras más importantes de hacer prevención en salud hoy en día, consiste en una buena educación a los sectores poblacionales sobre los que trabajamos, y a nosotros mismos, sobre el manejo de los medicamentos.

¿Qué es hacer educación hoy en día? Esto va a variar según las comunidades y según los sectores. Por supuesto que en grandes sectores de nuestro país es necesario hacer importantes modificaciones en su conocimiento de los medicamentos que habitualmente usan, que frecuentemente consumen, y con los que suelen atiborrar sus botiquines. Esta es una actividad preventiva de primer orden en la Argentina de hoy.

Así como destacamos una serie de actividades preventivas en otros terrenos, en el uso racional de medicamentos tenemos un campo ignorado y no suficientemente considerado. Así como mencionamos grandes deficiencias económicas en muchos aspectos que hacen a la salud en nuestro país, creo que tenemos que estar alertas con respecto al tema de los medicamentos porque un gasto de cerca de 1.800 millones de dólares por año, no está diciendo que en nuestro país no existe dinero para el uso de medicamentos, sino que por el contrario, estamos en un despilfarro exagerado, lo cual no implica que este uso tenga algo que ver con las necesidades reales y con el acceso igualitario al medicamento de todos los sectores de la población.

Entonces, uno de los puntos de reflexión que tiene que quedarnos antes de pasar al debate es qué estamos pensando realmente, dentro de A.P.S., como educación en el tema de medicamentos.

Público: —Quiero hacer algunas observaciones y luego una pregunta al Dr. Raña. Soy psicóloga, y hay muchos psicólogos en Buenos Aires que recibimos pacientes en el consultorio, atiborrados de medicamentos, y en general lo que observamos con el correr del tratamiento, es que a medida que la psicoterapia avanza, disminuye la ingesta de medicamentos. Y cuando logramos tener una buena relación interdisciplinaria con un psiquiatra, se va regulando esta medicación hacia lo que el paciente realmente necesita.

Me pregunto si esto de la administración de los medicamentos es solamente un problema de propaganda médica; es cierto que los laboratorios gastan millones y millones en propaganda y regalos, y se desviven para que los médicos vendan sus medicamentos; pero pensaba si esto no es también un problema de la formación médica, si no es un problema ideológico, si no está presente acá la cuestión que mencionaba hoy el Dr. Menéndez, de esta

concepción biológica de la enfermedad. La pregunta sería: ¿qué es lo que están haciendo las organizaciones gremiales médicas para modificar este criterio y para promover en los médicos un trabajo interdisciplinario? porque yo tengo pruebas muy concretas de que el trabajo interdisciplinario disminuye el consumo de medicamentos y realmente protege a la población.

Dr. Raña: —Coincido totalmente con lo que usted expresa; es más, el concepto global de medicalización encierra justamente lo que usted decía. Coincido también en que no debemos reducir todo a la propaganda del medicamento; hay un montón de elementos que están influyendo, desde la formación del médico, hasta su manera de pensar, por supuesto. Pero lo que es evidente, es que cuando usted le da posibilidades al médico de que prescriba, él lo hace. Le voy a dar un ejemplo concreto: el Triazolán, es un tranquilizante, cuya fabricación en comprimidos de 40 mg se prohibió en muchísimos países del mundo por la posibilidad que le daba al paciente de ingerirlo en cantidades muy grandes, con trastornos serios en la conducta; a raíz de esto, le enviamos notas al Ministerio de Salud, y la Secretaría de Regulación y Control emitió una resolución el año pasado, prohibiendo la circulación de esa concentración del medicamento, y lamentablemente dos o tres laboratorios lo siguen fabricando en la misma dosis; es decir que han hecho oídos sordos a esa resolución.

Concretamente referido a los tranquilizantes, se le ha solicitado a las autoridades que —así como se hace en otras partes del mundo— se pueda delimitar la utilización de los tranquilizantes a un corto período de tiempo; hay países donde la seguridad social no le cubre al paciente más de 10 días la utilización de cualquier tranquilizante, y en el nuestro, esa utilización se hace prácticamente de por vida.

Por otro lado, la Confederación Médica lo que está haciendo es publicar un Boletín Farmacológico mensual en el que informa acerca de todas estas actividades y en torno a medicamentos prohibidos en otras partes del mundo.

De alguna manera, lo que tratamos de hacer es llegar al médico a través de ese Boletín Farmacológico, y de alguna forma exigir a las autoridades que cumplan con el deber irrenunciable que tienen de controlar la circulación de medicamentos (que es una obligación que hace rato las autoridades dejaron de cumplir). Entre enero y marzo de 1987 se produjeron —a instancias de la Confederación Médica— 4 ó 5 resoluciones de la Secretaría de Regulación y Control, que recogieron elementos que la COMRA les proporcionó en cuanto a prohibir la circulación de algunos medicamentos. Lamentablemente, desde ese momento no se ha producido ni una sola resolución más, a pesar que le hemos mandado notas permanentemente a la Secretaría de Regulación y Control, referidas a algunas de las drogas que habló el Dr. Battellino y también referidas a la Fenacetina, al Fenformil, y a infinidad de drogas que no es que estén prohibidas en un país, sino en 30 ó 40 países, y en los que incluso previamente se había autorizado su venta. Pero las autoridades han hecho oídos sordos prácticamente a todas las presentaciones que se les hicieron.

Por otra parte, es imprescindible que esta actividad no la cumplamos sólo los médicos, sino también el público en general. Nosotros hemos pretendido contactos con las Ligas de Consumidores, y lo hemos logrado concretamente con una de ellas, que dirige un escribano y farmacéutico de apellido Feldman; en ellos hemos encontrado un eco buenísimo, en primer lugar porque nos traen información de primer agua, y en segundo lugar, porque actúan de forma intensa. Otro grupo en que hemos encontrado una buena respuesta es el de los jubilados, los cuales están realmente convencidos de los problemas que tienen con los medicamentos. Pensamos que, por supuesto, es función del médico esta clase de tareas, pero también es función del médico delegar a la sociedad, y lograr que la población conozca el riesgo al que está expuesta.

Con respecto a las benzodiazepinas, les quería traer un dato con relación a algunos juicios piloto que se han emprendido en Francia y en Inglaterra, contra médicos que las han prescripto y contra las empresas fabricantes. Esto ha salido en los diarios hace 20 ó 25 días; se trata de dos juicios piloto, que en caso de ganarlos la Liga de Consumidores, originarían avalanchas de juicios a las empresas fabricantes y a los médicos que han prescripto esos medicamentos. Por eso pienso que es fundamental la actividad de la población en general.

Público: —Con respecto a la experiencia de Córdoba, quiero señalar algunas cosas. En primer lugar, sobre lo que acaba de decir el doctor acerca de la fundamental participación de la comunidad, la comisión mixta ésa del Formulario Terapéutico no lo ha entendido aún así, y ha hecho una labor más intrínseca con los profesionales. Creemos que hay que acentuar la labor con el conjunto de la sociedad para que lo apoye. En segundo lugar, ya hay un juicio a la obra social provincial por parte de C.I.L.F.A. —y acá aparece nuevamente la falsa discriminación entre si son cipayos o si son extranjeros, de la que hablábamos el otro día, porque la conducta es la misma. Cuestionan la falta de libertad de prescripción y la falta de libertad de comercio; a raíz de esto, a algunos de los que participamos en la parte técnica de la obra social, nos pareció importante requerir la opinión de quienes habían confeccionado el listado de medicamentos esenciales. Cuando hablamos con uno de los expertos que había trabajado en esto, le comentamos el tema y él, sin haber leído lo que aducían, lo reprodujo idéntico ya que —dijo— en todo el mundo hacen exactamente lo mismo. De todos modos, este juicio ha provocado temor en las autoridades de la obra social, y es importante tenerlo en cuenta. Si bien nosotros considerábamos necesario que un 10% de los médicos fuera la masa crítica que empezara a colaborar con el Formulario Terapéutico, los profesionales tampoco colaboraron mucho en principio. Esto requiere una labor constante de esclarecimiento desde todos los sectores. La dirigencia gremial sí lo tenía en claro, y ha luchado bastante. El otro día, en la mesa de Economía y Salud se discutió el tema de la puja entre los sectores de la atención médica. Creo que hay que sacarlo, porque esto es realmente prioritario y es una medida que hay que

apoyar (aunque haya alguna puja entre los que quieran que se gaste menos en medicamentos para que pase al sector de la atención).

En este momento, un grupo de técnicos de la obra social estamos intentando que las autoridades lo tomen como un problema de la sociedad y se discuta públicamente. Es notable como la gente de los sindicatos donde hemos dado charlas, cuando comprende el tema, participa inmediatamente. Nos parece que ésta no es una cuestión técnica, sino una cuestión social y política.

Publico: —Quiero hacer dos preguntas que están bastante relacionadas. Por un lado, ¿por qué es legal la publicidad de medicamentos? (yo pienso que no debería estar autorizada, ni aún la referida a medicamentos de venta libre, porque sabemos que también pueden ser sumamente dañinos; me interesa conocer la opinión de la mesa). La otra es: si los laboratorios privados no tiene como fin la salud, sino el lucro (y por lo tanto sobrefacturan, hacen propaganda), ¿para qué sirven los laboratorios de medicamentos, si encima tenemos que estar creando controles y campañas destinadas a contrarrestar las ditorciones que crean?

Dr. Battellino: —Creo que la posibilidad de desarrollar una campaña promocional referente a productos que tienen autorización para circular libremente es parte de lo que le asiste a todo productor en cuanto a su derecho de promoción a las ventas. La cuestión de fondo está en reconocer —ahora que está tan de moda la ineficiencia del Estado— la incapacidad de este Estado, que ha representado a determinados sectores sociales (porque no es cualquier Estado, ni todos los estados son iguales), para mantener vinculaciones con el capital extranjero. Creo que esta incapacidad del Estado Nacional de poner regulación en cuanto a la admisión, circulación y difusión de medicamentos, es parte del problema global de la dependencia. Y entonces, a un Estado que ha asumido como propia la deuda externa —imposible de pagar e imposible de cobrar—, no podemos pedirle (o mejor dicho no sería racional esperar una respuesta afirmativa) que produzca tal tipo de regulaciones.

A mí me preocupa que en el camino que hemos transcurrido de régimen constitucional, hayan ido quedando algunas propuestas muy válidas de compañeros que asumieron la responsabilidad de desempeñar la función pública. Porque todas estas ideas que estamos reactualizando, ya se las he escuchado a Neri, a Canitrot, y a gente personalmente magnífica, que en el año '83 prometían sacar antes de 1 año y medio la Ley de Medicamentos, generar empresas nacionales productoras de medicamentos con competencia a nivel del mercado latinoamericano; y que hoy, a 4 años de vivir este período de transición, evidentemente no se ha hecho nada.

En cuanto a qué función cumplen o qué aporte brindan las empresas productoras de medicamentos, creo que primero tenemos que hacer una adecuada lectura de la realidad. Y la realidad dice que en este momento el Estado Nacional no

está en condiciones de asumir por cuenta propia la totalidad de la producción de medicamentos, lo cual no quiere significar que sigamos manteniendo este sistema de dependencia. Creo que es necesario formular una política de liberación en medicamentos, que implique, en una etapa inicial, al menos el fraccionamiento y el empaquetado de los medicamentos por parte del Estado. Que éste asuma la capacidad de ente comprador, comprándole al mercado internacional, al mejor ofertante (no sólo en términos económicos sino también en términos de calidad farmacológica). En aquello que el Estado Nacional no cuenta con posibilidades, creo que un segundo recurso es la asistencia internacional: organismos internacionales que tienen un sesgo ideológico han ofrecido aportes tecnológicos (por ejemplo, la O.M.S. brinda la posibilidad de asesoramiento en el campo tecnológico para la producción de medicamentos). En tercer término, todo aquello que no se pudo fraccionar y empaquetar, todo aquello que no se pudo producir por cuenta propia del Estado, es factible que lo desarrollen transitoriamente sectores empresariales privados, pero que respondan a las reglas de juego; y este es un aspecto delicado. Mi temor está vinculado a lo que inicialmente decíamos acerca de que en un país donde día a día los mismos que han destruido al Estado se encargan de desvalorizarlo ante la opinión pública y se encargan de ir rifándolo de a pedazos, no están dadas las condiciones para que el Estado asuma esta actividad.

Público: —Soy médico psiquiatra, y quisiera retomar lo que ha dicho la compañera psicóloga en su pregunta acerca de los pacientes que vienen ya medicados por psiquiatras y que van a consultar a otro terapeuta. Mi forma de trabajar es con la menor cantidad de medicamentos posibles y a través de psicoterapia; pero en mi función de médico, y perteneciendo a una institución, cuando se acerca un paciente, trae una demanda muy grande con respecto a la medicación, viene a que le den “algo”. Me pregunto si esto no está influido por la propaganda, que no únicamente va dirigida al médico sino también al público a través de la televisión y otros medios de difusión, donde con una pastilla para el resfrío uno se descongestiona rápidamente y anda tranquilo; el resfrío (el dolor de cabeza, o lo que sea) desapareció. Creo que es muy importante lo que usted manifestó: alertar —no sé desde qué organismo— acerca de lo nocivo de la medicación para la gente. En Psiquiatría se ve mucho, cómo el paciente que anda mal anímicamente, necesita consumir (el paciente mismo lo demanda). Quiero remarcar con esto, la función social que el medicamento cumple.

Público: —El lunes a la tarde tuvimos una mesa sobre crisis económica y salud y habló Jorge Katz planteando la puja distributiva, cómo se reparte la torta, las fracciones cada vez más pequeñas. A mí me dio la impresión que su mensaje era tremendamente agnóstico; él decía, más o menos, “están todos en falta”: los medicamentos, porque se venden demasiados medicamentos innecesarios; los médicos porque sobre-atienen; las clínicas porque

sobrefacturan. Es una visión demasiado neutral. El último número de la revista "El Porteño" tiene una carta de Raña donde justamente polemiza con Jorge Katz sobre eso. Yo no sé si él querrá expandir un poco el contenido de la carta, en función de este mensaje que a mí me pareció demasiado paralizante en cierto modo.

Dr. Raña: —Lamentablemente Jorge Katz —no sé por qué— cambió su discurso. Nosotros lo invitamos el año pasado —equivocadamente— a la Confederación Médica para que nos diera una charla sobre medicamentos, y nos encontramos con que el discurso de Jorge Katz era totalmente distinto a los trabajos que de él tenemos nosotros en COMRA. Katz planteaba todo como una puja distributiva y económica; dice que los médicos observamos que el aumento en gasto de medicamentos va en detrimento de la retribución médica, y que entonces queremos bajar el gasto en medicamentos, porque queremos que nos paguen más a nosotros. Como usted decía, él hace este desarrollo puntual del problema. Pienso que posiblemente la formación del Dr. Katz —como un licenciado, como un economista— lo hace alejar un poco del otro problema de visualizar el problema médico y el serio inconveniente que se produce para la salud con la utilización excesiva de medicamentos.

En una de sus publicaciones, él habla de "la mano secreta del mercado" (o algo así); cuando yo me referí a que el consumidor en el mercado del medicamento está dividido en 3, esto lo reconoce el mismo Katz en muchos trabajos anteriores, donde afirma que hay que modificar el mercado de medicamentos porque es un mercado que no se puede regir por la ley de la oferta y la demanda, y que no puede ir con las normas habituales del mercado de consumo. Después, lamentablemente, en la Confederación Médica cambió su discurso, y lo vuelve a repetir cuando le interrogan en esa publicación de la revista "El Porteño". Yo pienso que el Dr. Katz tiene la visión de un economista. En las grandes discusiones que tuvimos con esto, muchos sectores entendieron que lo único que perseguíamos los médicos era un futuro beneficio económico: que queríamos que se gastara menos en medicamentos, para que al médico se le pagara más en la consulta de la seguridad social, por ejemplo. Pero les puedo asegurar que el accionar de la Confederación Médica nunca se orientó en ese sentido y siempre lo hizo para tratar de favorecer la salud de la población.

Público: —Quiero preguntar sobre unas notas que aparecieron hace unos días en los diarios acerca de convenios que había firmado la Argentina con Brasil, España y otros países sobre la producción de medicamentos. Casualmente, hoy salieron en Página/12 unas declaraciones del Ministro de Salud, el Dr. Barrios Arrechea, que me resultan confusas: niega "que en la Argentina exista una diversificación exagerada de medicamentos, ya que actualmente reúne un número equivalente de drogas al de los países desarrollados". Uno se confunde cuando recibe este tipo de informaciones de parte del Ministro de Salud, que resultan totalmente contradictorias respec-

to a lo que se está diciendo en esta mesa, y creo que a la realidad del tema de medicamentos. Pregunto entonces, cuánto hay de claro en esta declaración del Ministro, y si habría algún tipo de traducción social en cuanto al beneficio que implicarían estos convenios con Brasil, México o España.

Dr. Cristóbal: —El Ministerio está en este momento —hasta donde yo sé— reinscribiendo los productos registrados. Creo que la respuesta que da Barrios Arrechca es una respuesta política, que no coincide con la realidad; hubiera sido más certero si hubiera dicho que realmente no hay una idea muy clara de cuáles son los productos que están. Es cierto que hay un registro abundante, obsoleto y difícil de seguir en el Ministerio, que no tiene que ver directamente con los productos que —autorizados por el Ministerio— están a la venta en este momento. También es cierto que los productos no son las drogas; en cuanto al número de fármacos, la cantidad que hay no es muy diferente a la de otros países pero, igualmente, es mucho más amplio que el número que hay en la mayoría de los países desarrollados; y además, esto está multiplicado porque en nuestro país, existe un número muy amplio de marcas para un determinado fármaco, además de la enorme cantidad de asociaciones frecuentemente irracionales o superfluas en la que éstos se encuentran.

Creo que no es correcto lo que dice el Ministerio, o que lo dice acotando una serie de cosas, que no transmite al dar esa cifra.

Dr. Raña: —Esto tiene que ver también con la defensa de la pseudo-industria nacional. Últimamente están muy en puja porque Estados Unidos y los países industrializados están exigiendo una ley de patentes que nuestro país no tiene. Al no existir ley de patentes, han proliferado los laboratorios nacionales que producen estos medicamentos que se conocen como “yo-también”: es decir, cuando empieza a circular un medicamento en Estados Unidos, o aún antes de que empiece a funcionar, nuestros laboratorios ya lo están comprando a los que lo falsifican en algunos lugares del mundo, y ya lo están vendiendo en nuestro país. La industria multinacional quiere establecer una Ley de Patentes, para impedir que estos laboratorios procesen estos medicamentos. Pero la industria farmacéutica nacional realmente nos sirve y es tal; no nos sirve desde el punto de vista de que está fabricando un montón de cosas que nuestra población más necesitada no utiliza (del listado de medicamentos que les leí, ustedes podrán alegar de que muchos de ellos no necesitamos que los fabriquen ni la industria nacional ni la multinacional). Por otra parte —y estas son cifras del Dr. Katz— nuestra industria nacional importa por valor de cerca de 150 millones de dólares, y exporta por valor escaso de 5 millones de dólares; es decir que en el camino nos quedan —por mantener una industria nacional que no sabemos para qué nos sirve— la friolera de 130/140 millones de dólares en el camino. Estos son todos datos a tener en cuenta, porque siempre se habla de defender la industria nacional; estoy de acuerdo, defendamos la industria nacional, pero una industria nacional que no nos expolie de la misma forma que lo hace la multinacional, y que nos propor-

cione los medicamentos que realmente necesitamos. Creo que la política que se deseaba seguir, era aumentar el mercado internacional —esta creo que era una vieja idea del Dr. Neri— para nuestra pseudo industria nacional; por ese lado iban las medidas que vos comentabas.

Público: —En su exposición, el Dr. Raña hizo mención de un boletín farmacológico mensual, donde supongo que se mencionan los medicamentos aconsejados, los no aconsejados, y algunos otros aspectos interesantes con respecto a este tema. Quiero saber si es posible suscribirse a este boletín, o de qué forma se puede recibir.

Dr. Raña: —No es necesaria la suscripción; habitualmente, la Confederación Médica se lo envía a todas las Federaciones, y éstas se lo hacen llegar a todos los Colegios, con el ánimo de que llegue a la mayor cantidad de gente posible. Está a disposición de cualquier médico que lo requiera. Me gustaría que lo obtengan también aquellos médicos que no estén ligados a entidades médico-gremiales del tipo de las que representa la Confederación Médica. Este boletín no tiene ningún costo. Lo que sí tiene un costo es una revista que publica la Confederación Médica, que se llama "Medicamentos" y que prácticamente nos la provee la O.P.S., y que es la traducción del Medical Letter y de la Druguer Evaluation de Inglaterra; salen cuatro números anuales y la suscripción a los cuatro sale 80 australes, que es el gasto de la impresión. Es una revista de primer agua, que viene con la información exacta y de la mejor calidad sobre los medicamentos, por supuesto que al margen de cualquier interés de laboratorios.

Respecto al Boletín Farmacológico, si ustedes se acercan a la Confederación Médica, sacamos la fotocopia y se lo entregamos.

Público: Dada que esta es el Aula Magna del lugar donde los médicos nos formamos, vale la pena incorporar lo que se comentó recientemente, como para poder visualizar que los médicos, desde hace bastante tiempo, somos de alguna forma los poseedores de la verdad en los aspectos terapéuticos, y eso lo traslucimos en la indicación en una receta. Cuando por razones de intolerancia de paciente, o por razones económicas se esté sumamente restringido en las indicaciones terapéuticas que salen a través de una receta, es importante considerar el trabajo interdisciplinario como modelo de abordaje, que posibilita sin ningún lugar a dudas la disminución de la cantidad de medicamentos de la receta. Lo que pasa es que trabajo interdisciplinario significa poder conversar juntos y ponerse de acuerdo, y no tener una distancia entre un profesional y otro, como pasa con la psicología y la psiquiatría, o la terapia ocupacional, o la kinesiología. La transdisciplina significa poder ponerse de acuerdo en cuánto va a recibir el paciente desde el punto de vista de la farmacología, y cuánto puede recibir de todas las otras áreas. Es importante que tratemos este tema en este ámbito, porque aquí y hasta que nos recibimos —por lo menos en la época mía—, no se habla de la parti-

cipación interdisciplinaria en la asistencia ni en la planificación de los programas de la salud en general.

Dr. Cristóbal: —Creo que coincidimos todos en su planteo. Es más, mi preocupación en un momento dado por la serie de preguntas que se estaban haciendo, es que temía que las preguntas fueran exclusivamente hacia los aspectos económicos o de producción de los medicamentos. Como hemos estado viendo, esta es una problemática muy compleja, pero en este ámbito y con el motivo que nos convoca, creo que tanto como la problemática económica del medicamento, debería aparecer nuestro papel en la prescripción, en la terapéutica y en la educación. Y por eso me pone contento su planteo, porque de alguna manera —y esto es hacer un poco el análisis de la reunión— cuando se habla de medicamentos en el ámbito médico, y empezamos a indagar exclusivamente sobre lo económico, estamos quedando fuera de nuestro papel cotidiano del que vamos a hacer mañana como agentes de salud. Y esto, en este ámbito, no lo podemos soslayar. La "culpa" no es solamente del sector productor; los prestadores de salud junto con la población, tienen un rol importante en este problema. Y a esto no le podemos escabullir el bulto.

Público: —En la Facultad de Medicina de Córdoba hay una revista científica que se edita con el auspicio de Laboratorios Roche en sus páginas, y a su vez es distribuida en los hospitales por los agentes de propaganda médica del mismo laboratorio. Esto es simplemente una acotación, para ver hasta qué punto llega a veces el consenso en la docencia médica para este tipo de propaganda. Por otra parte, quiero preguntarle al Dr. Battellino si se ha hecho alguna evaluación del Formulario Terapéutico (Nacional) en la provincia de Córdoba a nivel de los médicos prestadores.

Dr. Battellino: —Creo que la experiencia del Formulario Terapéutico Único en la provincia de Córdoba es muy breve por lo reciente, y no tengo conocimiento de que se haya efectuado algún tipo de valoración. Pero sí hay algunas valoraciones hechas con modelos de formularios terapéuticos aplicados sectorialmente, por ejemplo el que había implementado IPAM en Córdoba: a los casi 2 años de desarrollo de ese Formulario muy restringido (apenas 40 medicamentos esenciales), la provincia decía que no más del 5% del arsenal terapéutico prescripto por los médicos reconocía productos incluidos en el F.T. En aquella instancia, la obra social producía descuentos especiales para los medicamentos que estaban incluidos en el F.T.

Público: —A lo largo de estas jornadas ha salido reiteradamente el tema de la participación y el tema de transmitir el conocimiento. Hay algo que me preocupa en esta reunión, y es que lo que ha sido dicho por los integrantes de la mesa, no representa una novedad para ninguno de los que estamos acá (si bien enriquece en cuanto a información). Entonces, repasando las gestio-

nes que ha hecho la COMRA o que se han llevado a cabo en distintas instituciones para tratar de corregir esta problemática del medicamento, y que han sido infructuosas, pensaba si no sería una manera mucho más apropiada la de llevar a la sociedad en general y a sus organizaciones la discusión de esta problemática, transmitir esa información, tratando de lograr que se genere una polémica a nivel de la sociedad en general, una vez que ésta conozca cómo es la producción del medicamento, cómo su comercialización, qué significan nuestros países como campo de pruebas. Me estoy refiriendo no ya a qué se puede o no usar, sino a todos los aspectos que rodean la cuestión del medicamento, para ver si tal vez así se logra un resultado más apropiado, cuando desde las organizaciones que tienen que ver con todo esto, se largan las puntas necesarias para que en la población se genere la polémica.

Dr. Raña: —Coincido totalmente con usted en cuanto a la intervención de la población, y así lo hemos expresado. Con lo que no estoy de acuerdo con usted, es con cierto ánimo de descorazonamiento o de pesimismo en cuanto a las medidas tomadas. Nosotros en COMRA estamos, si no contentos, al menos complacidos porque vemos que la actitud de la industria farmacéutica, la de la gente y la actitud en general ha cambiado con respecto a la política del medicamento. Cuando COMRA lanzó su Formulario Terapéutico, le mandamos nota a todos los laboratorios del país para que nos dijeran qué medicamentos de ese formulario tenían ellos en producción, y prácticamente no nos contestó ninguno; en el término de estos 2 años, todos los laboratorios nos envían los nuevos productos que sacan a comercialización, nos envían permanentemente pedidos de inclusión de nuevas drogas, y por otro lado, se ha dado la paradoja de que hay muchos laboratorios pequeños que han empezado a fabricar monodrogas del Formulario Terapéutico. En este momento hay cerca de 200 monodrogas del F.T. que no sabemos por qué razón la Secretaría de Regulación y Control no ha autorizado su salida para la venta; la Confederación Médica le ha pedido que la autorice porque eran medicamentos que la industria había desabastecido y aparecieron laboratorios chicos que empezaron a fabricarlos y nos vinieron a ver diciendo que la pequeña y mediana industria era la que iba a servir para que aplicáramos el F.T. (otro verso, por supuesto). Pero de cualquier forma, lo concreto es que hay muchos laboratorios que están adecuando su producción al F.T., por supuesto que con todas las perversidades del sistema; pero de alguna forma nos hace ver que parte de la industria farmacéutica está viendo que la cosa está cambiando. Hasta hace algunos años nadie hablaba del Formulario, ahora todo el mundo quiere poner el F.T. (PAMI, el INOS); se habla mucho más del F.T. y del problema del medicamento, pienso que hay medidas estructurales mucho más amplias que adoptar, pero puede ser un medio para corregir de alguna manera las desviaciones que el mercado tiene.

Dr. Cristóbal: —Creo, para terminar, que tenemos que quedarnos con algunas ideas de toda esta información que se ha dado. Quisiera rescatar una apreciación

que me parece muy importante, y es que tenemos una denuncia de situación que a mi modo de ver va quedando cada vez más clara. Muchos de los que estamos acá en la mesa sabemos que hace más de 10 años, decir estas cosas en la Argentina era realmente problemático; el cuerpo médico en general se resistía a que se hablara de esto (como en este salón, donde estos temas se trataron); este discurso quedó borrado en la Argentina por un largo tiempo. Y ahora que estamos mejorando el diagnóstico de la gravedad del problema argentino con respecto al medicamento, y que tenemos muchos más elementos claros (y creo que el elemento más claro es saber la mala calidad de salud que estamos teniendo y la insensatez de un gasto de 1.800 millones de dólares), yo agregaría otro elemento: no tenemos una estrategia de modificación de esa situación; tenemos elementos en los que ponemos énfasis como importantes para modificar esto, —como lo que mencionó el Dr. Battellino con respecto a la producción, como lo que sugiere en este momento el Dr. Raña o lo que anticipó el Dr. Borini con respecto a ciertas alertas de lo que está pasando internacionalmente—, pero, qué estrategia nos damos, como profesionales de la salud, para incidir en nuestra práctica, y a través de ella, modificar esta situación. Esto no es para dejar de lado un orden más importante en términos políticos generales, pero también hay un orden de la acción estratégica concreta en nuestra práctica profesional; esto no está claro, y no podemos seguir actuando pasivamente, desconsiderando la importancia que tiene este problema en el aquí y ahora, y en lo que mañana hagamos al volver a retomar nuestro puesto en la atención de la salud. No se puede preservar lo que estamos haciendo hasta ahora sin reflexionar, para modificar algo de lo mucho que estamos haciendo, porque estamos incidiendo aún como consumidores de medicamentos.

GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIA

- 1.- **¿Medicamentos para todos en el año 2000?:** Las transnacionales farmacéuticas suizas frente al Tercer Mundo: el caso de México. Pascale Brudon. Editorial Siglo XXI, México 1987.
- 2.- **Píldoras, ganancias y política.** Milton Silverman y Philip R. Lee. Editorial Siglo XXI. México 1983.
- 3.- **A Indústria da Saúde no Brasil.** Hésio Corderio. Edições Graal. Río de Janeiro, Brasil, 1985.
- 4.- **Medicamentos esenciales.** Revista Salud y Sociedad, Año 6, n° 19. Edición Especial. Córdoba, julio 1989.
- 5.- **¿Modernización de la injusticia o cambio social?** Tecnología y política. Argentina 83/88. Mario Borini. Revista Salud: problema y debate. Año 1, n° 1, otoño/89, Buenos Aires.
- 6.- **Uso de medicamentos esenciales.** Informe Técnico Organización Mundial de la Salud, N° 685.
- 7.- **La industria farmacéutica en Argentina.** Período 83/88. Jorge Katz y Silvia Groisman. Cuadernos Médicos Sociales de Rosario N° 46, diciembre 1988.
- 8.- **La naturaleza del imperialismo y sus implicaciones en la salud y la medicina.** Vicente Navarro. En Salud e imperialismo. Compilador Vicente Navarro. Editorial Siglo XXI. México 1983.
- 9.- **Aplicación de la tecnología moderna: problemas y perspectivas en los países industrializados y en vías de desarrollo.** David Banta. Boletín Oficina Panamericana de la Salud, vol. 96, n° 6, junio 1984.
- 10.- **Las contribuciones de las Ciencias Sociales al estudio de la tecnología en salud.** Hésio Cordeiro y Ricardo Tavares. En Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo, Uruguay, 1986.
- 11.- **"Eficiencia y Seguridad de los Medicamentos".** Luis José Bottellino. Revista Salud y Sociedad. Año 1, N° 1. Agosto 1983, Córdoba.
- 12.- **"Estado de crisis en la provisión de los servicios farmacéuticos".** Juan José Guerra. Revista Salud, Problema y Debate. Año 2, N° 3, Otoño 1990. Buenos Aires.
- 13.- **"Estadios de desarrollo e industria químico-farmacéutica",** Jorge Katz en "La Salud en América Latina: aspectos prioritarios de su administración". Editores: Fondo de Cultura Económica, México 1983.
- 14.- **"Tecnología: historia, ideología y política. Bases de discusión".** Leopoldo M. Borini. Cuadernos Médico-Sociales de Rosario N° 41, setiembre 1987.
- 15.- **"La producción de tecnología. Autónoma o transnacional".** Jorge A. Sábato y Michael Mackenzie. Editorial Nueva Imagen. México 1982.

EL HOSPITAL PUBLICO Y LA ACTIVIDAD EXTRAMURAL: OBJETIVOS, DIFICULTADES Y RESISTENCIAS

COORDINADOR:

Licenciada Lórez Arnaiz María del Rosario. Coordinadora del Area de Estudios e Investigaciones en Ciencias Sociales para la Salud (Secretaría de Ciencia y Técnica: SECYT)

PANELISTAS:

Doctor Bonazola Pablo. Director del Hospital “Ramos Mejía”, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires

Doctor Ferrero Hilario. Director del Hospital de Ing. Juárez, Formosa.

Doctor Noguero Bernardo. Jefe del Dpartamento. de Medicina del Hospital de San Isidro, Buenos Aires.

Doctor Schwarcz Alberto. Médico del Hospital de La Matanza

Lic. Lórez Arnaiz: —La comisión de organización de estas Jornadas, comenzó en algún momento a considerar la importancia de conectar dos temas que están profundamente unidos, pero que no siempre se presentan en su relación más intrínseca. Ellos son: el Hospital Público y la Atención Primaria. Esta mesa tiene como objetivo discutir cómo se relacionan ambos términos, y sobre todo abordar algunas cuestiones que no siempre están del todo claras; por eso hemos hablado de “actividad extramural”, pero la idea es justamente que hacer Atención Primaria a nivel hospitalario, no significa sólo y superficialmente salir del hospital, como a veces se lo considera. En todo caso, cualquier salida del hospital tiene requisitos y condiciones al interior del hospital, y también provoca modificaciones al interior del mismo, que es fundamental tomar en cuenta.

La idea es también, no sólo referirles a ustedes algunas experiencias —algunos de los que me acompañan han participado de estas Jornadas el año pasado, e incluso las experiencias están reseñadas en el libro que después de ellas se editó—, sino centrarnos fundamentalmente en las dificultades que este tipo de actividades suele aparejar, y también en el aporte que significan para el nivel hospitalario estas actividades centradas en lo que podríamos llamar un “espíritu” de la Atención Primaria.

Dr. Pablo Bonazola: (Nota de editores) Desperfectos de la grabación impidieron registrar la ponencia del Doctor Pablo Bonazola.

Dr. Hilario Ferrero: —El término “extramuros” me resulta difícil porque refleja una realidad urbana, mientras que nuestra realidad es rural.

Muchas de las actividades que se consideran de centros periféricos, nosotros, en Juárez, las hemos incorporado al hospital. Por eso, prefiero hablar de actividad “extra e intra hospitalaria”. Lo importante es la interconexión entre ambas.

En nuestra zona hay una relación muy estrecha entre los centros de salud, su personal, las comunidades y el hospital. Quiero aclarar que, en Juárez, prácticamente todas las actividades extrahospitalarias, salvo la visita médica programada y la odontológica, están hechas por personal auxiliar de la salud.

Una presencia del hospital en las comunidades, es la radio-comunicación, esencial en una zona con las dificultades de la nuestra. Por medio de ella los agentes sanitarios pueden consultar cualquier caso, durante las 24 horas del día. Esto genera vínculos y da seguridad al trabajador del área rural.

Además, es importante incorporar al hospital personal que comparta las pautas culturales de la gente en el área a asistir, pues esto genera mayor confianza, y en nuestro caso es esencial, por el problema del idioma y de las culturas diferentes.

Otro elemento importante es la comunicación entre los profesionales y supervisores que visitan el área rural, para que no se contradigan entre sí y no produzcan confusión en el efector rural, lo cual puede generar falta de confianza en el mismo por parte de la comunidad.

Todos estos son ejemplos que ponen en claro la interconexión de lo extra e intra hospitalario.

Es evidente que en los últimos años la tarca de salud está fuertemente signada por lo social y ahora también por lo económico. El fenómeno social es dinámico, va cambiando continuamente. Los hospitales del Estado, que deben ser instituciones de servicio, deberían tener también ese dinamismo para ir respondiendo a las situaciones cambiantes, que afectan a la gente.

Yo creo que en la zona rural no podemos hablar de “extramuros”, de “niveles de complejidad”. Estos son esquemas estancos, estereotipados. El hospital rural, tanto en su actividad intrahospitalaria como extrahospitalaria, debe responder a las necesidades reales y urgentes de la población a asistir, independientemente de que a los sanitaristas les resulte difícil y digan que no se puede hacer tal o cual cosa porque no da el nivel del hospital. Creo que el hospital debe organizarse en base al “Perfil Hospitalario”.

Por “Perfil Hospitalario” quiero decir el conjunto de actividades intra y extrahospitalarias, que un hospital debe llevar a cabo para satisfacer las demandas reales de la población, tanto la que es percibida por la población, como la que es percibida por el sistema de salud. Para ofrecer la atención de salud que la gente necesita.

Por ejemplo, en los servicios de Laboratorio, está el concepto de “red”, que

es muy importante, porque permite ir desde un centro de recepción de muestras, hasta uno de alta complejidad. Quiere decir que yo puedo tomar una muestra de sangre en Juarez y solicitar un dosaje de T_4 que se hace en Bs. As. No niego esa posibilidad porque no se pueda hacer a nivel local. Por supuesto que en algunos casos es posible facilitar este acceso y en otros no, pero debemos poner toda nuestra creatividad en esto.

No se puede elaborar el "Perfil del Hospital", si previamente no se conoce la realidad del medio en el cual está inserto. El perfil de un hospital no se hace una vez y para toda la vida. Requiere ajustes constantes, pero estos ajustes sólo pueden hacerse cuando también, constantemente, se van analizando los cambios sociales que se producen a través de la participación de los sectores populares.

O sea que, organizar el hospital según el perfil, implica el cambio de una estructura vertical a una estructura participativa.

Una forma de conocer los cambios sociales que se producen extramuros, es escuchar al personal que está todo el día con el paciente, es escuchar a la enfermera, que charla con las madres, o los adultos durante las 24 horas del día, es escuchar al personal de estadística que escucha la problemática de la gente cuando solicita los turnos, a la mucama, al chofer que ve donde viven los pacientes, es dejar de mirar desde arriba, para empezar a escuchar a los de abajo.

Sin tener en cuenta esto, el perfil puede ser muy científico, pero no es humano, no sirve para la gente. Cuando hablo de perfil también está tener en cuenta, cómo son los espacios que ofrecemos a los pacientes, no tanto desde lo arquitectónico, sino desde lo social. ¿Cuáles son las reglas que imponemos, los horarios, etc.?

Esto de perfil, creo que no sólo es aplicable al hospital, sino también a los centros periféricos y a cualquier actividad extrahospitalaria que se realice.

Es importante también, definir los perfiles del personal que desarrolla tareas extrahospitalarias, teniendo en cuenta el lugar donde vive, las posibilidades que tiene para una consulta, para una derivación, no es lo mismo quien vive a 5 cuadras del hospital, que quien vive a 50 km, el trabajo que van a desarrollar es distinto, debemos adaptar la capacitación para una y otra situación.

Para terminar, debo confesar que la palabra extramuros no me gusta, creo que vivimos un momento en el cual tenemos que derribar los muros que nos tienen presos, para poder encarar esta lucha por la vida, que es el trabajo en salud, todos juntos y en libertad, por eso me gusta mucho el lema que han puesto los organizadores de las Jornadas, "TODOS PARA LA SALUD", y ojalá que sea antes del año 2.000.

Dr. Bernardo Noguero: —Yo estoy trabajando en un municipio del conurbano donde se entrecruzan algunos problemas mencionados por Bonazola. Hay un hospital central capitalino en contacto con los hospitales rurales. Quiero decir que en nuestra área estamos un poco más allá de lo que pueden ser experiencias focales, aisladas de trabajo extramural, pero mucho más acá de lo que podría ser un sistema funcionando interiormente con la estrategia de APS. Estamos en un

municipio en el que hay tres hospitales de cabecera, pediátrico, clínico y obstétrico, varios centros periféricos, cada uno con áreas de programa y que sobre unas 500.000 consultas anuales y unos 10.000 ingresos en este momento la gran parte de la atención ambulatoria se hace fuera del ámbito del hospital. En pediatría el 80% se hace en centros periféricos o en terreno y en clínica partimos sólo con un 20% de atención en el primer nivel hace 4 años y en este momento estamos en alrededor de 50%.

Además de todo esto hay algunos lugares en los que se trabaja con promotores de salud de una manera integrada y participativa. Hay talleres para promotores, hay talleres para agentes de salud en colegios secundarios y algunas tareas de educación para la salud.

También se están haciendo trabajos de investigación precisamente sobre la actividad extramural teniendo especialmente en cuenta las variables sociales en la determinación de la enfermedad y la muerte. De todos modos la diferencia entre estas experiencias que creo que no son aisladas, ya que estaríamos hablando de una serie de experiencias confluentes y lo que sería un sistema integrado en una estrategia de APS, esa diferencia creo que es lo que nos está marcando el tema de las resistencias de las que hoy tendríamos que hablar.

El objetivo que se plantea el trabajo extramural del hospital es, básicamente poner al hospital en contacto con la realidad, para conocer cuáles son las necesidades más urgentes de la población, para que conociéndolas se puedan producir algunas reformas en el sistema para ser resueltas adecuadamente. Creo que es adecuado usar las fuerzas que hay en la realidad para operar el cambio que se debe dar en el sistema y también para efectuar acciones que incidan en el estado de salud de la población. Estos objetivos tienen una relación dialéctica entre sí.

Si hablamos de las resistencias y un poco a modo de clasificación tendríamos que agruparlas en resistencias individuales, institucionales, políticas, sanitarias (o comunitarias). Cada uno de nosotros habrá podido visualizar muchas de las incluidas en estos grupos y cada uno podrá haber sufrido algunas, vencer otras y quizá al poder resolver o ser vencido por otras.

Me gustaría realizar un diagnóstico de cada uno de estos grupos de resistencias, muy sucintamente. Si tomamos el nivel individual en los profesionales del sistema de salud y no sólo en los médicos diría que más allá de la falta de formación también hay una falta de visualización de posibilidades de resultados concretos de la acción fuera del hospital. Todos los especialistas tienen formación universitaria pero es siempre el pediatra el que sabe trabajar fuera del hospital. Yo creo que esto es porque su objeto de trabajo lo pone de entrada en contacto con algo que va más allá de lo individual, esto es al niño, la madre y además la familia y se pone de manifiesto como estos actores inciden tanto en el enfermar como en el curar. De esta concepción plural familiar pasar a la concepción plural poblacional le resulta mucho más fácil como también tiene la enorme ventaja de, a lo largo de su propia práctica que incluye inmunizaciones, educaciones, antropometría, ir siguiendo el estado de salud y su evolución. Esta inmediatez de la visión del resultado no la tienen otros profesionales de otras disciplinas.

Otra dificultad de la tarea extramural es la falta de gratificación y no me refiero sólo a la económica, que existe, sino a la amplificación curricular y a la gratificación social de la tarea, porque creo que no toda la resistencia está planteada dentro del sistema. La gente que está dentro del sistema también tiene que enfrentar las resistencias que se generan fuera del sistema de salud como la falta de gratificación social para algunas tareas.

Una cosa que me parece fundamental es la falta de jerarquización del objeto de trabajo extramural en el equipo de salud y creo que aquí es necesario hacer una pequeña reflexión: en general recibimos el modelo del hospital central, del hospital universitario que tiene casos y que tiene por su posibilidad de referencia un número importante de casos de determinadas enfermedades y por lo tanto puede estudiar muy bien enfermedades. Pero prestemos atención a la enorme ventaja que implica trabajar en un hospital municipal o más aún, un hospital rural porque quizá no tenga esa concentración de enfermedades, de patologías, *pero tiene una población concreta, definida sobre la cual trabajar. Si tomamos entonces un numerador de pacientes de cualquier cosa y un denominador que es población tenemos ya un acceso a la epidemiología, tenemos acceso a una cantidad de labores de extraordinaria importancia médica, social y científica. También tenemos la posibilidad de discriminar grupos poblacionales; a mí me interesa, pero no demasiado saber que San Isidro tenga el 25% de mortalidad infantil, pero me interesa mucho más saber cómo se distribuye en los distintos grupos poblacionales esa tasa general que me dice algo, pero no demasiado. Lo mismo pasa con la TBC, que en mi partido no es muy alta, pero yo sé que el 80% de TBC infantil la encuentro en pacientes de villas de emergencia.*

O sea que la posibilidad de tener acceso a una población y, además, a poder valorar las variables sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad es una enorme ventaja que habitualmente no se aprovecha porque se sigue el modelo de trabajo de otros niveles y se desaprovecha la tarea concreta de un hospital suburbano y también de un hospital rural.

Con respecto a las resistencias institucionales siempre decimos que una institución cerrada siempre se conforma de acuerdo a las necesidades de sus integrantes y de su grupo de poder interno; no por las necesidades prioritarias, objetivas, de la población a la cual debe servir. Esto es cierto pero no es solamente por esto que el hospital se cierra. Esto está determinado, el cierre o la apertura, por elementos que están determinados más allá de la voluntad de sus miembros, pero estos miembros pueden aprovechar la circunstancia y entonces la forma que adquiere este cierre sí tiene que ver con lo que le puede convenir a los grupos internos de la institución. Pasa un poco como con la omnipotencia. Todos la tenemos pero no creo que la generemos nosotros, los médicos, creo que también es cierto que a nivel médico o a nivel de culturas primitivas, cuando leemos antropología, la omnipotencia también está puesta por el cuerpo social en ese que funciona como curador. Hay un texto hermoso de Levy-Strauss que hemos trabajado con los residentes donde esto se ve muy bien (El hechicero y su magia).

¿Qué se consigue con el aislamiento del hospital de la realidad a la cual debería atender? Creo que lo que se consigue es evitar que surja el conflicto, que debería ser manifiesto, entre las necesidades de una población y la insatisfacción de esa necesidad. Al estar cerrado el hospital, al no haber borde de contacto, el conflicto no aparece, lo cual no quiere decir que no existe sino que está latente. Otra cosa que se consigue y sí la usamos los profesionales, es la comodidad que permite trabajar dentro de la institución en lo que a uno realmente le interesa y estos objetos de trabajo privilegiados sirven a ciertos grupos de profesionales pero también los marca la gratificación social.

¿Qué provoca la apertura del hospital y que éste salga hacia afuera? Básicamente esto es provocado por la aparición del conflicto, así es que bienvenido sea, si es para resolverlo. Esto provoca la necesidad de un cambio dentro de la estructura del hospital y en las modalidades. Provoca también una redistribución de los espacios de poder y provoca también, a mi modo de ver, cierto monto de angustia individual e institucional por la pérdida de la identidad conocida y el no tener muy claro cuál es la nueva identidad, en una tarca hasta ese momento no conocida. Para resolver esta cuestión algunas instituciones hacen trampa. Esto quiere decir que nombran dos, tres o cuatro profesionales para trabajar afuera, diciendo que ésta es una labor extramural del hospital. Así como antes funcionaba el consultorio externo, ahora se envían algunas personas afuera para que de esa manera vean lo que pasa, lo que se necesita, para que lo asuman pero que sean ellos los que tengan que estar golpeando las puertas del hospital, que siguen tan cerradas como antes. Por esto nosotros pensamos que salir afuera significa que todo el hospital sale afuera con lo cual no digo que salgan todos los profesionales sino que, cuando el grupo sale debe estar sostenido por la institución como conjunto que es la que dará las respuestas a la comunidad, vehiculizadas por estos profesionales. De otra manera se manda a los profesionales a la destrucción de sus posibilidades de acción.

Por todo esto nosotros decimos que el hospital tiene la dimensión de la comunidad a la cual tiene que ser útil y que un servicio también tiene esa dimensión. La problemática de un profesional o de un jefe de servicio es la que le compete sea que ese paciente de su especialidad esté internado, esté en consultorio externo, en un centro periférico o en la comunidad o no esté en ningún lugar de atención porque hay que detectar esa demanda, o porque el paciente, por alguna razón, encuentra frenos para el acceso al sistema.

La problemática de un servicio es la problemática que está en el partido, en un área de programa y tanto en lo asistencial como en lo preventivo y de rehabilitación.

Dos palabras con respecto a las resistencias comunitarias. En relación con la comunidad en la que uno trabaja en conjunto siempre hay resistencias pero creo que son producto de las experiencias frustradas y mal llevadas adelante. Creo que cualquier trabajo extramural tiene que tener continuidad en el tiempo y coherencia absoluta entre lo que se propone y lo que realmente se hace. La falta de estos dos elementos son uno de los motivos fundamentales que generan una

lógica y natural resistencia, ya sea en los grupos con los que se está trabajando como en el resto de la comunidad con la que no se está trabajando directamente. Les doy un ejemplo como para graficar esto: una ginecóloga que trabajaba muy bien con nosotros en detección de serologías positivas para Sida, con grupos de alto riesgo, con homosexuales, un día viene a decirme que no iba a poder seguir trabajando en esto porque sus pacientes particulares le habían dicho que si continuaba no la verían más. Esto marca también la resistencia del cuerpo social a determinada tarea.

Pasemos ahora a las resistencias políticas. Yo creo que hay algunas que son superficiales y que, según un orden de frecuencia, se darían así: cuando uno empieza a trabajar fuera del hospital aparece una primera resistencia que creo que es patrimonio del oficialismo y surge de la desconfianza de que se abra un espacio para tareas agitativas o de oposición. Hay otra que aparece después, cuando la experiencia va tomando cuerpo y se desarrolla bien y está condicionada porque los grupos comunitarios comienzan a participar activamente y disminuye enormemente la posibilidad de que sean instrumentados con fines de electoralismo fácil. Ya esta resistencia no es patrimonio exclusivo del oficialismo sino que se ve en muchos grupos políticos. Digo que son resistencias superficiales porque las profundas están en otro nivel. También quiero hacer un comentario con respecto al tema de la decisión política, de la APS, etc. A veces decimos que una decisión política es tal cuando concreta y simplemente adjudica presupuesto y que es realmente profunda cuando es capaz de lograr los cambios que todo el sistema necesita para que vaya adelante. Decimos además, que es firme cuando es capaz de enfrentar todos los conflictos que esto supone. Personalmente pienso que si no hay presupuesto, si no hay decisión de cambio y si no hay firmeza para enfrentar los conflictos que todo cambio supone, en lugar de decisión política muchas veces tenemos que hablar de declamación política.

El último punto que quiero tocar es el de un aspecto epistemológico, conceptual o político profundo. Los caminos profundos, totales de un sistema y de un sistema de salud en particular siempre son consecuencia de un cambio conceptual en la manera de entender la salud tal como lo entiende la mayoría de la población y de los grupos de poder que actúan en un momento determinado. Estos cambios profundos en la manera de ver la salud son parte y consecuencia de una nueva manera de ver y de interpretar la realidad toda. Y lo que se puede observar históricamente es que estos profundos cambios filosóficos se han dado en relación con los grandes cambios políticos, sociales, económicos o de modos de producción y de distribución de la riqueza. Esto nos marca los límites y también las posibilidades de accionar de todos los días. Si tomamos un ejemplo histórico, ¿porqué se pasó de la medicina de las esencias y los humores de la primera mitad del siglo XVIII a la medicina basada en la entidad patológica? Se pudo pasar, se pudo ver lo que no se veía pero existía porque eso se dio en el marco de un cambio al positivismo en filosofía y porque además se dio un cambio que fue la Revolución Francesa en política. Esto lo plantea Foucault en *El Nacimiento de la Clínica*. Fue necesario que irrumpiera ese positivismo en filosofía, fue necesari-

rio que se planteara la Revolución Francesa para que la manera de hacer medicina y de allí la manera de organizar los hospitales pudiera cambiar. No quiero decir con esto que no se pueda hacer nada sin grandes cambios, al contrario: creo que si vamos a esperar que todo cambie para poder hacer algo, cuando todo cambie ya está todo hecho. Esto significa cuál es el campo de las acciones posibles y no me refiero al posibilismo, y cuál es el campo en el cual estamos incluidos y no debemos desconocer, cuya modificación depende de otros factores.

No todos los días hay una Revolución Francesa, pero si todos los días podemos y debemos trabajar para generar los cambios en nuestro ámbito de trabajo, para hacer posible cambios mayores.

Dr. Alberto Schwarcz: —El hospital de La Matanza es un hospital de la periferia de la ciudad de Buenos Aires, es el único hospital general que hay en el partido de La Matanza, que tiene cerca de 1.300.000 habitantes. En el mismo partido existen otros recursos que son: tres hospitales pequeños, un hospital pediátrico, centros periféricos de salud, muchos de ellos municipales, algunos vecinales y unos pocos del ámbito provincial. Sin embargo, este hospital se abrió en diciembre de 1983, o sea que es un hospital nuevo y realmente no se conocían cifras epidemiológicas del partido de La Matanza para esa época y todavía siguen sin conocerse demasiado.

...no existían planes provinciales de APS, los planes municipales tampoco están bien desarrollados, de manera que a través de una financiación extramural se empezó a lograr atención en tres centros de salud: uno de ellos provincial y dos vecinales, en los cuales se empezó a atender a la población. Como ya dije, empezamos con pediatría, partiendo de neonatología, consiguiendo obstetras que quieran participar y empezando a trabajar con la población.

Nos encontramos con que la realidad que pensábamos hallar y los planes que nos habíamos propuesto de promoción y de educación de la comunidad para que las mujeres supieran que había que controlar el embarazo, estaban absolutamente fuera de la realidad. Una vez que la gente empezó a participar en reuniones vecinales, grupales de mujeres embarazadas junto con mujeres que ya habían tenido su hijo, se hizo evidente que las mujeres no controlaban su embarazo, pero no por no saber que debían hacerlo. En primer lugar y aparentemente pese a la pobreza en que se vive, con necesidades básicas muy insatisfechas, la gente tiene un grado de educación superior a su realidad laboral. Hay menos gente analfabeta de lo que se cree, en el conurbano. Hay más gente con la escuela primaria completa de la que creíamos y más gente con el colegio secundario incompleto de la que creíamos. Sin embargo, su realidad laboral y la miseria en que se vive contrasta con el grado de escolaridad, todo esto en función de una enorme pauperización.

Con respecto al embarazo, no se trataba de no saber que había que controlarlo sino que, cuando reuníamos a las madres y les preguntábamos cuántas veces creían que debían controlarse decían que una vez por mes, explicando por qué y sin embargo no se controlaban. Y las razones tienen que ver con el título de esta

mesa, con los muros del hospital. En las reuniones de grupos de madres apareció todo el infierno y la perversión que tuvieron que sufrir en embarazos anteriores que hace que no vengan a controlar el embarazo si van a pasar por el mismo infierno, del cual nosotros no nos dimos cuenta. Hay un ejemplo que le pedí a la señora permiso para grabar y siempre lo paso para los estudiantes de medicina cuando rotan y a los residentes, también cuando rotan con nosotros. En este ejemplo y desde el punto de vista del hospital, esta señora tuvo un embarazo absolutamente normal lo cual quedó registrado así en el libro de partos. La señora se controló el embarazo, fue al hospital en un horario en el que el marido había ido a trabajar, llegó como pudo, el marido no sabía a qué hospital había concurrido y la señora, con las zapatillas muy gastadas y con un bolsito entró a tener un parto normal en un embarazo controlado. En el libro del hospital figura parto normal, embarazo normal, peso de la criatura, la señora estuvo 48 horas y se fue con el bebé en buenas condiciones.

Cuando esta señora llegó la hicieron presenciar dos trabajos de parto que tenían más apuro que el suyo, solicitó que se mandara a avisar al barrio para que, cuando el marido regresara supiera donde ella estaba; le sacaron las zapatillas rotas y vio que se las llevaron y aparentemente fueron tiradas a la basura ya que estaban muy rotas y la señora a raíz de esto sintió miedo de tener que volver descalza ya que era invierno. Los médicos en sala de partos corrían atendiendo los muchos partos que había ese día. Finalmente la ponen en la cama de partos y la señora, que ya tenía otros hijos, se descontrola, se asusta porque se tiene que ir descalza hasta que pasa una enfermera, ella le toma la mano, la enfermera se queda y en ese momento ella se tranquiliza y tiene su parto normalmente. Pero debe volver descalza, luego de dos días en el hospital durante los cuales el marido no la encuentra. Finalmente vuelve a su casa. La primera pregunta que les hacemos a las madres en la reunión grupal es "cómo les fue", ella responde que le fue muy bien ya que finalmente, logró tener a su hijo ¡vivo y sano! ¡Pero fue un desastre! Y en el registro figura un parto normal, un hijo sano, peso 3,200 kg y se fue a las 48 horas. Para la epidemiología la atención fue buena.

Entonces, ¿para qué se va a controlar esa señora el próximo embarazo? Si no sabe a qué hospital irá, si deberá volver descalza a su casa, si el marido va a estar angustiado sin saber en qué lugar su mujer tuvo familia y a veces, una persona que es de La Matanza termina teniendo familia en La Plata o hasta en Mar del Plata. Este es el miedo que existe. La población sabe que tiene que atenderse durante un embarazo y cuantas veces, sabe lo que es una ecografía, lo que es un Papanicolau. Lo que pasa es que el miedo lo pone la perversidad de la institución. Creo, entonces, que las dificultades las pone el sistema. A lo otro que quiero referirme y que fue antes mencionado por mi colega es el tema de la continuidad y de la coherencia. Si uno va a un barrio, aquellos que estamos trabajando en esto y otros que han venido al hospital a hacer jornadas en el hospital y en una asamblea barrial, preguntan ¿qué quiere la gente de la atención médica, qué espera de ella? La gente no pide APS, pide guardia, y guardia permanente. Esto es una constante en todos los barrios. No quieren promoción de salud o agentes

sanitarios; pero, ¿por qué pide guardias permanentes la gente? Es porque están en un partido en el que hay un hospital general, tres hospitales obstétricos, un hospital pediátrico y casi 45 centros de salud diseminados. La guardia permanente se pide porque la gente se siente desatendida, desprotegida y porque no tiene donde recurrir porque no existe atención permanente y coherente, como dijo mi colega. Mucha gente sale del hospital a hacer trabajos prácticos, con lo cual después se vuelve con la conciencia tranquila, se siente que se ha avanzado mucho, que ya se conoce a la población; a veces, son los residentes los que vuelven cambiados y a veces son estudiantes de medicina o de dietología. Tenemos un barrio en el que han venido con muchas ganas de conocer a la población los estudiantes de nutrición, a preguntarle a la gente qué come. Le preguntan a una señora ¿qué come de postre! Y creo que la gente que está en nutrición vuelve cambiada porque han ido con un preconcepción y averiguan lo que realmente come la gente. Pero la gente está cansada de que venga un estudiante de nutrición y le pregunte qué come, o que venga alguien que quiere hacer control de natalidad y le pregunte cómo se cuida o por qué no lo hace o venga alguien y le pregunte por qué no se controla el embarazo y luego se van todos y viene el mes de febrero y todos se fueron de vacaciones y la gente queda sola otra vez. Esta es otra razón por la cual la gente no pide mucha APS, pide guardia permanente. Eso no quiere decir que haya que poner una guardia cada 10.000 habitantes porque eso es casi imposible pero, sin duda, mientras no tengamos un programa coherente, global, continuo en el cual cada uno sepa lo que tiene que hacer, donde se derriben las paredes del hospital y se tengan hospitales sin paredes, como en Costa Rica, yo creo que la APS que estamos haciendo en algunos lugares del conurbano nos deja a nosotros la conciencia tranquila pero los problemas de la población no los estamos resolviendo.

Público: —Yo creo que las instituciones para surgir o para cambiar requieren de cierto grado de conciencia social y de consenso. El consenso sería una condición suficiente y también necesaria pero también se requiere de poder. Quiero preguntarle a Hilario Ferrero cómo resuelve esto del poder en una institución organizada según un perfil de hospital. Mientras mencionaba la existencia de dos discursos, que supongo implica dos proyectos, ¿qué espacios pudo abrir desde la dirección del hospital para facilitar el encuentro de un mayor consenso y la síntesis de estos dos discursos?

Dr. Ferrero: —Cuando hablamos del perfil hospitalario y cuando pretendemos cambiar la estructura clásica de una organización vertical por una organización participativa del hospital, en principio no nos interesa tanto quiénes son los jefes o los directores, sino qué servicio le vamos a brindar a la comunidad. Yo creo que también depende en parte de lo que los equipos o grupos hablan, como dicen los sociólogos, de la distribución del poder. Creo que en un determinado momento, en un equipo o en un grupo de trabajo, el poder tiene que ejercerlo quien está más capacitado en ese momento para lo que ese grupo en ese momento está

haciendo. Es decir, si dentro del equipo de trabajo de salud se plantea una problemática de capacitación de personal auxiliar, el poder lo debe ejercer el equipo de capacitación y no el director del hospital. El director sería un oyente más en ese equipo. Si en determinado momento se plantea un problema de tipo gremial en el hospital, el poder en ese equipo lo debe ejercer el gremialista. Yo no hablaría de una rotación mecánica sino que dada una acción a realizar, el poder lo ejerce quien está más capacitado en ese momento de acuerdo a la situación que hay que resolver.

Dr. Bonazola: —En relación a lo que se plantea desde el punto de vista de unificar los discursos y también ir tendiendo a una concepción más compartida por todos los agentes del hospital, las experiencias que yo puedo describir son humildes porque yo creo que estos procesos llevan un determinado tiempo para su gestión. De alguna manera referí el tema de salud laboral y lo que noté es que en los hospitales, cuando se habilita un área que tiene que ver con alguna modalidad de atención o alguna instancia transformadora y no hace carne en lo que es la población habitual de los agentes institucionales, esta área, o bien fracasó o bien queda enquistada de tal manera que no parece pertenecer al hospital. Con el tema de salud de los trabajadores se constituyó un grupo que comenzó a tomar relevamiento de condiciones y medio ambiente de trabajo en el hospital y que tiene proyectado comenzar con acciones en el área que abarca el hospital desde el punto de vista de condiciones laborales, pero le dimos una modalidad de presentación al tema, incluso con el aporte del Ministerio de Trabajo de la Nación (con el Dr. Carlos Rodríguez, director de Higiene y Seguridad en el Trabajo), que llevó un mensaje a las reuniones de jefes del hospital sumamente atractivo desde el punto de vista de la modalidad de pensamiento promedio del medio hospitalario. Porque esto no se dio con el encuadre de lo que significa hoy el trabajo relacionado con la salud, sino que fue un aporte de una serie de elementos científicos técnicos que a muchos médicos y otros profesionales del hospital les abrió un gran panorama desde el punto de vista de las posibilidades que no habían pensado, incluso, para sus pacientes internados con diversos tipos de patologías. Apareció una articulación dando líneas de trabajo con la cuestión asistencial apuntalando las condiciones y medio ambiente de trabajo como para llevar a cabo una experiencia piloto a través de los mismos agentes del hospital. De alguna manera esto evitó que fuera rechazado y que el grupo interesado de gente del hospital que conformó el grupo de Salud Laboral tuviera mayor plafond para su trabajo del que hubiera tenido si esto hubiera sido una estructura creada por alguna resolución que aparece mágicamente. Todo esto representa una línea de trabajo en ciernes pero yo, más que nada, quería plantear una modalidad de trabajo.

Con respecto al tema medicamentos, (que sin duda tiene una profunda connotación política y que requiere una legislación y normativa, lamentablemente no existente como para ir avanzando en el tema del medicamento como bien social, hacia el Vademecum de monodrogas, etc.) hay un aspecto cultural que

implica ir ganando a los profesionales a la monodroga, al cuidado y administración, a desarrollar criterios de fármaco-vigilancia y que no tiene posibilidades de desarrollo ni en el cuadro político ni en normativas de tipo administrativo. Requiere la acción dinámica de un grupo con una profunda capacitación, con conocimientos de farmacología clínica y que adhiera políticamente a la idea de la limitación en el hiperconsumo, en la utilización, el volver al respeto al paciente desde el punto de vista de su seguridad cuando se le administra un medicamento.

Este es un ámbito que, en el fondo también es ideológico, pero sí que con las mismas armas científicas (lo bueno que tiene la situación es que esas armas científicas existen, ya que a través de la profundización en la farmacología clínica podemos llegar a demostrar que es necesario achicar el arsenal terapéutico a la mitad), se puede crear un grupo con predicamento científico en el hospital que desarrolle esta tesitura con un compromiso. Es la manera de apuntar al desarrollo de la utilización de la monodroga, el problema de la eficacia, la seguridad, la excesividad, lo cual se puede realizar a través de un comité de Vademecum en el cual se trata la cuestión administrativa, el problema de su codificación, la introducción en la computadora y demás. Pero lo más importante es la integración multisectorial de ese comité y la presencia de profesionales reconocidos y prestigiados científicamente y que estén comprometidos con esta actitud, no en la actitud de probar nuevos medicamentos que han salido anteayer, con el subproducto que esa actitud genera y sí están comprometidos con la actitud de ver de qué manera se hace más prudente y se achica la agresión medicamentosa sobre los pacientes.

Coordinadora: —Una pregunta para el Dr. Bonazola: ¿El presupuesto debe descentralizarse para priorizar la APS? ¿Qué criterios de priorización deben aplicarse para hacer realidad esta descentralización?

Dr. Bonazola: —Este tema es muy largo, así que trataré de acortar, pero será una respuesta parcial, quizá. Creo que la descentralización es en este momento una prioridad dentro de la transformación del sistema de salud absoluta. Más allá de lo que signifique descentralización técnica y semánticamente, hablemos en general de lo que es delegación de poder a niveles más periféricos que, obviamente, implica asignación de recursos para que en forma autónoma se puedan tomar decisiones. Por lo tanto, la descentralización es básica en cualquiera de las formas que se presente: legislativa, administrativa, operativa, etc. La descentralización de por sí no implica participación; el tema tiene un costado que es administrativo, eficientista y un costado que es social. Puede descentralizarse una zona, un efector, puede acceder a instrumentos crecientes para una gestión más autónoma y seguramente va a ganar en eficiencia, pero no necesariamente se va a dar la participación. A veces se da un fenómeno inverso ya que la descentralización requiere en su desarrollo, de una direccionalidad política; la observación que nosotros pudimos hacer es que cuando se va descentralizando, en este caso

los hospitales, adquieren una posibilidad de gestión más eficiente pero esto debe dar lugar a mecanismos a través de los cuales se va discutiendo colectivamente a dónde apuntan esos mejores instrumentos que se tienen. Si esto no se da, los factores de poder interno existentes se mueven con mayor comodidad. Los servicios que tienen jefes con más influencia o que son más persistentes en su pedido y que a lo mejor no están dentro de la prioridad general del establecimiento, pueden lograr una importancia mayor si este instrumento que se les alcanzó de alguna manera no se alcanzó junto con el debate de la dirección que toman esos elementos.

Entonces, el criterio de priorización básico es, que, por un lado, cuando llega la información a un establecimiento tiene que difundirse en el conjunto de la población hospitalaria sobre que está y para qué sirve. Pero tiene que haber garantizado un debate desde el punto de vista de a dónde va el establecimiento y a dónde va el sistema en este sentido.

Yo creo que lo importante que tiene la descentralización es que no implica participación en forma inmediata y no implica tampoco participación comunitaria en forma inmediata. ¿Esto qué significa? Cuando se descentraliza lo que se está dando es un instrumento para que los agentes institucionales puedan tener un rol más protagónico. Si este rol aparece, es un elemento que se elabora con una actitud del establecimiento que puede ser más proclive, más positiva a la participación de la comunidad en formas de gestión, de opinión y demás. Esto puede significar que muchas veces encontramos conductas en los establecimientos en las cuales hay una participación comunitaria y sin embargo, encontramos que hay un estilo de incomunicación institucional que determina que, ni entre los diversos agrupamientos de un establecimiento hay una verdadera modalidad de intercambio en prosecución de un objetivo común. Por supuesto que si entre enfermeros, médicos, asistentes sociales, operarios de servicios generales, no hay una idea conjunta de trabajo, mucho menos puede esperarse una actitud general del hospital hacia la participación comunitaria. Está el proyecto de descentralización pero no se le da la posibilidad de que esta gestión de tipo colegiado pueda tener formas de implementación, que también faciliten el ingreso de la comunidad a la experiencia.

Coordinadora: —Una pregunta para el Dr. Noguero: ¿Cuáles son los parámetros para saber si una institución es o no abierta? ¿Cómo distingue ésta de una institución “tramposa” y cómo descubrir un director “tramposo” y movilizar el cambio?

Dr. Noguero: —Con respecto a los parámetros para saber si una institución es o no abierta, creo que es una muy buena pregunta. Recuerdo que a principios de 1984 tuve que estar como director del hospital y lo primero que hice fue ponerme en la puerta del mismo y decirle a una administrativa que me guiara como a un paciente más, para ver qué cosas tenía que hacer para llegar a ser atendido.

En realidad tenía que entrar y salir del hospital hasta un kiosquito que había

afuera nada menos que 5 (cinco) veces para pedir distintos turnos y distintos números, para finalmente llegar a ser atendido. Con esto quiero mostrar el grado de cerramiento que puede llegar a tener una institución.

Yo creo que los lugares en los que se debe poner énfasis en la visión diagnóstica del grado de apertura o de cierre de una institución, son básicamente los lugares de borde de esta institución. Yo me preguntaría si un hospital tiene consultorios abiertos, de atención inmediata en los cuales el paciente no tenga que sacar número de historia para ser visto y metido en la máquina institucional de complejidad. Le preguntaría al hospital si tiene atención en terreno y si tiene consultorios especiales para atención de grupos poblacionales determinados como por ejemplo adolescentes; le preguntaría al hospital si tiene consultorios abiertos para enfermedades de transmisión sexual, para alcoholistas, para medicina preventiva. Trataría de fijarme sobre todo, en todos los lugares en los cuales el hospital se pone en contacto directo con la comunidad. Esto no quiere decir que también dentro de la institución yo no pueda encontrar parámetros que me digan cuánto de cerrado o de abierto tiene ese hospital en función, por ejemplo, de cómo acceden las visitas o los familiares a las salas de internación. Es muy común encontrar un cartel, cuatro metros antes de llegar a la sala de internación que dice Prohibido Pasar y es muy común encontrar médicos que se ponen nerviosos porque los familiares se meten adentro preguntando qué pasa con los pacientes y es muy razonable pensar que eso tiene que ser así, pero nadie pensó que tienen que ponerse en contacto con los familiares. Pero de todos los lugares del hospital, sigo pensando que son los lugares de base los que más se pueden prestar para hacer un diagnóstico y especialmente en donde más se puede cambiar la relación entre el hospital y la comunidad.

Yo soy muy escéptico cuando se plantean los cambios que empiezan del centro, los que empiezan desde la internación, desde el conjunto de hospitales, desde terapia intensiva. Hemos trabajado mucho sobre eso y no hemos conseguido absolutamente nada.

Con respecto a la pregunta sobre cómo se distingue una institución tramposa, yo creo que aquí la diferencia es fácil de detectar: la institución tramposa dice que hace cosas y yo creo que todos, las personas, las instituciones, nos definimos por lo que hacemos, no por lo que decimos ni por lo que pensamos. Entonces creo que observando lo que una institución hace, lo que un servicio hace, es cuando se puede tener algún elemento para decir, en qué medida hay una situación de trampa y en qué medida hay una situación efectiva de intento de realización de cambio y de avance, con todos los problemas que esto significa. En lo que se refiere al director tramposo, yo creo que no hay recetas para descubrirlo, pero en todo caso hay que tener en cuenta en esto, y hablo como director que alguna vez fui, que el director es alguien que está en un lugar de articulación, no entre el adentro y el afuera, aunque pueda estarlo; sino entre las necesidades, deseos de los grupos profesionales de adentro, entre las necesidades de la comunidad, entre las necesidades y directivas del marco jurídico, político y económico en el cual se desenvuelve por lo cual tampoco creo que el director sea omni-

potente y que pueda o quiera modificar por sí la situación. Creo, más bien, que no es tramposo si utiliza su lugar de poder para permitir que las fuerzas transformadoras, vengan de adentro o de afuera, puedan ir ejerciendo una acción. Creo que es tramposo si ese que quiere cambiar las cosas no deja actuar a las fuerzas, que quieren promover el cambio.

Coordinadora: —Hay otra pregunta para el Dr. Noguero: Su cargo de Jefe del Departamento de Medicina Interna, ¿no es una forma de poner muros? ¿No tendría que ser de Medicina?

Dr. Noguero: —En realidad, el título de Medicina Interna ha sido puesto por los realizadores de las Jornadas. Mi departamento es de Medicina. Además, no es un cargo, por favor. Lo que pasa es que habitualmente Medicina se asocia con Medicina Interna, pero creo que esa denominación tiene otras connotaciones. Desde un lugar de conducción se puede definir el objeto de trabajo de un servicio o de un departamento y nosotros en nuestra área, el municipio, hemos armado departamentos enteros como algo que llamamos el Departamento de Atención Primaria Pediátrica, en el hospital de Niños. Este hospital se divide en un Departamento de Pediatría, que incluye internación y especialidades y un Departamento de APS pediátrica y es posible que el nombre pueda ser cuestionado si es que se quieren hacer precisiones semánticas muy precisas, pero a los fines funcionales agrupa todo lo que es atención ambulatoria del hospital de niños, a todo lo que es atención ambulatoria pediátrica de todos los centros periféricos y a todo lo que es atención en comunidad; también la coordinación técnica de todo lo que hacen los pediatras fuera y dentro de la complejidad hospitalaria, en las prácticas de primer nivel. En cambio en el departamento de Medicina, en la atención de adultos esto no es así, porque la magnitud de la atención periférica no da para esto, pero sí hay un sector que se ocupa especialmente de atención ambulatoria y atención periférica. Hemos podido crear, por ejemplo, un servicio de Medicina Preventiva y Social que es un tema interesante como para dedicarle 30 segundos. La prevención y la promoción son importantes, pero nos hemos cansado de pedirles a los servicios asistenciales que hagan prevención y yo creo que esto no es mala voluntad, sino que la presión asistencial es tan grande que la prevención siempre queda en segundo lugar, además por la ideología de algunas personas. En nuestro hospital, por ejemplo, las enfermedades de transmisión sexual eran tratadas en la guardia, por algunos clínicos, los urólogos, los dermatólogos y los ginecólogos, cada cual a su manera y entonces no había un solo caso de enfermedad de transmisión sexual denunciado y mucho menos un estudio de contactos. Por lo cual creamos un servicio de Medicina Preventiva, con profesionales que se dedican a todos estos aspectos preventivos y de algún modo asistenciales y hemos podido lograr obtener información, trabajos con contactos, hemos podido acceder a la problemática del Sida y esto es un servicio que está dentro del departamento de medicina y que también incluye, como departamento, Salud Mental.

Esto viene a cuento de que las resistencias para salir a trabajar afuera, las resistencias para que las necesidades comunitarias sean atendidas, no siempre surgen de los grupos de formación biológica; también surgen y a veces son muy intensas y muy difíciles de modificar en los grupos de formación en ciencias sociales, como puede ser también Salud Mental.

Es decir que el departamento de Medicina, es Salud Mental, es Clínica, es Medicina Preventiva, es Atención Ambulatoria.

Coordinadora: —Una pregunta para el Dr. Ferrero: se le solicita mayor explicación del agente sanitario, su rol, su formación y el método de trabajo por medio de diagramas. Y otra pregunta: ¿Usted cree que las visitas las hacen sólo los auxiliares? ¿Esto responde a una planificación? ¿Por qué salen sólo los auxiliares?

Dr. Ferrero: —Primero hablaría de la formación y después del rol. La formación del agente sanitario transitó con nosotros dos etapas o dos períodos bastante diferentes. Uno de ellos, desgraciadamente signado por la presión de la dictadura militar, en el cual no teníamos la posibilidad de lograr una capacitación integral del agente sanitario y se hizo un curso curricular cuyos programas venían directamente de Buenos Aires y se manejaron desde el nivel central de Formosa. En una segunda etapa, ya en el gobierno democrático, nosotros reformulamos el perfil de formación del agente sanitario y actualmente se realiza un curso de un año de duración con un sistema de alternancia y con unidades modulares cambiables unas con otras, donde no sólo se incluye la faz técnica sino que también se trata de incluir la cuestión de las condiciones socio-políticas y económicas que pueden condicionar la falta de salud para la comunidad en la que viven.

La modalidad tiene que ver con un acercamiento de los agentes al centro de capacitación, están allí un período de tiempo determinado, luego de ese período en el cual completan una unidad vuelven a su comunidad, o sea, a su lugar de trabajo aplicando los conocimientos en los que han sido capacitados. Luego de un tiempo de estar juntos, comunidad y agente sanitario, se va descubriendo el perfil y el rol del agente sanitario dentro de la comunidad ya que dicho agente siempre es un miembro de la misma, elegido por ella, que comparte cultura e idioma y no nos interesa la escolaridad que tenga dicho agente.

En la segunda unidad se realiza, primero, una evaluación del trabajo que el agente ha hecho, en algunos casos con autoevaluación de los mismos agentes y luego pasa a desarrollarse la segunda unidad y así siguiendo con este sistema de alternancia. El personal que está en forma estable en el centro de capacitación es el que realiza la capacitación del agente sanitario, de dos maneras: la supervisión en terreno y cuando se produce la concurrencia al centro. Con referencia al rol del agente sanitario lo va descubriendo la comunidad a medida que ésta lo va viendo actuar. Con respecto al trabajo con diagramas sobre el que me preguntan, tiene que ver con una carpeta que manejan los agentes sanitarios en la cual se registra una solución binaria. Se pregunta cuál es la patología sobre la cual la

comunidad consulta más frecuentemente y se desarrolla un diagrama sobre la misma. Los ejemplos más claros son tos, fiebre, diarrea en los niños, crisis hipertensivas, etc. Mediante esto tiene que seguir un camino o ruta que desemboca en dos opciones: sí y no, no hay opción y tiene una pregunta y una solución final para seguir el camino. Esta solución final puede implicar varias cosas, como por ejemplo un tratamiento de rehidratación o inclusive antibióticos; esto depende de la adaptación de cada agente sanitario o del perfil que adopta cada efector rural, de acuerdo con el lugar en el que está trabajando. Otra solución puede indicar una derivación y cómo hacerla. Este sería el trabajo con diagramas.

Con respecto a que las visitas sólo las hacen los auxiliares, esto es cierto con excepción de la visita médica y la odontológica, hechas por el médico y el odontólogo. ¿Esto responde a la planificación? Sí. Desde el comienzo de nuestro trabajo, ya hace 15 años, el objetivo, al ver lo difícil que resultaba poder ubicar profesionales en la zona, nuestro objetivo consiste en la capacitación del recurso humano local. Contábamos ya con algún agente que trabajaba en el tema salud y se fueron incorporando muchos más durante estos años. Todo esto tenía un objetivo que era poder llegar a transferir los programas que nosotros habíamos iniciado, a ese recurso humano local, de lo contrario no tenía sentido. Si nosotros estamos, lo importante de esto es poder transferir el poder que tienen los equipos de salud a las comunidades; en este caso, a través de los agentes sanitarios a tal fin. Nuestros auxiliares pueden ser o agentes sanitarios o algunos supervisores y muchas veces los auxiliares fisiológicos que son nuestros agentes en APS, que están capacitados para todo lo que signifique el diagnóstico, tratamiento y control de la TBC. Cuando hay evidencia de que en alguna comunidad hay posibilidad o se encuentra algún niño con alguna patología de éstas, se envía a los que hacen una recorrida en esa comunidad detectando los casos. Esta es la razón por la cual van fundamentalmente los auxiliares. Nosotros pensamos que a fin de 1988 el programa de TBC, el programa de parteras tradicionales y su capacitación, parte del programa de agentes sanitarios y todo el programa de control materno-infantil va a estar transferido al recurso humano local. A pesar de que nosotros nos consideramos como la comunidad, siempre somos un poco los "venidos de afuera".

Coordinadora: —Una pregunta para el Dr. Schwarcz. En uno de los talleres se expuso una experiencia del conurbano referida a la estructura de su zona en servicios de obstetricia. Destacaba que mujeres, con frecuencia, en trabajo de parto recorren diversos sitios de la zona para terminar finalmente en la sala de partos de un hospital de la Capital. Esto sería más del 50% de embarazos que han sido controlados. ¿Es tan insuficiente la infraestructura que ofrece el conurbano y también la zona de La Matanza?

Dr. Schwarcz: —Nadie sabe, por ejemplo, el porcentaje de población que tiene cobertura social. Nunca se estudió y cuando se pregunta se dice aproximadamente 50%. Suponiendo que fuera cierto, (aunque ha debido desminuir en los últi-

mos años), hay un 24 a 25 por ciento de natalidad, hay de 27 a 28.000 partos anuales en el partido de La Matanza de los cuales no menos de 13.500 a 14.000 serían posibles de ser realizados en el sub-sector público.

Los hospitales de La Matanza, por la cantidad de camas que tienen entre todos los hospitales locales, hacen 4.600 partos anuales y nuestro hospital, llega por la cantidad de camas habilitadas, a 3.600, con lo cual hay entre 6 y 7.000 partos que no se pueden realizar en La Matanza y que terminan en el hospital Santojanni, en el hospital Alvarez, en el Argerich, en el Durand, en Gonnet, en La Plata, en Mar del Plata o en Bahía Blanca.

Pero el problema no es sólo la cantidad de camas, sino que no existe una regionalización en cuanto a qué lugar hay que ir a tener familia con respecto al riesgo de ese embarazo. Si sumamos el 30% de la población que no tiene control prenatal, más aquellos que lo tienen y se han encontrado riesgos durante el embarazo tales como amenaza de parto prematuro, existe por lo menos un 50% de partos públicos que son de riesgo, pero nadie sabe indicar a qué lugar debe ir la paciente según el grado de riesgo, por lo cual el único hospital que tiene un tercer nivel con Terapia Intensiva de adultos, en caso de que la madre tuviera que permanecer allí, y con Terapia Intensiva Neonatal es el hospital Paroissien, pero se ve abarrotado de partos normales que ocupan las camas. De manera tal que cuando hay un parto prematuro no hay camas para ir al Paroissien. Es así que la falta de regionalización crea un caos donde ni siquiera el 60% de las camas que necesitaría el partido, están bien aprovechadas.

Público: —Yo quisiera hacer una pregunta al auditorio y al panel. En varias oportunidades hemos escuchado hablar de las dificultades que existen en la parturienta, que desde el conurbano de Buenos Aires viene a la Capital. Y parecería que el problema grave es la falta de infraestructura porque se habla de que no hay camas y que la parturienta tiene que recorrer largas distancias, incluso con esta anécdota de que va a parar hasta Mar del Plata. Yo me pregunto si, como una medida paliativa, ¿no sería interesante en los barrios, por ejemplo, que trabajen parteras que sepan detectar cuándo un parto va a ser normal, cuándo hay alguna dificultad y que entonces la mujer pueda tener su parto cerca de su casa y realmente tenga una mejor atención?

Dr. Schwarcz: —Yo creo que sí, coincido con el colega. Estaría mejor atendida de esa manera. Pero la experiencia que estamos teniendo nosotros en APS en el Partido de La Matanza, nos ha indicado que una persona de la comunidad y la mamá misma pueden detectar cuándo está en trabajo de parto y cuándo no. Gran parte de los rechazos en las instituciones oficiales se deben a que las mamás que no tienen atención previa, van demasiado pronto o a veces demasiado tarde. No saben realmente identificar cuando están en trabajo de parto. Si van muy pronto alquien les dice “vuelva dentro de dos horas” y dos horas en el conurbano puede ser todo el día, porque a veces no tienen adonde ir y tomar otra vez dos colecti-

vos para regresar a su casa implica que ya es tarde. Entonces le gritan porque vienen en expulsivo y ahora hay que internar al chico y se le echa la culpa.

Otra situación es la de mujeres que no saben detectar que ya están en trabajo de parto y realmente van tarde o no tienen adonde dejar los chicos y cuando los han ubicado y llegan al hospital es tarde. Entonces lo que se procura en la primera reunión de grupos de mamás que se hace, es decirles que nuestro programa de Atención Perinatal no les garantiza una cama en ningún lado porque no podemos prometer que haya pacientes que, por estar en el programa, tengan reserva de cama. Lo que sí hacemos es discutir cuáles son las camas disponibles, adonde están, cómo se llega a ellas, en qué colectivo, adonde están las que no son del partido y cómo se llega. Incluso se induce a visitar los lugares, se vincula a la gente con los agentes sanitarios para que puedan llegar adecuadamente al parto, se organiza la ubicación de los chicos en caso de no estar la pareja en el momento del parto, se procura que algún vecino vinculado al programa acompañe a esa señora que después pueda contar esto en su casa, y se dedican varias reuniones a la identificación del trabajo de parto, para que sepan darse cuenta cuándo y cuánto le lleva, una vez que percibe que está empezando el trabajo de parto, llegar al lugar. Eso ha hecho que disminuyera muchísimo la urgencia con que llegan las señoras de nuestro programa al mismo lugar al que llegan las que no están dentro del programa ya que llegan acompañadas, en mejores condiciones, a tiempo y sabiendo adonde hay que ir.

De todas maneras, se han hecho partos en el Centro de Salud Vecinal, que tuvo piso de tierra hasta hace 6 meses y donde los agentes de salud han aprendido a atender esos partos y la gente está pidiendo hacer los partos en el Centro de Salud. Otra cosa que es también importante es que, pese a que es una de las poblaciones de más riesgo por el nivel socio-económico, no hubo, de 300 embarazadas que ya hemos controlado en San Pedro, ni una sola internación materna. Sin embargo, tuvimos 10 luéticas, cantidad de hipertensas, muchas bolsas rotas; pero se internan en la casa, las visitan los agentes sanitarios, se identifica el momento en que tiene que llegar al hospital y nunca tuvieron problemas. En otros casos y con otra ideología, inmediatamente se llevaría a la paciente al hospital, y probablemente de tantos tactos que le hacen se infectaría, etc. De esta otra forma se realiza un acto de más alta calidad médica, que el realizado en el hospital.

Coordinadora: —Una pregunta para el Dr. Noguero: Partiendo de sus conceptos que indican al pediatra como el modelo médico actual más idóneo para desempeñar la estrategia de APS en la comunidad, ¿qué opina usted del médico generalista, que, luego de realizar una residencia de tres años se incorpora a la estrategia de APS? Defina, si usted puede, a este médico.

Dr. Noguero: —En realidad yo no he dicho que el pediatra sea el más idóneo sino que por su objeto de trabajo es el que más fácilmente puede percibir las posibilidades y los resultados de un trabajo no tradicional.

Con respecto al médico generalista, su necesidad, su formación y sus necesidades concretas de acción, el tema es bastante complejo. En el año 1968 nosotros hicimos en el hospital una residencia de medicina general y rural que duró 5 años; yo en ese tiempo era instructor de clínica médica. Los muchachos llegaban muy informados, a mi juicio, en lo que era clínica, pediatría, tocoginecología de primer nivel, cirugía, pero hubo que cerrar esta residencia porque el sistema no absorbía a estos profesionales y terminaban incluyéndose luego en residencias lineales de una u otra especialidad. Yo creo que es distinta la situación en el conurbano que en el medio rural. A mí me gustaría que tuviéramos medicina general, entendida no como aquel médico que no es especialista sino como el que tiene la especialidad de la generalidad, que es distinto y que tiene una formación específica, pero tengo la impresión de que el cuerpo social con el que se trabaja en el conurbano difícilmente acepta por lo que vemos en nuestro medio, una especialización menor o mayor, si ustedes quieren, que pediatra, clínico u obstetra. Yo veo que las familias piden que los chicos sean vistos por el pediatra o por el clínico o por el obstetra. Cuando hablaba de la experiencia del 68 es porque yo soy un ferviente promotor del médico general como actividad y creo que debe tener un campo de acción específico. Lo que pasa es que creo que el sistema público y el sistema de atención social dentro de lo que es el conurbano no les está dando el lugar necesario como para poder promover con eficiencia y entusiasmo la residencia en medicina general. Sé que se están haciendo en la provincia de Buenos Aires, que la vía de los ATAMDOS abre una posibilidad de ejercicio, pero me parece que tiene que ser el sistema el que les asegure su permanencia. De otro modo corremos el riesgo de formar profesionales que luego no tengan un espacio propio, específico y jerarquizado de acción.

Con respecto a la definición del dicho médico general, yo no creo que el médico general, sobre todo si lo pienso como médico de la comunidad, sea la suma de un poquito de pediatría, un poquito de clínica y un poquito de cirugía. Es eso y algo más; tiene que tener elementos como para permitirle hacer diagnósticos más allá de lo individual, de tipo comunitario y poder interactuar con el resto de las fuerzas comunitarias como para lograr su objetivo de salud. Este es un tema que daría para mucho y me encanta desarrollarlo pero deberé dejarlo acá.

Dr. Bonazola: —La pregunta dice: **¿Cuál es la experiencia de su hospital en la intención de concretar el puente entre los trabajadores que salen a comunidad y los que se quedan en el hospital?**

No sé si se refiere a la experiencia del grupo de salud laboral. En este caso una de las acciones que ha iniciado es el relevamiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo dentro del hospital, pero no así las acciones externas. Eso forma parte de un proyecto de desarrollar tareas de prevención y promoción en salud de los trabajadores.

Coordinadora: —Hay una pregunta conjunta para los doctores Noguero y

Schwarz: La pregunta dice: si la salida de los profesionales del hospital para trabajar en la periferia, tuvo resistencias; ¿quién decidió quiénes salían y qué actitud asumieron las asociaciones gremiales de sus hospitales?

Dr. Schwarz: —En el caso de nuestro hospital, las experiencias de salida de los profesionales son, en general, puntuales y son por servicios y no por una decisión de la Dirección del Hospital ni del Consejo Técnico Asesor. Son los servicios los que deciden comenzar a hacerse oír. Como sucedió con los neonatólogos, con psiquiatría o con la residencia de medicina general, no hay entonces resistencias porque lo que primero tiene la gente es la idea de salir y luego lo implementan. Con respecto a quién tomó la decisión de quiénes salían, fundamentalmente fueron los servicios o sea, cada uno de los sectores interesados.

En cuanto a la actitud de las asociaciones gremiales, en el caso del Paroissien no hay ningún tipo de oposición sino todo lo contrario; la Asociación de Profesionales apoya, aunque no lo haya desarrollado.

No hay una actitud activa de desarrollo de la APS todavía. Pero esto crea una división dentro del hospital en el que hay profesionales y servicios que consideran que todo aquel que voluntariamente quiera trabajar en APS es subversivo, hasta que demuestre lo contrario.

Dr. Noguero: —La institución dispone la salida de los profesionales. El Hospital de Niños tiene 6 pediatras de guardia por día, que hacen 24 horas de guardia y 12 horas de planta, que se hacen en centros periféricos, en atención en terreno y también parte de esas horas se despliegan en una labor docente para esa tarea dentro del hospital. Es decir que la institución en su conjunto decide que una cantidad enorme de horas médicas se realizan en la periferia, como sistema y ya no como algo voluntario. En otros lugares tales como el departamento de medicina, cada uno en función de su lugar decide sobre la salida de los profesionales aunque ésto no es taxativo, obligatorio y contra las características personales de cada uno sino que se busca cierto grado de consenso.

Con respecto a qué actitud asumen las Asociaciones de Profesionales, en el caso de la del Hospital de Niños, esta es la mayor defensora de la acción de los profesionales fuera del establecimiento y también la que más defendió el luchar contra las interferencias que se hacen con la labor de esos profesionales. En otros lugares la Asociación de Profesionales puede ser indiferente, como en el hospital de adultos y en algunos lugares se opuso, como en el caso de la maternidad cuando dijimos que los neonatólogos tienen que salir afuera.

Pero después que se empieza a salir, se empieza a trabajar y a respetar ese trabajo y empiezan a aparecer los productos de ese trabajo, las resistencias ceden rápidamente. Yo creo que hay resistencias en la gente que queda dentro de la institución para recibir la demanda que viene de afuera. Por eso creo que la gente que sale tiene que estar formada para lo que hace y la gente que no está bien informada de lo que hace la gente que sale, tiene que saber de qué se trata y qué es lo que tiene que hacer para poder resolver los problemas de salud. Creo que

no hay resistencias profesionales en la gente que sale y las resistencias mayores, desde mi punto de vista y en este momento de la experiencia, están dadas por el nivel político. Al principio aparece la resistencia individual y luego la resistencia institucional y más tarde aparece la resistencia política. Estos son los límites que tiene la experiencia real, concreta y movilizadora del trabajo en comunidad.

Coordinadora: —Hay una pregunta dirigida al panel: *¿Consideran que el cargo de director de un hospital, urbano o rural, debe ser un cargo político? ¿Debe ser un profesional médico? En ese caso, ¿no tendría que ser de carrera?*

Dr. Noguero: —Como respuesta a la primera parte, yo diría que en principio el cargo de director de un hospital lo es. Creo que no debe serlo, pero lo es. Y estamos ante una realidad en la que los partidos políticos hegemonizan a los directores o a los hospitales en su manejo partidista. Lo importante es que nosotros no nos frenemos en esto porque, si vamos a discutir que es un cargo o no es un cargo político, casi todas las carreras sanitarias se reservan los lugares de director de hospital como cargo político.

En cuanto a la segunda pregunta, yo diría que no, que no necesariamente debe ser un profesional médico. Vuelvo a insistir que en este caso no interesa quién es el director, sino que lo importante es el funcionamiento de un equipo de salud. Debemos sacar esa hegemonía del médico o del director del hospital para que empiece a funcionar el equipo de salud. A la gente que se asiste es necesario hacerla llegar a una interrelación tal que se cambie eso que habitualmente ve en el médico, porque es director o porque es el médico más viejo, por un trabajo en equipo. Con respecto a que sea de carrera, creo que todo el equipo de salud debe capacitarse, no sólo el director del hospital.

Dr. Schwarcz: —Yo diría que el director, sobre todo de los centros de salud y de los centros periféricos, también del hospital, en principio debería ser un director político, siempre y cuando haya una política de salud, si no, mejor que no lo sea y eso es lo que está pasando. Prefiero en ese caso que no sea político, como manera de preservar el lugar de profunda desorganización. Pero si hubiera una política, para diseñarla y para ejecutarla, realmente debería ser un político.

Dr. Noguero: —Me preguntan si los residentes de primer año en el periférico están solos, si atienden, si están al lado de alguien que ya hizo una experiencia considerable en APS.

Nosotros consideramos que la residencia no debe tapar agujeros y no debe hacer cosas aisladas que ya no está haciendo el sistema, que esté sostenida por el mismo y que ellos se encuentren al lado de dicho sistema. En esta experiencia que se está planteando no están solos.

La otra pregunta es: *¿qué opina del plan ATAMDOS, es aplicable dada la*

realidad socio-económica? Pongo énfasis en el descreimiento del equipo de los trabajadores de la salud.

Yo no quiero eludir esta pregunta, pero les aclaro que si bien trabajo en la provincia de Buenos Aires, lo hago en el área del municipio cuyo sistema de salud es totalmente municipal, por lo tanto conozco sólo algunas cosas por lo cual no podría, con elementos suficientes, responder seriamente a esta pregunta. Creo que sí es importante desarrollar prácticas sistemáticas de atención en la comunidad.

Dr. Schwarz: —A mí me gustaría hablar sobre el tema del ATAMDOS, aunque la pregunta fue dirigida al Dr. Noguero, porque yo sí estoy en un hospital provincial y nos ha sido presentado el miércoles pasado, quizás un poco tardíamente, por el director de APS de la zona sanitaria, que abarca casi 4 millones de habitantes. Personalmente creo que cualquier cosa que tienda a poner énfasis en la APS, en la atención en la comunidad y sacarla de los hospitales, es positiva.

Como no hay nada o lo poco que hay funciona mal, creo que un programa que ponga énfasis en la atención periférica ya es algo positivo. Lo que hemos discutido en la reunión del Consejo Técnico Asesor con la persona que nos presentaba el plan ATAMDOS es que, primero, nunca lo habíamos hablado y ya se empezaba a ver en algunas comunidades de La Matanza, siendo aplicado sin una discusión previa ni con las comunidades ni con los efectores públicos. Parecía un programa muy interesante, pero de gabinete, bajado desde un laboratorio. En el Hospital Paroissien, en el mes de diciembre, se hizo una jornada comunitaria en la cual participaron cerca de 50 sociedades de fomento, clubes; se discutió la APS, la atención en el hospital, hasta cómo debía ser la vigilancia en el hospital. Esto se discutió con la comunidad y no se discutió el programa de APS. El ámbito existe y no fue usado para la discusión. O sea que pareciera algo un poco vertical.

La segunda inquietud muy grande es que, en lugares en los que no se atiende se sabe que cuando se empieza a atender se destapa una olla en la que aparece toda la patología. Se descubre que en un barrio en el que hay 2.000 chicos vamos a encontrar 50 soplos cardíacos, que todos tiene caries, que muchos de ellos son sordos, que muchos no ven bien y todo eso va directamente al hospital local en el cual en este momento no hay oculista, por ejemplo, no hay audiómetro, el laboratorio no tiene turnos ya que los otorga para dentro de tres meses y radiología no da abasto. Entonces, pretender implementar un plan en el cual se empieza desorganizadamente con un sector, sin tener claro cómo se va a resolver el problema de la gente a la cual se va a informar sobre su patología, corre el riesgo de ser inefectivo y de chocar una realidad que no va a poder resolver.

Siempre se debe empezar con un grupo, y no con todos los grupos ATAMDOS armados en conjunto. Aparentemente no se eligieron las comunidades más pobres, sino aquellas que tenían una organización previa que facilitara una iniciación rápida y también resultados rápidos, lo cual no indica que son necesariamente las más pobres. En la reunión en el mes de diciembre, en el hospital, cuan-

do hubo una asamblea comunitaria, la misma comunidad dijo cuáles eran esos lugares más pobres. Incluso hubo grupos que dijeron: No nos ayuden primero a nosotros, vayan al Tambo, por ejemplo, que es un asentamiento. Sin embargo, el ATAMDOS empieza por otros lugares. El otro punto que veo frágil y que hay que reforzar es que no existe personal capacitado; si bien existe en la provincia la residencia de medicina general, cuyo programa interno cambié varias veces. La capacitación con que salen los médicos en las cuatro especialidades básicas depende mucho del programa, de cómo eran los servicios en los que rotaron. El médico todavía no sale preparado como para tomar el problema de toda una comunidad y no solamente poder atender a un niño, a un adulto, a una embarazada y también a alguien que requiera cirugía. El único lugar de consulta es el hospital y de los primeros ATAMDOS que empezaron a trabajar en La Matanza, están llegando ya a cardiología pedidos de ergometría, pedidos desde un barrio por médicos del ATAMDOS. Entonces el que está a cargo de ergometría pregunta si hay alguien que entienda un poco más que haya visto al paciente para ir a algo más especializado. Entonces hay un ida y vuelta de los pacientes que terminan peor que si hubieran ido directamente al hospital, porque hubieran llegado al cardiólogo más rápido y a la ergometría. Entonces, no hay un lugar intermedio, como puede ser en otros países como en Costa Rica, la policlínica, e incluso en Cuba, en donde hay especialistas que no están en el hospital sino cerca de la comunidad y a dónde el generalista que está en el ATAMDOS puede llegar a consultar sin obligar al paciente a ir al hospital. De lo contrario el ATAMDOS es una puerta de entrada para mandar gente al hospital y no cumple con lo que tiene que cumplir. Sigo pensando que es mucho más de lo que había, que es perfectible siempre que se generalice la discusión, se haga participativa y se haga participativa con la comunidad, de lo contrario va a ser un plan más, destinado al fracaso.

Coordinadora: —La pregunta dice: **¿Qué propuestas de trabajo existen cuando se dan las resistencias institucionales en el hospital? Con las contradicciones propias en APS, ¿cómo se trabajaría con el problema de las derivaciones cuando presenta serias dificultades y cuando el centro periférico no es reconocido por el hospital base?**

Dr. Noguero: —Creo que precisamente la última parte de la pregunta pone el acento en un aspecto crucial, que lo podemos pensar en forma de dos modelos: mucha gente propone que la APS sea hecha en los centros periféricos, fuera del hospital y por profesionales, por cuerpos administrativos que están organizados y formados precisamente para ese tipo de atención; esto significa plantear un curriculum particular, que es conceptualmente lógico y que el hospital de cabecera o base, siga siendo tal cual es. Esto, que conceptualmente puede tener su sentido, creo que no es operativo. No me parece que se puedan sortear las barreras que hay entre el centro periférico y el hospital base, exclusivamente con un sistema administrativo de derivación, escrito y perfectamente reglado. Para nues-

tra realidad, la del conurbano, la mejor manera es que el centro periférico y el hospital formen una única unidad funcional y que los médicos pertenezcan a ambos. De otra manera, todos los sistemas que se inventan terminan con una instancia administrativa que está muy prolijita, pero en la realidad no resuelve nada. Por eso nosotros permanentemente, insistimos en que nuestra realidad pasa por tener una unidad móvil y que el tamaño del hospital y los centros periféricos sean del de la comunidad, y que tampoco puede haber dos grupos de profesionales distintos, con carreras distintas y con reconocimientos distintos.

Con respecto a la primera parte de la pregunta, yo creo que no hay una propuesta sino todo un camino de trabajo que se dará de acuerdo a cuál es la resistencia que aparece, cuáles son los factores de poder que le sostienen y cuáles son los factores de poder que tiene quien quiere vencerla.

Mi táctica será distinta si soy jefe de departamento, que si soy director o director de salud o de un grupo profesional que no tenga un espacio de poder y que quiera realmente llevar esto adelante.

Me parece que Bonazola planteó en su primera parte un esquema bastante claro y que comparto plenamente, con respecto a que buena parte de las resistencias se pueden ir venciendo, parte del grupo profesional para un cambio y no enfrentando una situación dilemática en la cual para que sobreviva uno tiene que morir los otros. De esta manera, siempre está muy claro quiénes son los que mueren. Entonces hay que resolverlo de acuerdo a cada situación y de acuerdo a cómo se produzca en cada institución, partiendo de la base de consenso y suma. Si pensamos que los cambios radicales los tenemos que hacer con los profesionales radicales (en el sentido no partidario), creo que no vamos a ninguna parte. Hay que ver cuál es la posibilidad y, ya que hablamos de salud, si nosotros pensamos solamente cómo son los resultados del claustro de graduados y de estudiantes de distintas facultades, vemos que no va a ser mayoría la gente que quiere profundos cambios (sin ánimo de entrometerme en la política interna de esta institución). Me parece que la vía de la suma es mejor que la del enfrentamiento destructivo.

INCORPORACION DEL HOSPITAL EN LA TECNOLOGIA MODERNA*

PROFESOR MICHEL FOUCAULT

¿Cuándo empezó a programarse el hospital como un instrumento terapéutico, instrumento de intervención en la enfermedad o el enfermo, instrumento capaz, por sí mismo o por algunos de sus efectos de curar?

El hospital como instrumento terapéutico es un concepto relativamente moderno que data de fines del siglo XVIII. Alrededor de 1760, se crea una conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo y que se refleja en una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada de los hospitales.

En Europa empiezan a realizarse una serie de viajes-encuesta, entre ellos el del inglés Howard, quien recorrió los hospitales, prisiones y lazaretos de ese continente en el período de 1775-1780, y el del francés Tenon, a petición de la Academia de Ciencias, en el momento en que se planteaba el problema de la reconstrucción del "Hôtel Dieu" de París.

Esos viajes-encuesta tenían varias características:

1. Su finalidad consistía en definir, con base en la encuesta, un programa de reforma o de reconstrucción de los hospitales. Cuando en Francia la Academia de Ciencias decidió enviar a Tenon a diversos países de Europa para indagar acerca de la situación de los hospitales, este expresó una importante frase: "Son los propios hospitales existentes los que deben juzgar los méritos o defectos del nuevo hospital".

Se considera que ninguna teoría médica es suficiente, por sí misma, para definir un programa hospitalario. Además, ningún plano arquitectónico abstracto puede ofrecer una fórmula para un buen hospital. Se trata de una cuestión compleja, cuyos efectos y consecuencias no se conocen bien, que *actúan sobre las enfermedades y es capaz de agravarlas, multiplicarlas o atenuarlas*.

Únicamente una indagación empírica sobre ese nuevo objeto, el hospital interrogado y aislado de una manera también nueva, será capaz de ofrecer una idea

* Tercera conferencia dictada en el curso de Medicina Social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

de un nuevo programa de construcción de hospitales. El hospital deja entonces de ser una simple figura arquitectónica y pasa a formar parte de un hecho médico-hospitalario que debe estudiarse de la misma manera en que se estudian los climas, las enfermedades, etcétera.

2. Estas encuestas proporcionaban pocos detalles sobre el aspecto externo del hospital y la estructura general del edificio. Ya no eran descripciones de monumentos, como las que hacían los clásicos viajeros de los siglos XVII y XVIII, sino descripciones funcionales. Howard y Tenon daban cuenta del número de enfermos por hospital, de la relación entre el número de pacientes, del número de camas, del espacio útil de la institución, de la extensión y altura de las salas, de las unidades cúbicas de aire de que dispone cada enfermo, y de la tasa de mortalidad o de cura.

También incluían una investigación de las relaciones entre fenómenos patológicos y especiales. Por ejemplo, Tenon investigaba en qué condiciones especiales se curaban mejor los casos hospitalizados por heridas y cuáles eran las circunstancias más peligrosas para ellos. Así, establecía una correlación entre la tasa creciente de mortalidad entre los heridos y la proximidad a enfermos de fiebre maligna, como se le llamaba en aquella época, correlación que era nociva para los primeros. Explicaba también que la tasa de mortalidad de las parturientas aumentaba si éstas se encontraban alojadas en una sala situada encima de la de los heridos; por consiguiente, no debía situarse a los heridos debajo de las salas donde estaban las gestantes.

Tenon estudiaba asimismo los recorridos, desplazamientos y movimientos en el seno del hospital, particularmente el trayecto que seguía la ropa blanca, sábanas, ropa vieja, trapos, utilizados para curar a los heridos, etc. Investigaba quién transportaba este material y a dónde se llevaba, se lavaba y se distribuía. Según él, ese trayecto explicaría varios hechos patológicos propios de los hospitales.

Analizaba también por qué la trepanación, una de las operaciones practicadas con más frecuencia en aquella época, solía resultar más satisfactoria en el hospital inglés de Rethleem que en el Hôtel-Dieu de París. ¿Habría factores internos de la estructura hospitalaria y la distribución de los enfermos que explicaran esa circunstancia? La cuestión se plantea en función de la situación recíproca de las salas, su ventilación y la transferencia de la ropa blanca.

3. Los autores de esas descripciones funcionales de la organización médico-espacial del hospital, ya no eran arquitectos. Tenon era médico y, como tal, la Academia de Ciencias le designó para que visitara hospitales; Howard no lo era, pero fue precursor de los filántropos y poseía una competencia casi sociomédica.

Surge, pues, un nuevo modo de ver al hospital, al que se considera como mecanismo para curar, y que si ejerce efectos patológicos debe corregirse.

Se podría alegar que eso no es ninguna novedad, pues desde hace milenios existen hospitales dedicados a curar a los enfermos; lo único que tal vez se puede afirmar es que en el siglo XVIII se descubrió que los hospitales no curaban tanto como debían. No se trata más que de un refinamiento de las exigencias formuladas sobre el instrumento hospitalario.

Quisiera expresar varias objeciones a esa hipótesis. El hospital que funcionaba en Europa desde la Edad Media no era, por ningún concepto, un medio de cura, ni había sido concebido para curar.

En la historia del cuidado del enfermo en Occidente hubo en realidad dos clases distintas que no se superponían, que a veces se encontraban, pero que diferían fundamentalmente, a saber: la médica y la hospitalaria.

El hospital, como institución importante e incluso esencial para la vida urbana de Occidente desde la Edad Media, no constituye una institución médica y, en esa época, la medicina es una profesión no hospitalaria. Conviene recordar esa situación para comprender la innovación que en el siglo XVIII representó la introducción de una medicina hospitalaria o un hospital médico-terapéutico.

Trataré de mostrar las divergencias de esas dos categorías, a fin de situar dicha innovación.

Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. El pobre, como tal, necesitaba asistencia y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de estas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que él entrañaba. Hasta el siglo XVIII el personaje ideal del hospital no era el enfermo al que había que curar sino el pobre que estaba ya moribundo. Se trata de una persona que necesita asistencia material y espiritual, que ha de recibir los últimos auxilios y los últimos sacramentos. Esta era la función esencial del hospital.

Decíase en aquellos tiempos —y con razón—, que el hospital era un lugar para ir a morir. El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo sino a conseguir su propia salvación. Era un personal caritativo (religioso o laico), que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaran la salvación eterna. Por consiguiente, la institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de la muerte y también la del personal que lo cuidaba. Ejercía una función en la transición de la vida a la muerte, en la salvación espiritual más que en la material, unida a la función de separar los individuos peligrosos para la salud general de la población.

Para el estudio del significado general del hospital en la Edad Media y el Renacimiento debe considerarse el texto titulado *Le livre de la vie active de l'Hôtel-Dieu*, escrito por un parlamentario que fue administrador del Hôtel-Dieu, en un lenguaje lleno de metáforas —una especie de “Roman de la Rose” de la hospitalización—, pero que refleja claramente la mezcla de funciones de asistencia y de transformación espiritual que incumbían al hospital.

Estas eran las características del hospital hasta principios del siglo XVIII. El “hospital general”, lugar de internamiento, donde se yuxtaponen y mezclan enfermos, locos, prostiutas, etc., es todavía a mediados del siglo XVII una especie de instrumento mixto de exclusión, asistencia y transformación espiritual del que está ausente la función médica.

En cuanto a la práctica médica, ninguno de los elementos que la integraban y

le servían de justificación científica la predestinaban a ser una medicina hospitalaria. La medicina medieval y de los siglos XVII y XVIII era profundamente individualista. Individualista por parte del médico al que se le reconocía esta condición después de una iniciación garantizada por la propia corporación médica y que comprendía un conocimiento de los textos y la transmisión de recetas más o menos secretas o públicas. La experiencia hospitalaria no se incluía en la formación ritual del médico. Lo que le autorizaba era la transmisión de recetas, no las experiencias que hubiera adquirido, asimilado e integrado.

La intervención del médico en la enfermedad giraba en torno al concepto de crisis. El médico debía observar al enfermo y a la enfermedad desde la aparición de los primeros signos para descubrir el momento en que se produciría la crisis. La crisis era el momento en que en el enfermo se enfrentaban su naturaleza sana y el mal que lo aquejaba. En esa lucha entre la naturaleza y la enfermedad, el médico debía observar los signos, pronosticar la evolución y favorecer en la medida de lo posible el triunfo de la salud y la naturaleza sobre la enfermedad. En la cura entraban en juego la naturaleza, la enfermedad y el médico. En esta lucha el médico desempeñaba una función de pronosticador, árbitro y aliado de la naturaleza contra la enfermedad. Esta especie de batalla en que consistía la cura sólo podía desenvolverse en forma de relación individual entre el médico y el enfermo. La idea de una larga serie de observaciones en el seno del hospital, que permitieran registrar las generalidades, los elementos particulares, etc., no figuraba en la práctica médica.

Así, no había nada en la práctica médica de esta época que permitiera la organización de los conocimientos hospitalarios, ni tampoco la organización del hospital permitía la intervención de la medicina. En consecuencia, *hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina siguieron siendo campos independientes.*

¿Cómo ocurrió la transformación, es decir, cómo se “medicalizó” el hospital y cómo se llegó a la medicina hospitalaria?

El factor principal de la transformación no fue la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino simplemente la anulación de los efectos negativos del hospital. No se trató primero de medicalizar al hospital sino de purificarlo de los efectos nocivos, del desorden que ocasionaba. Y en este caso se entiende por desorden las enfermedades que esa institución podía suscitar en las personas internadas y propagar en la ciudad en que estaba situado, así como el desorden económico y social del que era un foco perpetuo.

Esta hipótesis de que la “medicalización” del hospital se produjo gracias a la eliminación del desorden que causaba puede confirmarse por el hecho de que la primera gran organización hospitalaria de Europa se encuentra en el siglo XVII, esencialmente en los hospitales marítimos y militares. El punto de partida de la reforma hospitalaria no fue el hospital civil sino el marítimo, lo que se debió a que este último era un lugar de desorden económico. A través de él se traficaban mercancías, objetos preciosos, materias raras, especies, etc., procedentes de las colonias. El traficante fingía estar enfermo y al desembarcar lo llevaban al hospi-

tal, donde escondía los objetos y eludía así el control económico de la aduana. Los grandes hospitales marítimos de Londres, Marsella o La Rochelle eran lugares de un enorme tráfico contra el que protestaban las autoridades fiscales.

Así pues, el primer reglamento de hospital, que aparece en el siglo XVII, se refiere a la inspección de los cofres que los marineros, médicos y boticarios retenían en los hospitales. A partir de ese momento se podían inspeccionar los cofres y registrar su contenido; si se encontraban mercancías destinadas al contrabando, sus dueños serían castigados. Así surge en este reglamento una primera indagación económica.

Aparece también en esos hospitales marítimos y militares el problema de la cuarentena, es decir, de las enfermedades epidémicas que pueden traer las personas que desembarcan. Los lazaretos establecidos, por ejemplo, en Marsella y La Rochelle, constituyen la programación de una especie de hospital perfecto. Pero se trata esencialmente de un tipo de hospitalización que no pretende que el hospital sea un instrumento de cura sino de impedir que constituya un foco de desorden económico o médico.

Si los hospitales militares y marítimos se convirtieron en modelo, en punto de partida de la reorganización hospitalaria, es porque con el mercantilismo las reglamentaciones económicas se hicieron más estrictas y también porque el precio del hombre aumentaba cada vez más. Y precisamente en esa época la formación del individuo, su capacidad, sus aptitudes, empiezan a tener un precio para la sociedad.

Examinemos el ejemplo del ejército. Hasta la segunda mitad del siglo XVII no había dificultad alguna para reclutar soldados, bastaba con tener recursos monetarios. Había por toda Europa desempleados, vagabundos, miserables, dispuestos a ingresar en el ejército de cualquier nacionalidad o religión.

A fines del siglo XVII, con la introducción del fusil, el ejército se vuelve mucho más técnico, sutil y costoso. Para aprender a manejar un fusil se requerían ejercicios, maniobras, adiestramiento. Así es como el precio de un soldado excede del de un simple trabajador y el costo del ejército se convierte en un importante capítulo presupuestario de todos los países. Una vez formado un soldado no se le puede dejar morir. Si muere ha de ser en debida forma, como soldado, en una batalla, no por causa de una enfermedad. No hay que olvidar que en el siglo XVII el índice de mortalidad de los soldados era muy elevado. Por ejemplo, un ejército austríaco que salió de Viena hacia Italia perdió 5/6 de sus hombres antes de llegar al lugar de combate. Estas pérdidas por causa de enfermedades, epidemias o desertión, constituían un fenómeno relativamente común.

A partir de esta transformación técnica del ejército, el hospital militar se convierte en una cuestión técnica y militar importante: 1) era preciso vigilar a los hombres en el hospital militar para que no desertaran, ya que habían sido adiestrados a un costo considerable; 2) había que curarlos para que no fallecieran de la enfermedad; 3) había que evitar que, una vez restablecidos, fingieran estar todavía enfermos y permaneciesen en cama, etcétera.

En consecuencia, surge una reorganización administrativa y política, una

nueva fiscalización por parte de la autoridad en el recinto del hospital militar. Y lo mismo ocurre con el hospital marítimo, a partir del momento en que la técnica marina se complica mucho más y tampoco se puede perder la persona formada a un considerable costo.

¿Cómo se llevó a cabo esta reorganización del hospital? La reordenación de los hospitales marítimos y militares no partió de una técnica médica sino, esencialmente, de una tecnología que podría denominarse política: la disciplina.

La disciplina es una técnica de ejercicio de poder que no fue totalmente inventada sino elaborada en sus principios fundamentales durante el siglo XVIII. En el curso de la historia había existido en la Edad Media e incluso en la antigüedad. Los monasterios constituyen un ejemplo de región de dominio, en el seno de los cuales reinaba un sistema disciplinario. La esclavitud y las grandes compañías esclavistas existentes en las colonias españolas, inglesas, francesas, holandesas, etc., eran también modelos de mecanismos de disciplina. Podríamos remontarnos a la legión romana y en ella también encontraríamos un ejemplo de disciplina.

Por consiguiente los mecanismos disciplinarios datan de tiempos antiguos, pero de una manera aislada, fragmentada, hasta llegar a los siglos XVII y XVIII, cuando el poder disciplinario se perfecciona en una nueva técnica de gestión del hombre. Con frecuencia se habla de las invenciones técnicas del XVII —la tecnología química, metalúrgica, etc.— y sin embargo, no se menciona la invención técnica de esa nueva forma de gobernar al hombre, controlar sus multiplicidades, utilizarlas al máximo y mejorar el efecto útil de su trabajo y sus actividades, gracias a un sistema de poder que permite controlarlo.

En los grandes talleres que empiezan a crearse, en el ejército, en las escuelas, cuando se observa en Europa un gran progreso de la alfabetización, aparecen esas nuevas técnicas de poder que constituyen los grandes inventos del siglo XVIII.

A base de los ejemplos del ejército y la escuela, ¿qué es lo que surge en esa época?

1). Un arte de distribución espacial de los individuos. En el ejército del siglo XVII los individuos estaban amontonados, formando un conglomerado, con los más fuertes y más capaces al frente y los que no sabían luchar, los que eran cobardes y deseaban huir en los flancos y en el medio. La fuerza de un cuerpo militar radicaba en el efecto de la densidad de esta masa de hombres.

En el siglo XVIII, por el contrario, a partir del momento en que el soldado recibe un fusil, es preciso estudiar la distribución de los individuos y colocarlos debidamente en el lugar en que su eficacia pueda llegar al máximo. La disciplina del ejército empieza en el momento en que se enseña al soldado a colocarse, desplazarse y estar en el lugar que se requiera.

También en las escuelas del siglo XVII los alumnos estaban aglomerados. El maestro llamaba a uno de ellos y durante unos minutos le proporcionaba alguna enseñanza y luego lo mandaba de nuevo a su lugar, continuando la misma opera-

ción con otro y así sucesivamente. La enseñanza colectiva ofrecida simultáneamente a todos los alumnos supone una distribución espacial de la clase.

La disciplina es ante todo un análisis del espacio, es la individualización por el espacio, la colocación de los cuerpos en un espacio individualizado que permita la clasificación y las combinaciones.

2. La disciplina no ejerce su control sobre el resultado de una acción sino sobre su desenvolvimiento. En los talleres de tipo corporativo del siglo XVII lo que se exigía al obrero o al maestro era la fabricación de un producto con determinadas cualidades. La manera de fabricarlo dependía de lo que se transmitía de una generación a otra. El control no afectaba el modo de acción. De la misma manera se enseñaba al soldado a combatir, a ser más fuerte que el adversario en la lucha individual en el campo de batalla.

A partir del siglo XVIII se desarrolla un arte del cuerpo humano. Empiezan a observarse los movimientos que se hacen, cuáles son los más eficaces, rápidos y mejor ajustados. Así es como aparece en los talleres el famoso y siniestro personaje del contramaestre, encargado no de observar si se hacía el trabajo, sino de qué manera podía hacerse con más rapidez y con movimientos mejor adaptados. En el ejército aparece el suboficial y con él los ejercicios, las maniobras y la descomposición de los movimientos en el tiempo. El famoso reglamento de infantería que aseguró las victorias de Federico de Prusia, comprende una serie de mecanismos de dirección de los movimientos del cuerpo.

3. La disciplina es una técnica de poder que encierra una vigilancia perpetua y constante de los individuos. No basta con observarlos de vez en cuando o de ver si lo que hicieron se ajusta a las reglas. Es preciso vigilarlos durante todo el tiempo que se realice la actividad y someterlos a una pirámide perpetua de vigilantes. Así aparecen en el ejército una serie de grados que van, sin interrupción, desde el de general en jefe hasta el de soldado raso, así como sistema de inspección, revistas, paradas, desfiles, etc., que permiten observar de manera permanente a cada individuo.

4. La disciplina supone un registro continuo: anotaciones sobre el individuo y transferencia de la información en escala ascendente, de suerte que a la cúspide de la pirámide no se le escape ningún detalle, acontecimiento o elemento disciplinario.

En el sistema clásico el ejercicio del poder era confuso, global y discontinuo. Se trataba del poder del soberano sobre grupos integrados por familias, ciudades, parroquias, es decir, por unidades globales, no de un poder que actuaba continuamente sobre el individuo.

La disciplina es el conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados. Es el poder de la individualización cuyo instrumento fundamental estriba en el examen. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder.

La introducción de los mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital iba a permitir su medicalización. Todo lo que se acaba de exponer explicará por qué se disciplina el hospital. Las razones económicas, el precio atribuido al individuo, el deseo de evitar la propagación de las epidemias explican la fiscalización disciplinaria a que están sometidos los hospitales. Pero si esta disciplina adquiere carácter médico, si este poder disciplinario se confía al médico, se debe a una transformación del saber médico. La formación de una medicina hospitalaria hay que atribuirla por un lado, a la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario y, por el otro, a la transformación que en esa época experimenta la práctica de la medicina.

En el sistema epistémico o epistemológico del siglo XVIII, el gran modelo de la inteligibilidad de las enfermedades es la botánica, la clasificación de Linneo. Ello significa la necesidad de entender las enfermedades como un fenómeno natural. Como en las plantas, en las enfermedades habrá especies, características observables, cursos de evolución. La enfermedad es la naturaleza, pero una naturaleza debida a una acción particular del medio sobre el individuo. La persona sana, cuando se somete a ciertas acciones del medio, sirve de apoyo a la enfermedad, fenómeno límite de la naturaleza. El agua, el aire, la alimentación, el régimen general constituyen las bases sobre las cuales se desarrollan en un individuo las diferentes especies de enfermedades.

En esa perspectiva la cura está dirigida por una intervención médica que ya no se encamina hacia la enfermedad propiamente dicha, como en la medicina de la crisis, sino que, un poco al margen de la enfermedad y del organismo, se orienta hacia el medio que la rodea: el aire, el agua, la temperatura ambiente, el régimen, la alimentación, etc. Es una medicina del medio que se está constituyendo, en la medida en que la enfermedad se concibe como un fenómeno natural que obedece a las leyes naturales.

Por consiguiente, es en el ajuste de esos dos procesos, el desplazamiento de la intervención médica y la aplicación de la disciplina en el espacio hospitalario, donde se encuentra el origen del hospital médico. Esos dos fenómenos, de distinto origen, iban a poder ajustarse con la introducción de una disciplina hospitalaria cuya función consistiría en garantizar las averiguaciones, la vigilancia, la aplicación de la disciplina en el mundo confuso de los enfermos y de la enfermedad, y en transformar las condiciones del medio que rodeaba a los enfermos. Asimismo se individualizarían y distribuirían los enfermos en un espacio donde se pudiera vigilarlos y registrar lo que ocurriera; también se modificaría el aire que respiraban, la temperatura del medio, el agua para beber, el régimen, de manera que el panorama hospitalario que imponía la disciplina fuera un instrumento de modificaciones con función terapéutica.

Si se admite la hipótesis de que el hospital nace de las técnicas de poder disciplinario y de la medicina de intervención sobre el medio, se comprenderán varias características que poseyó esa institución:

1. *La localización del hospital y la distribución interna del espacio.* La cuestión del hospital a fines del siglo XVIII es fundamentalmente la cuestión

del espacio o espacios diferentes a los que este se encuentra vinculado. En primer lugar, *¿dónde se situará el hospital* para que no siga siendo un lugar sombrío, oscuro, confuso, en pleno corazón de la ciudad, en el que iban a parar las personas a la hora de la muerte y desde donde se difundían peligrosamente miasmas, aire contaminado, agua sucia, etc.? Era preciso que el lugar en que estuviera situado el hospital se ajustara al control sanitario de la ciudad. La localización del hospital debía calcularse en el seno de la medicina del espacio urbano.

En segundo lugar, había que calcular también la distribución interna del espacio del hospital y esto había que hacerlo en función de algunos criterios: si era cierto que una acción ejercida sobre el medio curaba las enfermedades, habría que crear en torno de cada enfermo un pequeño medio espacial individualizado, específico, modificable según el paciente, la enfermedad y su evolución. Se necesitaría obtener una autonomía funcional, médica, del espacio de supervivencia del enfermo. *De esta manera se establece el principio de que las camas no deben estar ocupadas por más de un paciente* y por lo tanto se suprimirá el lecho-dormitorio en el que a veces se amontonaban hasta seis personas.

También habrá que crear alrededor del enfermo un medio manejable que permita aumentar la temperatura ambiente, refrescar el aire y orientarlo hacia un solo enfermo, etc. De ahí que se realizaran investigaciones para individualizar el espacio de existencia, de respiración de los enfermos, incluso en las salas colectivas. Así por ejemplo, hubo el proyecto de encapsular la cama de cada enfermo empleando una tela que permitiese la circulación del aire pero que bloqueara las miasmas.

Todo ello muestra cómo, en una estructura especial, el hospital constituye un medio de intervención sobre el enfermo. La arquitectura hospitalaria debe ser factor e instrumento de cura y el hospital, a donde iban a parar los enfermos para morir, debía dejar de existir. La arquitectura hospitalaria es un instrumento de cura de la misma categoría que un régimen de alimentación, una sangría o una acción médica. El espacio hospitalario se medicaliza en su función y efectos. Esta es la primera característica de la transformación del hospital a fines del siglo XVIII.

2. *Transformación del sistema de poder en el seno del hospital.* Hasta mediados del siglo XVIII quien ejercía el poder era el personal religioso, raramente laico, encargado de la vida cotidiana del hospital, la salvación y la asistencia alimentaria de las personas internadas. Se llamaba al médico para atender a los enfermos más graves, y más que una acción real, se trataba de una garantía, una justificación. La visita médica era un ritual muy irregular, en principio se hacía una vez al día y para centenares de enfermos. *Por añadidura el médico dependía administrativamente del personal religioso*, el cual podía

Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A él se le consulta cómo se debe construir y organizar el hospital; por este motivo

Tenon realizó la mencionada encuesta. A partir de entonces queda prohibida la forma de claustro, de comunidad religiosa, que se había empleado para organizar el hospital, en beneficio de un espacio que será objeto de una organización médica. Además, si el régimen alimentario, la ventilación, el ritmo de las bebidas, etc., habían de ser factores de cura, el médico, al controlar el régimen del enfermo, se hace cargo, hasta cierto punto, del funcionamiento económico del hospital, que hasta entonces era un privilegio de las órdenes religiosas.

Al mismo tiempo, la presencia del médico en el hospital se reafirma y se multiplica. Las visitas aumentan a un ritmo cada vez más acelerado durante el siglo XVIII. En 1680 en el Hôtel-Dieu de París el médico pasaba visita una vez al día; en cambio en el siglo XVIII se establecen varios reglamentos que especifican, sucesivamente, que debe efectuarse otra visita por la noche para los enfermos más graves, que cada visita debe durar dos horas y, por último, *alrededor de 1770, que en el hospital debe residir un médico al que se pueda acudir a cualquier hora del día o de la noche en caso necesario.*

Así se crea el personaje del médico de hospital que antes no existía. Hasta el siglo XVIII los grandes médicos no aparecían por el hospital, eran médicos de consulta particular que habían adquirido prestigio gracias a un cierto número de curas espectaculares. El médico al que recurrían las comunidades religiosas para las visitas a los hospitales era generalmente el peor de la profesión. El gran médico de hospital, el más preparado cuanto mayor sea su experiencia en esas instituciones, es un invento de fines del siglo XVIII. Por ejemplo, Tenon fue médico de hospital, y la labor que realizó Pinel en Bicêtre fue posible gracias a que ejercía en el hospital.

Esta inversión del orden jerárquico en el hospital con la ocupación del poder por el médico se refleja en el ritual de la visita: el desfile casi religioso, encabezado por el médico, de toda la jerarquía del hospital: ayudantes, alumnos, enfermeras, etc., ante la cama de cada enfermo. Este ritual codificado de la visita, que señala la implantación del poder médico, se encuentra en los reglamentos de hospitales del siglo XVIII, en los que se indica dónde debe colocarse cada persona, que la presencia del médico debe ser anunciada por una campanilla, que la enfermera debe estar en la puerta con un cuaderno en la mano y acompañar al médico cuando entre, etcétera.

3. Organización de un sistema de registro permanente y, en la medida de lo posible, completo de todo lo que ocurre. En primer lugar debemos referirnos a los métodos de identificación del enfermo. En la muñeca del enfermo se atará una pequeña etiqueta que permitirá distinguirlo tanto si sobrevive como si muere. En la parte superior de la cama se colocará una ficha con el nombre del enfermo y la afección que sufre. Asimismo empiezan a utilizarse una serie de registros que reúnen y transmiten información: el registro general de ingresos y altas, en el que se inscribe el nombre del enfermo, el diagnóstico del médico que lo recibió, la sala en que se encuentra y, por último, si falleció o fue dado de alta; el registro de cada sala, preparado por la enfermera jefe; el registro de la farmacia, en el que constan las recetas y para qué enfermos se despacharon; el registro

de lo que el médico ordena durante la visita, las recetas y el tratamiento prescrito, el diagnóstico, etcétera.

Finalmente se implanta la obligación de los médicos de confrontar sus experiencias y sus registros —por lo menos una vez al mes, de acuerdo con el reglamento del Hôtel-Dieu en 1785— para averiguar los distintos tratamientos administrados, los que han resultado más satisfactorios, los médicos que tienen más éxito, si las enfermedades epidémicas han de pasar de una sala a otra, etcétera.

De esta manera se forma una colección de documentos en el seno del hospital, y este se constituye no solo en un lugar de cura sino también de registros y de adquisición de conocimientos. Por tanto, el saber médico, que hasta el siglo XVIII estabalocalizado en los libros, en una especie de jurisprudencia médica concentrada en los grandes tratados clásicos de medicina, empieza a ocupar un lugar, no en los textos, sino en el hospital; ya no se trata de lo que fue escrito e impreso sino de lo que todos los días se registra en la tradición viva, activa y actual que representa el hospital.

Es así como llega a afirmarse, en el período de 1780–1790, la formación normativa del médico en el hospital. Esta institución, además de ser un lugar de cura, es también un lugar de formación médica. La clínica aparece como dimensión esencial del hospital, entendiendo por clínica a este respecto la organización del hospital como lugar de capacitación y transmisión del saber. Pero sucede también que, con la introducción de la disciplina del espacio hospitalario, que permite curar así como registrar, capacitar y acumular conocimientos, la medicina ofrece como objeto de observación un inmenso campo, limitado por un lado por el individuo y por el otro por la población.

Con la aplicación de la disciplina del espacio médico y por el hecho de que se puede aislar a cada individuo, instalarlo en una cama, prescribirle un régimen, etc., se pretende llegar a una medicina individualizante. En efecto, es el individuo el que será observado, vigilado, conocido y curado. El individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica.

Pero también por el mismo sistema del espacio hospitalario disciplinado se puede observar a un gran número de individuos. Los registros obtenidos diariamente, cuando se confrontan entre hospitales y en las diversas regiones, permiten comprobar los fenómenos patológicos comunes a toda la población.

Gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos del saber y de la intervención de la medicina. La redistribución de esas dos medicinas será un fenómeno propio del siglo XIX. La medicina que se forma en el siglo XVIII es una medicina tanto del individuo como de la población.

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD*

COORDINADOR:

Licenciada Susana Margulies. Antropóloga

PANELISTAS:

Doctor José Carlos Escudero. Sociólogo. Docente de la Universidad de Luján.

Licenciado Eduardo Menéndez. Licenciado en Ciencias Antropológicas.

Maestro en Salud Pública.

Licenciado Hugo Mercer. Sociólogo. Profesor Adjunto del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.

Licenciado Juan Samaja. Epistemólogo, Sociólogo. Diplomado en Salud Pública. Profesor Titular de la cátedra de Metodología de la Investigación, Facultad de Psicología de la UBA.

Coordinadora: —Antes que nada quisiera expresar que lamentamos la ausencia de Susana Belmartino que por problemas personales no puede hoy estar con nosotros. Este panel se refiere a las ciencias sociales aplicadas a la salud. Y yo quisiera rescatar, como un hecho significativo, que las ciencias sociales tengan el papel de cerrar esta semana de debates sobre la APS.

Lic. Juan Samaja: —Voy a tratar de marcar las ideas que quisiera compartir con Uds. a partir de dejar sentado lo que considero los hechos y las premisas fundamentales de esta exposición mía. Son estos hechos indudables, aunque no triviales.

El primer hecho que quisiera marcar es recordar que la cuestión de la salud tienen una notable primacía en el imaginario social de las poblaciones, de los pueblos. Quizá por la vasta cantidad de cuestiones que abarca en la perspectiva de cosas muy próximas al ser humano como pueden ser el sufrimiento, la muerte, como pueden ser esas pequeñas o grandes catástrofes biológicas o psicológi-

*Esta mesa se desarrolló coincidentemente con un nuevo aniversario del nacimiento de Juan César García (7/5/1932). Valga esta cita como nuestro recuerdo hacia quien tanto hizo por el desarrollo del pensamiento social en salud en América Latina

cas que llamamos enfermedad. Esto es así desde el origen mismo de la humanidad. En la prehistoria encontramos la cuestión social entañada con la religión bajo las múltiples formas de la salvación.

El segundo hecho, también indudable y no trivial, que a partir del surgimiento de las luchas de las clases, los estados, es decir esas estructuras de dirección social bajo condiciones de dominación de clase, esas estructuras que reconstruyen lo ilusorio la comunidad realmente dividida, debieron absorber políticamente la cuestión social; es decir, esta cuestión evidentemente comunitaria, replantarla en el plano de la comunidad ilusoria del Estado. En consecuencia, la cuestión social, la cuestión de la salud, es una cuestión de Estado desde el comienzo mismo de los Estados. Obviamente hubo una historia de transformaciones en el modo en que esa cuestión se fue modalizando, pero que es una cuestión de Estado, lo es desde el origen del Estado.

El tercer hecho, indudable y no trivial, es que el siglo XX ha producido transformaciones económico-sociales tan profundas que los vocablos con los que se suele aludir a ellos grafican bien esa profundidad al mencionarse revoluciones organizacionales, revoluciones científico técnicas, revoluciones informáticas, revoluciones cibernéticas. Las transformaciones que se han operado en el siglo XX han producido trascendentes modificaciones en el campo de las ciencias sociales, las cuales, en la actualidad, disponen de un arsenal conceptual mucho más rico y complejo que en siglos anteriores y este panorama ha hecho que estas ciencias arrojen nuevas luces sobre la cuestión de la comprensión de la salud y en la instrumentación de esta cuestión de la perspectiva del Estado.

Esto último hace que debamos hacer una recordación y es que junto con las luces que aportan las ciencias sociales debemos recordar también que aportan sombras en el sentido de que todo paradigma científico, toda propuesta científica, al ser parte de esta contienda social en los aparatos del Estado, esto es en estas estructuras de dirección social bajo condiciones de dominación, suponen heurísticas que abren, que hacen visibles problemas pero también ocultan, hacen invisibles problemas. De modo que las ciencias sociales no son la proyección de una luz neutra sobre el objeto, sino que son perspectivas de luces que tanto ocultan cuanto iluminan.

Esto significa que, a la hora de analizar las técnicas sociales, tales como las que están relacionadas con la APS, con todas estas modalidades autogestionarias, participacionistas, estas modalidades alternativistas en general, debemos tener presentes que ellas en sí mismas, si bien aceptables en principio, no obstante encierran una ambigüedad que se resuelve en las contextualizaciones histórico sociales en que ellas funcionen. Con esto quiero decir que no son conceptos que describan unívocamente algo en su operación y en su concepción, sino que van a depender del contexto en que ellas funcionan para que podamos apreciar realmente su significado histórico social.

Todas estas cosas son hechos indudables que les recuerdo porque no son triviales y es muy importantes tenerlos a la vista.

Mi propuesta en el marco del tema que estamos debatiendo con Uds. es que

todos los mecanismos por los cuales se promueva la acción de la comunidad, por los cuales se promueva la creatividad de los individuos reales y concretos están en una dirección acertada en el sentido de las grandes resoluciones de los grandes problemas que tiene planteada la humanidad y nuestros pueblos en particular. Sin embargo, si estas actividades, si estas acciones ideadas conforme a estas técnicas o estas alternativas de trabajo en el campo de las acciones sanitarias no asumen la forma de un proyecto político, si no se proponen como parte de una lucha en la construcción de Estados de nuevo tipo, de Estados que meramente no absorban para neutralizar las cuestiones de la comunidad sino que absorban para resolver las cuestiones de la comunidad; si no ocurre esto con estas técnicas, se tornan indiscernibles de los mecanismos de la dominación, se tornan indiscernibles de los mecanismos de la perpetuación del sistema.

El aporte que yo querría traer a este debate de las ciencias sociales del siglo XX se podría formular de la siguiente manera: es un aporte que yo creo que se debe a la riquísima experiencia de los pueblos del Tercer Mundo. Se trata de haber reconocido y haber establecido fehacientemente que las cuestiones políticas y sociales que tiene planteada nuestra humanidad en este momento no se pueden resolver si no se anudan tres tipos de cuestiones: la cuestión social, la cuestión democrática y la cuestión nacional.

Son tres tipos de cuestiones que deben resolverse simultáneamente. Quizá de las tres cuestiones que ha mencionado la última les signifique a Uds. algún tipo de interrogante; porque no me cabe la menor duda de que en el campo de la cuestión de la salud y de estas prácticas que estamos organizando, estas que tienen que ver con la organización de las acciones médicas y sanitarias en el campo de la APS y tienen relación con las cuestiones sociales y las cuestiones democráticas. Estamos hablando de democratizar la medicina. Hablamos en estas prácticas, que los problemas de la salud y la enfermedad no sólo tienen que ver con agentes biológicos sino fundamentalmente con situaciones sociales. Quizás el tema que no aparezca con claridad es el tema de la cuestión nacional. Y en este punto es muy importante poder incorporar esa cuestión, a partir de una simple pregunta: ¿Cuánto vale una APS al margen de un sistema de salud que no comparte el objetivo o la voluntad política de que supuestamente es portadora esta acción primaria? ¿Cuánto vale un sistema, una acción en la comunidad que no dispone de los resortes sociales que ha ido creando esta historia de luchas sociales y que no comparte la voluntad política de los niveles centrales para alimentar y nutrir estas acciones en la comunidad? Dicho de una manera más directa, si las comunidades no asumen el control de los recursos necesarios para gestionar sus propias soluciones, estas acciones en la base se transforman en acciones indiscernibles de mecanismos para distraer a la comunidad, al margen de los proyectos de fondo que atraviesan la historia de las sociedades. ¿Cómo construir los recursos para la autogestión? ¿Cómo construir los recursos para la acción autónoma de la comunidad? Autonomía ésta que si está al margen de los sistemas globales que hacen posible su realización se torna indiscernible de los mecanismos de la perpetuación del sistema.

Quizás el énfasis que aprecian Uds. en este recordatorio de la cuestión nacional sea el resultado de haber participado muy brevemente en una exposición en donde hay una respuesta al señalamiento mío de que las acciones locales, maravillosas y a ser apoyadas sistemáticamente, es necesario que sean parte de la lucha de una construcción de un sistema de conjunto que dé respuestas y que consolide de fondo estas acciones. Recibí la contestación de que no se podía sacrificar de ninguna manera el esfuerzo de la comunidad local a una nacionalidad inexistente, a una república que era apenas un mero proyecto. Quizá valga la segunda respuesta: que esta república es un mero proyecto pero lo que no vale de ninguna manera es la ilusión de creer que lo que se hace en la comunidad puede sostenerse si esta nación inexistente no llega a existir, si esta república de proyecto no llega a transformarse en una realidad. Y en este sentido, la cuestión nacional es el eje por el que atraviesa en este momento la única posibilidad de enfrentar sistemáticamente a la fuerza precisa de la dominación que golpea este tipo de planes y que tiene nombre y apellido: lo conocen Uds. y se llama imperialismo. El Estado nación es la trinchera que puede sostener esta lucha y es el lugar donde se pueden construir estas concepciones y estas organizaciones de actividades sanitarias con futuro, con capacidad de consolidarse. No querría que se piense que detrás de esta contextualización tan general hay una intencionalidad de minimizar los aportes que se hace a través de estos instrumentos. Para nada, al contrario. Es un profundo deseo de que no sean pan para hoy y hambre para mañana lo que me hizo pensar en el interés de estas ideas centrales de las ciencias sociales contemporáneas.

Hugo Mercer: —El título de la mesa daba lugar a diferentes interpretaciones. Yo tenía preparado el desarrollo de la participación de las ciencias sociales y la salud en nuestro país pero me parece que el planteamiento que hace Juan nos invita a pensar más en nuestra realidad presente.

Me parece que el señalamiento que hace Juan con respecto a las ciencias sociales y su articulación con la salud tendría que tener presente un esfuerzo por resolver cuestiones de la comunidad. Si no lo hacen estarían funcionando como un instrumento de distracción. Me parece que es un señalamiento acertado. Creo que si miramos hacia un pasado cercano, hace 4 o 5 años, la participación de las ciencias sociales en el campo de la salud era particularmente marginal y subordinado a una concepción médico asistencialista. En los últimos años se ha incrementado el desarrollo en este campo; hay nuevos grupos de investigación, y nuevos ámbitos en los cuales se está trabajando desde una perspectiva teórica más pluralista, más diversa y sin la censura que ha sido tradicional en nuestra realidad argentina.

Pienso que ese es un avance considerable si miramos la situación argentina a principio de los 80 comparada con lo que ocurría en otros países latinoamericanos. Pero si nos trasladamos a 1988, todo lo que aún resta por hacer es enorme y la participación de las ciencias sociales y la invitación del espacio para el trabajo es aún muy importante.

Yo creo que, como señala Juan, será importante convertir la salud en una cuestión de la comunidad, en una cuestión de la sociedad, en una cuestión política que le interese a la sociedad. Y ahí quiero diferenciar la salud considerada como un problema social, problema que puede ser una necesidad, una carencia, una privación que pueden sufrir grupos importantes de la población, que pueden sufrir percibiéndolos o no; o sea que puede haber un problema o una necesidad de salud pero sin que por serlo se convierta en una cuestión política. El sólo hecho de ser problema no asegura que esa necesidad sea incorporada en la agenda política que sea materia de debate en los diferentes ámbitos, que pueda tener la ciudadanía o que está incorporada en los criterios de asignación de recursos que hace una sociedad. Si diferenciamos problema de cuestión política tendríamos que reconocer que, aún en 1988, la presencia de salud dentro del debate político argentino es una presencia bastante limitada. Cuando aparece lo hace como un problema de financiamiento, de organización de hospitales, de remuneraciones, de organización del nomenclador, pero no como un problema de calidad de vida, de participación política, de mercado de la salud, de mercado de trabajo médico pero mucho menos aparece como un problema de justicia social, de equidad y de eficiencia. Yo creo que las ciencias sociales pueden contribuir y mucho a hacer este pasaje de problema a cuestión social. Ese tránsito de un umbral a otro para que sea materia de debate participativo en el cual para lograrlo importaría que las expresiones estuvieran abiertas a grupos significativos de la población que cuenten con un grado de organicidad propia y que cuenten también con los instrumentos como para enfrentar las necesidades y los problemas por ellos identificados.

En este sentido el espacio de la intervención de las ciencias sociales se amplía y se especifica en tanto esté ligado a grupos sociales significativos organizados y brinde instrumentos, recursos teóricos, metodológicos, y la propia información para lograr convertir a la salud en una materia de debate político social y participativo. Eso implicaría que nuevos temas aparecerían en el horizonte de los problemas que las ciencias sociales podrían investigar y aportar a las discusiones científicas y política en la Argentina. Mucho de ello se ha hecho en los últimos años. Si uno revisa alguna de las investigaciones importantes que se están haciendo en este momento en la Argentina, en las cuales las ciencias sociales tienen una activa participación en su relación con salud, aparecen algunas sobre pobreza y condiciones de salud y utilización de servicios, seguimientos de población en su primer año de vida, sobre evaluación de APS respecto a salud materno infantil, estructura de la política social en la Argentina, organización de las corporaciones médicas, participación comunitaria y enfermedad de Chagas, condiciones de trabajo y salud. Son investigaciones que, muchas de ellas han encontrado cabida en organismos que hasta hace pocos años eran reacios a una perspectiva social sobre los problemas de salud. También organismos nacionales e internacionales de financiamiento están reconociendo en Argentina la legitimidad de indagar sobre estos temas. Yo creo que se abren posibilidades para que el campo de la investigación y el campo del debate político se enriquezcan recíprocamente

y las ciencias sociales puedan brindar un aporte sustancial en esta materia. Esto sería particularmente necesario ya que las alternativas teóricas y políticas que se ofrecen en el campo de la salud son bastante pobres, por decirlo de alguna manera. Por un lado hay una persistencia de un asistencialismo distribucionista que no ha hecho autocrítica con respecto a las posiciones que defendía en la década de los 60 y por otro lado hay toda una fuerte e importante corriente que detrás de una presentación eficientista defiende la profundización de un modelo privatista en la organización de los servicios de salud. Frente al distribucionismo y frente al eficientismo privatista, cabe a las ciencias sociales, al igual que ha ocurrido en algunos países latinoamericanos y algunos europeos, contribuir al desarrollo de alguna alternativa, a la construcción de algún modelo en el cual puedan alcanzar consenso posiciones que consideran a la salud en el plano de la justicia social, la equidad y también la eficiencia. Eso requiere una profundización teórica, metodológica y contar con argumentos serios para enfrentar un debate en el cual las posiciones tendrían que manifestarse con claridad. Pienso que ese es uno de los espacios centrales en los cuales en los próximos años, particularmente, la agenda política tendría que revitalizarse llevando al debate político la salud, no sólo como un problema o una necesidad ritual; ritualmente presente en toda plataforma y en todo debate sino como una cuestión política fundamentada con instrumentos, con organicidad y referida a grupos sociales significativos.

Dr. José Carlos Escudero: —El marco de lo que voy a decir va a estar dado por la mesa que tuvimos aquí el lunes por la tarde, referida a la crisis y la salud.

No vino Carlos Abalo pero vino Michel Teubal, que uno esperaba que dijera más o menos lo que hubiera dicho Abalo. A mí lo que me impactó tremendamente de esa mesa fue la intervención del Dr. Ferrer, quien, con un lenguaje muy mesurado y sin usar adjetivos describió una situación económica tétrica. Y un pronóstico económico más tétrico todavía. Digo esto por que si lo hubiera dicho Carlos Abalo uno puede decir que tiene razón pero, tal vez, se le va un poco la mano. Pero que esto venga del Dr. Ferrer y al perfil bajo de la presentación se acompañara un diagnóstico tan terrible, eso realmente mueve el piso. Lo que quiero decir es que la crisis es el marco de lo que voy a decir en adelante. Los planteos de ciencias sociales y salud yo los veo un poco marginales al pensamiento dominante. El nombre que siempre uno cita en estos momentos es Virchow. Luego los planteos de ciencias sociales invaden la problemática de salud-enfermedad hasta volverse a su vez dominantes. En este momento casi nadie discute que el fenómeno de salud-enfermedad como fenómeno observado en un individuo, es la resultante de categorías de análisis donde se mezcla lo biológico, lo psicológico y lo social.

Esto ya es la salubridad convencional, como diría alguien. Solamente una persona muy cavernícola diría que lo social no pesa en la salud. Ojo que algunos cavernícolas son profesores universitarios, así que hay que tenerlos en cuenta. Pero realmente, esto ya es marginal al pensamiento dominante. Pero lo que yo quiero plantear es que cuando uno habla de ciencias sociales y salud corre el

riesgo de mezclar cosas un poco diferentes. Volvamos un momento al concepto de qué es APS. Recuerden que en Alma-Ata la declaración fue firmada por todo el mundo: por el ministro de Salud de Haití, por el ministro de Salud de los milicos argentinos, por el ministro de Salud de Somoza y estos regímenes que evidentemente ven la salud de otra forma.

Creo que esto yo lo dije el año pasado. Perdonen la repetición. La declaración de Atención Primaria de Alma-Ata es una especie de test proyectivo: uno ve allí lo que quiere. Y en ese sentido, si planteamos ciencias sociales y salud el grado de ambigüedad es tan enorme que corremos el riesgo de que sea otro "test proyectivo". Por eso tal vez convenga diferenciar un poco de qué estamos hablando.

El conjunto de las ciencias sociales tienen categorías, metodologías, técnicas de conocimiento, conocimiento acumulado, para aportar a explicar el fenómeno de salud-enfermedad que se registra básicamente de forma individual.

Toda las ciencias sociales, la historia, la economía política, la psicología social, todas. Las ciencias blandas, repitiendo una frase, se ocupan, lamentablemente con poca precisión de fenómenos vitales básicos de la sociedad humana. Así es que a la crítica que se les hace de que son poco precisas hay que aceptar que si bien lo son, se ocupan, sin embargo de lo más importantes.

Las ciencias duras se ocupan, con más exactitud, de cosas menos importantes. Las ciencias sociales confirman una nueva sabiduría convencional. Decir ciencias sociales y salud es parte del fenómeno. Hasta parecen inmunes a la cantidad de declaraciones internacionales. Esas declaraciones que recuerdan un poco la música funcional que se escucha en los ascensores. Música de fondo que no tiene relieve y no quiere decir nada. Así que voy a intentar precisar un poco más el tema.

¿Cuáles son las ciencias sociales que sirven al debate y cuáles son las que ilustran o no ilustran?. Empezando con una exageración yo hablé de las manchas solares, como una especie de categoría que en cierto momento puede pesar sobre el fenómeno salud-enfermedad. ¿Cómo puede ser esto? Imagínense Uds. un sistema de APS donde la derivación de casos complicados se haga por radio: el parto complicado, el accidente violento y que tiene que ser derivado inmediatamente a un nivel de mayor complejidad. Si vienen las manchas solares y la comunicación es por radio, eso afecta el funcionamiento del sistema. Por eso yo no me asombro ya si alguien el día de mañana descubre un paper sobre manchas solares y APS. Pero ya sin llegar a este ejemplo extremo de APS, veamos a qué categorías nos podemos remitir para explicar la realidad, y Juan habló de esto, para explicar un fenómeno tan existencialmente límite como lo es el de la vida y la muerte, del cual se ocupa la salud. ¿Qué categorías nos pueden dar luz en esto? Yo diría que hay dos polos.

Así que el primer polo sería el énfasis en categorías donde no se puede hacer mucho. El otro polo sería el énfasis en las categorías en las que sí se puede hacer para completar la acción, que en el fondo es una acción política. Yo creo que los investigadores se manejan polarmente en la elección de categorías de un tipo o

de otro en función de cual es el viento dominante o un poco también en función de, no digamos de quién va a dar el dinero para el subsidio sino a quién lo van a meter preso el día de mañana. Lo que quiero decir es que cuando uno elige categorías explicativas no lo hace inocentemente y cuando uno analiza las categorías que considera relevantes tiene que analizar las categorías que el investigador no considera relevantes y por eso no entran en el modelo explicativo. Vuelvo al ejemplo del antropólogo en Vietnam, que fue severamente criticado por algunos antropólogos. El antropólogo explicaba la prevalencia diferencial de paludismo en Vietnam utilizando categorías que tenían que ver con la altura de la choza sobre el piso, y el hecho de que los inmigrantes hacían la choza más cerca del piso. Recuerden que el estudio consistía en marcar una diferencia de prevalencia de paludismo entre inmigrantes o sea gente que iba del altiplano a la llanura de Vietnam y gente que era nativa del altiplano. La prevalencia diferencial del paludismo se explicaba porque los inmigrantes, que tenían más paludismo, hacían las chozas a poca distancia del piso por consiguiente el mosquito subía más y los picaba o cocinaban fuera de la casa. Por lo tanto la casa no tenía humo y el mosquito a sus anchas, porque no había humo picaba a la gente. Esta explicación, que no es falsa sino verdadera, para este investigador, quedaba ahí. El comentario que yo hice a la presentación del trabajo es que había otras categorías en funcionamiento en Vietnam en 1968, año en el que se hizo el trabajo. había una guerra de liberación, con base campesina y como respuesta a eso los norteamericanos habían decretado las zonas de fuego libre, en las cuales a todo campesino que encontraban tenían derecho a matarlo y hecharle Napalm. Entonces, si uno quería estudiar la prevalencia del paludismo en Vietnam es muy valdadera la elección de esas categorías antropológicas medio restrictivas, pero que realmente estaban sobredeterminadas porque en Vietnam había una guerra y en la guerra, como doctrina desarrollada por el M.I.T. estaban las zonas de fuego libre. Entonces los campesinos, para no ser ametrallados tenían que emigrar de la costa a la montaña. Entonces, a mi modo de ver, la categoría "guerra" o algún estudio deductivo de esa categoría, sobredeterminaba la categoría con la que trabajaba este antropólogo, que, repito, no es representativo del gremio antropólogo.

En ese asunto de selección de categorías relevantes e irrelevantes, una cosa que llama la atención en la Argentina de hoy es lo que no se habla.

Desde que estamos aquí, Mario Testa habló varias veces de que Argentina es un país periférico y dependiente. Eso es central. Por lo tanto, cuando tenemos que estudiar el nivel de salud argentino y como gastamos el dinero para dar salud, es central este hecho: el de que la Argentina es un país periférico y dependiente. En este sentido, cuando vemos en estos tiempos post-modernos qué categorías se usan y no se usan, vemos que en una cosa que parece paradójal, la Argentina es un país bastante más dependiente ahora que hace 20 años, pero los desarrollos teóricos o la "moda" entre intelectuales de usar ciertas categorías es como si no fuéramos dependientes. Del dependentismo, en ciertos cenáculos intelectuales, nadie habla. De la explotación nadie habla. De la transferencia de excedentes de la periferia al centro nadie habla. Me llama la atención entonces,

este hecho, a mi modo de ver un poco terrible, de que las situaciones objetivas son, a mi modo de ver mucho más dependientes ahora que hace unos 20 años, pero que el correlato de la superestructura intelectual de elección de categorías no refleja esto.

Yo trato de explicar la desnutrición. Para explicarla, en un caso individual, por ejemplo, yo meto categorías tales como la existencia de una economía-mundo capitalista, que además está en crisis y la existencia de la ley del valor que dice que bajo el capitalismo la mercancía debe ser valorizada. Esto, para mí, es tan explicador del fenómeno desnutrición como la existencia de un spruce a nivel del intestino delgado. Todo eso está más mediatizado, más lejano, pero es igualmente relevante.

Por ejemplo, si tomamos la cuestión del gasto de medicamentos en la Argentina, gastamos 1.800 millones de dólares por año, lo cual daría dinero para que todos los trabajadores de salud tuvieran trabajo, para que todas las necesidades de salud estuvieran satisfechas, si ese dinero se recanalizara. Yo quisiera saber qué categoría teórica explica ese gasto que no es atribuible a una situación individual, a la psicología de los individuos. Es un fenómeno estructural. Y yo me atrevería a sugerir en este mundo posmoderno, que, quizá bajo el capitalismo, ya que nuestra forma de acumulación se llama capitalismo, hay que vender mercancías aunque no sirvan. Después de haber dicho esto, ¿qué podemos hacer para el uso de las ciencias sociales en salud en la Argentina? Recordemos un poco lo del otro día. Estamos muy atrasados porque, los años de plomo, entre las muchas cosas que hicieron, como cosa comparativamente menor, fue generar un enorme atraso intelectual en la Argentina en el campo de las ciencias sociales y salud comparado con países que no dejaron de ser democráticos.

Ese es el lado malo. Pero el lado bueno está en que el aparato intelectual de la sociedad argentina es muy respetable. O sea que, si venimos de atrás podemos empezar con el cuentaquilómetros relativamente a cero.

Lo que impacta en la Argentina, para quien ha pasado muchos años afuera, es el enorme desarrollo de los trabajadores psi en el país. Los famosos 30.000 psicólogos. Cuando se comenta esto se dice que la mayor parte son lacanianos, ¡no importa! Lo que yo quiero postular es que en un país periférico y dependiente, un laciano, si estuvo en el discurso del paciente de clase media cada vez va a tener menos pacientes de clase media.

Y a algún lado van a tener que ir. Lo que quiero plantear es que, en el futuro análisis de las ciencias sociales y la salud el componente "psi" puede ser una contribución argentina muy importante. Porque lo es, por lo menos cuantitativamente y como la crisis nos golpea por el lado de la salud mental en gran parte, este costado va a ser muy relevante.

Quiero cerrar con una reflexión sobre en qué ámbito se puede hacer esta discusión sobre ciencias sociales y salud. Este es un ámbito sensacional ya que ha habido 1.200 inscriptos en una reunión que ha sido la más importante, yo no sé si de la historia de la Salud Pública argentina, pero por lo menos de los últimos 15 años, organizada por gente cuya edad promedio es de los 30 años, o sea que

en este ambiente, que es un ambiente marginal, con respecto a los cenáculos intelectuales, se armó este ámbito que es importantísimo. Yo rescato la existencia de este ámbito para llevar adelante esta gran discusión que, en cierto modo, está apenas empezando, sobre ciencias sociales y salud, determinaciones, sobre-determinaciones y relaciones. Estamos empezando.

Dr. Eduardo Menéndez: — Yo voy a tratar de hacer algunos comentarios, básicamente a partir de la particularidad con que me inscribo en la ciencia de la salud, es decir muy específicamente como antropólogo.

Desde este punto de vista me voy a valer un poco de los ejemplos que, en la mitad de la plática intercaló José Carlos, porque algunas de las cosas que él ha mencionado están muy estrechamente relacionadas con lo que yo iba a señalar. Básicamente porque una de mis preocupaciones constantes se refiere al hecho de que hay toda una serie de disciplinas muy empiristas, y la antropología médica lo es, pero que, de la casualidad de que en el bajo nivel de abstracción con que suelen plantear algunas de sus investigaciones, sus productos que suelen dar línea, a través del tiempo que luego son apropiadas ya sea por el Estado o por sectores radicales y allí es donde empieza mi preocupación. El ejemplo que dio José Carlos es realmente interesante y conocido pero creo que hay que incorporarlo con otro ejemplo, tan interesante y conocido como éste. Los antropólogos trabajaron en Vietnam. Más aún, un equipo de antropólogos fue el que diseñó las aldeas estratégicas para enfrentar a los vietnamitas. También fue un equipo de antropólogos el que diseñó aldeas similares en Guatemala. Más aún, esto fue enunciado por antropólogos. Es conocido hasta el cansancio por los antropólogos que Erich Gulf, un extraordinario antropólogo radical norteamericano y Jorgensen, un extraordinario antropólogo socio cultural y un tanto funcionalista, éste último, denunciaron en la Asociación Antropológica Norteamericana cómo el equipo de Berkeley, liderado por Joe Foster fue uno de los equipos que llevaron a cabo un interesante trabajo etnográfico en Vietnam, fueron los diseñadores de las aldeas estratégicas que fue uno de los puntales del enfrentamiento, justamente, entre norteamericanos y vietnamitas.

A mí me preocupa muy sinceramente que toda una carga puntual de aparente empirismo y, como ya sabemos todos los que estamos acá porque creo que no somos demasiado ingenuos, detrás de todo empirismo hay una teoría no articulada o espontánea pero que está sobredeterminando ese supuesto empirismo. Desde esta perspectiva lo que me preocupa (y lleguemos a la APS) que toda una cantidad de elementos de los que hoy hablamos con respecto a la APS en 1988, fueron pensados y aplicados hace ya muchos años. Todo esto a partir de investigaciones médicas, antropológicas, sociológicas, epidemiológicas que en su momento fueron reputadas como empiristas.

Para mí el primer programa de APS que se genera en América Latina, fue directamente diseñado por médicos y antropólogos de la Fundación Rockefeller en la década del 30, con elementos tremendamente similares a los que hoy solemos usar para hablar de APS.

Más aún. En las décadas del 30 y 40, equipos de antropólogos trabajando para seis gobiernos latinoamericanos publicaron algunos de sus productos, y yo diría los más inofensivos, en un boletín de la OPS a principios de los años 50 (yo soy un poco más viejo que la mayoría de los que están acá y me suelo acordar) donde el diseño propuesto por antropólogos sociales funcionalistas y empiristas era tan tremendamente parecido a los que venimos haciendo desde Alma-Ata que la cuestión es preguntarse ¿por qué?

¿Por qué desconocemos estas experiencias que tienen más de 50 años y por qué descubrimos la pólvora a partir de determinados indicadores, propuestas u orientaciones? Con lo cual se discute en un nivel muy manifiesto, ignorando las determinaciones con alta continuidad que vienen generadas, si Uds. quieren, por así decirlo, por políticas ligadas al imperialismo, a economías políticas centrales. Yo sería más modesto y, reduciendo el campo a la antropología médica, a políticas que han tenido una tremenda y notoria continuidad tanto en cuanto a ideología como a técnica.

Si uno revisa la producción de esta empirista antropología médica en los años 30, 40 y 50, lo que encuentra es una serie, no sólo de formulaciones etnográficas sino de formulaciones teóricas que son muy similares a las que nosotros usamos ahora, tal vez con otro lenguaje. Son propuestas que, de entrada, nos señalan que la cobertura, que la extensión de cobertura de los servicios, algo que luego viene desde Alma-Ata como una suerte de imposición posible, se tiene que hacer, como decían en el 40 a través de personal formado y utilizado puntualmente para dar servicios en función de la inexistencia, no sólo de cobertura, sino de la relación médico-paciente que existe en la mayoría de los países latinoamericanos.

Además, la práctica de investigación que entra en relación con estos conjuntos tiene que reparar enormemente en la racionalidad ideológica y técnica de estos conjuntos sociales y, de alguna manera no sólo intentar apropiarse de las mismas sino también establecer una suerte de articulación entre estas prácticas populares y lo que podemos llamar la práctica científica del sector salud.

Personas como Joe Foster, que ha diseñado aldeas estratégicas en Vietnam, sostenía esto en la década del 40 y del 50 cuando nadie o casi nadie hablaba de APS. Estos autores planteaban además la metodología que luego recibiría el nombre investigación-acción. Planteaban, a partir de su posición antropológica, no sólo algo que técnicamente se llama observación participante, sino que planteaban en 1940 o 1950, que la observación participante, si no tiene un correlato aplicado tiene serias limitaciones en su desarrollo, no sólo como teoría sino como forma de transformar la realidad.

Mi preocupación es que, por estos olvidos, en los que nos dedicamos a las ciencias sociales y yo personalmente a la antropología, emerge como algo particular. Porque, si bien parto de la hipótesis teórica de que determinados contenidos, de alguna forma, sólo adquieren su reformulación final en función de las fuerzas sociales, políticas y económicas que se apropian de los mismos y esa sería una hipótesis mayor al referirme a esto (yo no lo puedo negar porque entonces haría una especie de maniqueísmo genial como para negarme a mí

mismo y seguir no entendiendo la realidad), el hecho de que no admita que ahora hay un proceso apropiativo. Hay elementos constituidos, aplicados y que tienen una altísima continuidad en el tiempo y generados a través de perspectivas ideológicas y técnicas, de alguna forma aparentando ser apropiados de alguna manera están actuando como sobredeterminación silenciosa para ir imponiendo en nosotros determinado tipo de concepciones en la medida en que nos hacemos las fantasías de que esa apropiación se apropia también de lo que podemos llamar la ideología de base, la técnica de base que ha sustentado estas concepciones.

Yo no voy a ser demasiado extenso en lo que estoy diciendo. Podría nombrar toda una serie de prácticas antropológicas que han tenido continuidad hasta la actualidad. Dado que yo vivo en México tengo plena noción de que el Estado mexicano utiliza de su proyecto vertical participativo. Si hay algún Estado en el mundo que se la pasa hablando de la participación de las bases, ése es el Estado mexicano; más aún, llama a las bases permanentemente a participar. Más aún, el programa de salud diseñado por el actual secretario de salubridad tiene un capítulo especial apoyando la participación de las bases para mejorar los estados de salud. Pero en el sector de salud mexicano, que es uno de los sectores donde la antropología ha trabajado más desde la década del 30 hasta ahora, se observa que esta concepción participativa de investigación-acción de la que tanto se habla en APS, puede ser reapropiada y realimentada hacia objetivos que, desgraciadamente, entran en contradicción y conflicto violento con ese lenguaje que pretende dar cuenta y solución a esta problemática.

Yo participo, de alguna manera, de alguna de las aseveraciones signadas por los compañeros que hablaron anteriormente y de una perspectiva política me siento algo inhibido de intervenir, dado, como siempre lo reitero, mi carencia de intervención política en la Argentina en los últimos años.

Pero de alguna manera eso no me evita pensar de que la relación política en sí —y estas son viejas discusiones en las que yo he participado en mi querido país hace ya muchos años— no agota las instancias intermedias y que si éstas no son pensadas y por supuesto aplicadas con lo que nos quedamos es en la reiteración masturbadora de lo político. Yo no admito lo político sin instancias intermedias de acción que recuperen los niveles con autonomía relativa que operan en una circunstancia determinada y específica.

Admito, como concepción teórica e hipotética que la totalidad es algo que tiene que estar presente en mí desde una perspectiva hipotético-teórica. Pero si no establecemos, con esas viejas palabras que usábamos hace muchos años, las mediaciones puntuales en las cuales reformular las aplicaciones, yo creo que permanecemos en un nivel de un discurso reiterado que creo que puede ser eminentemente negativo, no para nosotros, sino para la APS.

Lic. Susana Margulies: —Se abre el debate entre los panelistas.

Lic. Juan Samaja: —La última parte de la intervención de Menéndez me llama a hacer una ratificación de lo que él dice y recuperar la última parte de lo que yo

había querido prever en cuanto a mi intervención. De las cuatro intervenciones yo creo que la mía es la que se ubicó en un nivel más general y corría el riesgo de pasar la frontera del campo de lo permitido al campo de lo masturbatorio de manera tal que me interesaría hacer alguna precisión de lo que quise decir. Al mismo tiempo que ratificar la importancia de algunas categorías de las ciencias sociales que me parece que están dentro de las que Escudero señalaba como categorías marginadas. La categoría de *cuestión nacional* parecería ser una categoría eminentemente ideológico-política. Yo la quiero reivindicar plenamente como una categoría de las ciencias sociales contemporáneas, creada por una experiencia riquísima de los pueblos y elaborada a la luz de sus experiencias. Pedir a una asamblea como ésta que repiense, que reconceptualice su actividad en el campo de la APS o de las diversas técnicas de acción social que se están desarrollando en la comunidad a la luz de estas tres cuestiones y especialmente de la cuestión nacional, tiene que ver, no sólo con lo más general, con una especie de aderezo totalizador en el marco de lo cual se sigue llevando a cabo la misma cosa.

El proyecto de un Estado Nacional, el proyecto de la conformación de una sociedad que se organiza como un Estado Nacional, autónomo, independiente y que realmente puede hacerse cargo de su destino, no se realiza si es que en cada porción de esa sociedad no se lleva a cabo esto. Ahora bien, de lo que se trata es, hasta qué punto estas actividades autogestionarias, participativas, han de ser algo más que un discurso y han de ir promoviendo la gesta de estos sistemas sociales que culminen en una sociedad que, en su conjunto sea capaz de autodirigirse de manera autónoma.

Esto, no sólo como encuadre ideológico general sino incluso como modelo que se encarna en la concepción del individuo y del grupo. Cada individuo y cada grupo refleja, en última instancia, el modelo político que le transmite la sociedad en la cual está funcionando. Esto incluso tiene que ver con el trabajo con grupos de alcohólicos, en el sentido que la imagen que la sociedad misma construye acerca de lo que es posible y deseable como sistema de valores que sostiene la estructura total, se transmite por múltiples mecanismos, en particular los mecanismos educacionales, pero no solamente ellos sino también la socialización familiar. Y constituyen el núcleo de los sujetos reales que sostienen lo político general. Esto es, un discurso ritualista que no es capaz de verificarse en cada una de las acciones que se llevan a cabo en esta sociedad. Invitar a hacer esta reflexión tiene que ver con situaciones muy concretas que yo estoy seguro, se verifican a diario en las prácticas de los actores de la salud. Darle proyección a cada una de las acciones significa ir consolidando los mecanismos por los cuales se pueden ir tomando decisiones, se pueden distribuir y apropiar recursos en cada uno de los modestos programas que se puedan desarrollar en la geografía total del país. En este sentido es que la cuestión nacional, la cuestión social y la cuestión democrática en todos sus niveles intermedios y en todos sus desagregaciones, debe ser uno de los aportes que las ciencias sociales que nosotros promulgamos hagan a la práctica sanitaria en este país.

Público: —Mi nombre es Enrique Stein, y soy docente de la Escuela de Salud Pública (por lo menos hasta ahora); no sabía si plantear en este momento, esta cuestión, pero posiblemente tenga que ver con lo que están hablando.

Al analizar los hechos yo quisiera que se pensara que estamos ante una cuestión grave y que quiero denunciar y tiene que ver con dos temas. Las nuevas autoridades del Departamento de Salud Pública de nuestra querida facultad, han suprimido dos áreas de la estructura de la ESPUBA, Ciencias Sociales y APS. Lo más grave es que se nos pretende envolver en un problema administrativo por el cual se plantearía nuestra cesantía; esto a lo que daremos respuesta legal, busca como se ha explicitado en reuniones de profesores, lograr que la Salud Pública sea sólo cosa de médicos, en el mismo momento que la facultad aprueba un maestrado en Salud Pública sólo para médicos.

Público: —Creo que durante toda esta semana hemos hablado mucho de generar hechos concretos. Aquí se ha planteado una situación concreta que merece de nosotros más que el aplauso solidario. Yo propongo y se puede aprobar por consenso general, que los concurrentes a estas jornadas firmemos algún tipo de declaración de enérgico repudio a esta actitud de la Escuela de Salud Pública. Creo que esto debe ser avalado con nuestra firma.

Esto nos toca particularmente a la gente de Río Negro, en donde venimos de todo un despliegue de trabajadores de la salud y entonces estamos conmocionados y sensibilizados por esto. Propongo que se elabore una declaración y que se la haga pública. (Nota de los Organizadores: Se redacta una declaración de repudio a la situación planteada y se acerca a los medios de difusión.)

Dr. Escudero: —Yo quisiera hacer dos breves comentarios. Uno a la intervención de Juan Samaja y otro a la intervención de Eduardo Menéndez.

Juan dice: ¿qué pasa cuando la atención primaria aparece contra un sistema al que no le interesa la atención primaria? Lo que podemos plantear, aunque sea facilista, es que la APS plantea una contradicción, y lleva la contradicción a un nivel mayor, lo cual no es poca cosa. El sistema que no se banca la APS va a tener que bancarse los resultados de una mayor demanda de atención. Los políticos que manejan eso van a tener que decir “nos legitimamos haciendo esto o controlamos y reprimimos”. Yo voy a plantear la contradicción a un nivel mayor. Con respecto a lo que dice Eduardo Menéndez que la política tiene que estar acompañada de un estudio de intermediaciones, esto me parece absolutamente central y fundamental. En la Argentina no se habla de imperialismo, capitalismo, dependencia, un poco por cautela porque el genocidio y la persecución son recientes. Pero además por agotamiento de estos temas. Pareciera como si hubiera un discurso político que es de tal nivel de generalidad que da para todo.

Hay cierto tipo de categoría que explica a nivel muy mediatizado, muy lejano, que hay desarrollos deductibles de esa explicación, con ejemplos empíricos muy concretos.

En ellos es en los que hay que trabajar profundamente. O sea que tenemos que trabajar en lo político y sus intermediaciones como sobredeterminador último, como así también en sus manifestaciones en la vida cotidiana y manejándonos con una dimensión empírica. El hecho de que la crisis sea tan terrible nos da un beneficio secundario.

La situación tan terrible nos da información empírica que demuestra la viabilidad del sistema, esto es lo que se llama el establishment hoy y no es poca cosa. Así es que las categorías teóricas, los desarrollos deductivos, las intermediaciones, todas las mediatizaciones que juegan en esto están allí. Pongamos el ejemplo de los antropólogos. Lo que decía el Antropólogo de Vietnam es cierto. En Vietnam, durante el año 1968, si se hacen chozas con zancos altos la gente tiene menos paludismo. Esto no es poca cosa. Eso va a ser usado para legitimar cualquier sistema represivo.

Lic. Hugo Mercer: —Creo que está bien que nos solidaricemos con lo que está ocurriendo en la Escuela de Salud Pública como para entender el modelo de vínculo entre ciencias sociales y salud pública en la Argentina. En la Escuela de Salud Pública las ciencias sociales se admitieron cuando se dedicaban a estudiar la relación médico-paciente o los problemas de las salas de espera hospitalarias.

Si las investigaciones están dirigidas a analizar estas cosas, bienvenidas. Pero si se preocupan por problemas epidemiológicos, discutiendo mecanismos de determinación y distribución de la enfermedad, problemas de organización de las políticas sanitarias o problemas de la participación de la población en la toma de decisiones sobre servicios de salud, ya están ocupando espacios o territorios claramente asignados a una salud pública vista desde una perspectiva médica. Yo pienso que esto es producto de una muy pobre Salud Pública que tenemos en nuestro país. A diferencia de lo que ocurre en otros países latinoamericanos, en donde la Salud Pública es heredera de una tradición de investigación microbiológica, bacteriológica, con una práctica de campo importante, en nuestro país buena parte de los sanitaristas en ejercicio son sanitaristas vinculados, sobre todo, a una práctica hospitalaria. Y en los años más recientes ligados a una práctica de auditoría, transformando la Salud Pública en una auditoría contable del modelo asistencial vigente en nuestro país. Pienso que en una Salud Pública distorsionada y con ese sesgo hacia la contabilidad asistencial, no resulta extraño que cuando de las ciencias sociales o de un grupo de investigación sobre APS surgen replanteos sobre la epidemiología, sobre la organización de servicios, sobre la planificación sanitaria, se intenten restablecer fronteras o demarcaciones que implican, de alguna manera, el retorno a la Escuela de Salud Pública de los tiempos en que estaba en manos de un coronel, en la década de los 70 hasta principios de los 80, y que le cupo el lugar de ser una de las peores Escuelas de Salud Pública de América Latina, durante esos años. En los últimos años y a pesar de las dificultades, esa situación comenzó a revertirse. Se abrieron espacios en la propia escuela para que investigadores y funcionarios o autoridades,

para que representantes de distintos mecanismos de participación o realización sanitaria comenzaran a expresar otras alternativas respecto de lo que constituye la Salud Pública.

Yo pienso que aquí se está pagando el precio de una Salud Pública atrasada y el precio de una intolerancia que defiende privilegios concedidos a lo largo de muchos años. Considero que esto es un problema de reivindicación, de lucha, de solidaridad con los módulos que están siendo cerrados en la Escuela. Pero también es un llamado de atención respecto a cuales van a ser las estrategias como para reforzar el desarrollo de perspectivas en el campo de las ciencias sociales y de la salud pública que legitimen un espacio de expresión en el ámbito argentino. Yo pienso que la forma de ganar ese espacio, entre otras, es también lograr un reconocimiento y una legitimidad como explicación científica sólida, seria y capaz de brindar alternativas y poner sobre la mesa de debate lo que consideramos que son problemas centrales de salud en nuestro país. Que no son los problemas de la relación médico-paciente, o al menos esos no son los problemas centrales. No son los problemas de la dinámica en la sala de espera o en la cola hospitalaria. Hay muchos otros problemas sanitarios de mucha mayor trascendencia que han sido sistemáticamente soslayados. Pienso que habría que luchar por una sociología, una ciencia social, una economía, una ciencia política, una antropología ligada a salud que esté en condiciones de dar respuestas mucho más serias que una salud pública reducida al rango de auditoría contable. A los problemas de condiciones y medio ambiente de trabajo, a los problemas de políticas sanitarias de criterios asignativos, de descentralización, de intersectorialidad, de financiamiento del sector; a estas cuestiones hay que dar respuesta.

Aquí la demanda es cómo, en los próximos años, ayudar a construir alternativas de formación e investigación sólidas que le den respuesta a un sanitarismo atrasado, que recupere el tiempo perdido, y un tiempo que se resiste en que ese espacio se pueda recuperar.

Pienso que lo que está ocurriendo en la Escuela de Salud Pública es sintomático de la crisis que se ha producido en la relación entre salud y ciencias sociales. Este es un excelente estudio de caso para ver las duras resistencias ideológicas, teóricas, metodológicas que se hacen a un necesario cambio.

Público: —Menéndez ayer decía que él está francamente bien impresionado por las enseñanzas que algunas figuras decimonónicas arrojaron sobre nosotros. Y que cuando se dice, con razón es que lo que aquí se ha perdido es una historia que tiene que ver también con este desencuentro trágico de la salud y las ciencias sociales en nuestro país, que no se ve en otros países de América Latina y se suma a nuestras tragedias.

Retomando lo que decía Menéndez ayer con respecto a ciertas perspectivas que son todavía iluminaciones del mundo decimonónico es como que en la Argentina la tragedia es real porque considerando cuestiones que se produjeron a principios de siglo, momento en que hubo un fuerte entrecruzamiento de un pensamiento social desde la propia medicina, que se perdió.

En 1914 hubo un congreso de Sociología, donde la TBC se tomaba como uno de los puntos principales del congreso.

Hubo una gran tradición sanitaria argentina y un pensamiento sanitario y raíces de una epistemología por así llamarla, social y que dramáticamente se ha perdido.

Público: —La categoría de lo nacional resulta muy confusa en una sociedad donde después de Malvinas y el proceso es muy difícil saber quién es quién.

¿Podría el panel explicar brevemente qué se quiere decir cuando se habla de lo nacional? ¿Podrían explicarnos qué lugar ocupa la cuestión nacional hoy y cuál es la diferencia con el que ocupaba en las décadas de los 50 y 60? Respetando el concepto de sobredeterminación althusseriano usado varias veces en el panel, ¿cuál es la categoría sobredeterminante en nuestro país: el capitalismo o la dependencia?

Lic. Juan Samaja: —En la última intervención Escudero hizo una mención que tiene que ver con la capacidad que las partes de una totalidad, operando en el seno de la totalidad, tratando de ser coherentes con su operación, tarde o temprano aparecen como un desbordamiento de esa totalidad. Inclusive en el campo de las matemáticas puede verse esto cuando en ciertos conjuntos numéricos, una operación llevada a sus últimas consecuencias produce o genera una nueva categoría de números. Ustedes saben que no se puede sustraer 7 a 5 sin que arroje un nuevo número que es un número negativo. Pasando esto al campo de las relaciones sociales se puede aplicar perfectamente el concepto que Jesús exponía cuando decía: “Yo no vengo a cambiar la ley, vengo a pedir que se cumpla”. Y este pedir que se cumpla era ya un reconocimiento de los límites que le imponen en la situación social dominante, a una cierta sociedad. El tema de lo nacional puede ser tomado por quien quiera. El problema es que esto nacional empujado hasta sus últimas consecuencias necesariamente desborda cualquier tipo de instrumentación que se quiere hacer de él. No cabe la menor duda de que Galtieri intentó implementar, para una política reaccionaria, para una política de distracción de la lucha del pueblo argentino, la cuestión nacional. Pero, si ustedes revisan lo que ocurrió históricamente en ese momento, es obvio que el efecto que produjo la cuestión nacional desbordó absolutamente los límites de lo previsto por él.

Con esto les quiero decir a ustedes que no es cierto que la cuestión nacional sea un chicle que la puede manejar cualquiera o quien quiera. La cuestión nacional supone condiciones tan exigentes para cualquiera que quiera ser coherente con ella que, necesariamente, quien la sostenga, terminará teniendo como enemigos a los enemigos del pueblo que son también los enemigos de la Nación como Estado independiente, como Estado autónomo, en la situación de dominación imperialista que prevalece en el Tercer Mundo.

En este sentido es posible que la confusión dure un cierto período, pero no pueda sostenerse sistemáticamente. La otra categoría la dejó para Escudero.

Dr. J. C. Escudero: —Voy a tratar de responder a la pregunta sobre cuál es la categoría sobredeterminante. Esta pregunta es pesada pero ayuda a discutir un poco esto de la sobredeterminación.

Argentina es un país periférico, dependiente de lo que se podría definir como la economía-mundo. Está pagando, junto con otros países periféricos y dependientes y junto con los pobres de los países centrales, la crisis del capitalismo. El 50% más pobre de la población norteamericana, por ejemplo, es más pobre, no sólo en términos relativos sino absolutos, que lo que era hace 5 o 10 años. O sea que hay una especie de Plan Austral funcionando en Estados Unidos. Estas categorías tan abstractas como periferia, dependencia, economía-mundo, a veces ayudan un poco a una serie de cosas concretas. Hay que hacer desarrollos deductivos y pensar en la autonomía de otro tipo de fenómenos que en salud pesan. Yo puedo plantear en salud que existe una autonomía de lo biológico, de lo psicológico y una autonomía de lo social y creo que la discusión que hay que plantear es cómo se imbrican y qué cosa sobredetermina a otra cosa. Un viejo que vive en Palermo Chico es diferente a un viejo jubilado que vive con los 300 australes por mes.

Queda claro en qué sentido es diferente. Pero quiero incluir una categoría que es básicamente biológica que es la categoría viejo, lo cual da una idea de la autodeterminación o de la autonomía de lo puramente biológico. Lo que tenemos que hacer, entonces, es discutir esto de las sobredeterminaciones. Discutir qué categoría es autónoma, qué categoría está imbricada, qué categoría es subordinada en términos de explicar salud-enfermedad.

Como pequeño comentario y ya se señaló en la mesa, tenemos un gran atraso intelectual con respecto a otros países latinoamericanos en este tema. Dada la posibilidad de que en el hecho político no haya regularidad, tal vez haya que estudiar, analizar y explotar las irregularidades y las contradicciones, es decir las pequeñas fisuras en el aparente bloque granítico de la dominación. Esto es una importantísima tarea para el futuro que nos ayuda a escapar de la que mencioné hace un ratito, que es el facilismo del discurso político puramente declamatorio que pareciera que sirve de la misma manera para la salud que para la agricultura. Hay que hacer desarrollos deductivos concretos, manejar información empírica y estudiar más irregularidades.

Público: —Pareció advertirse entre los panelistas y probablemente la escasez de tiempo no permitió desarrollarlo, algún tipo de diferencias. Sin embargo cuando hace su intervención Eduardo Menéndez y toma la categoría de mediatización de la cual se apropia el conjunto de la mesa, aparece esto como un valor unificante. ¿Será que la categoría mediatización es suficientemente sólida como para justificar algo que sí parecía advertirse en el desarrollo como diferencias? La pregunta sería ¿qué piensan ustedes que quiere decir, cómo piensan o cómo desarrollan el concepto de mediatizaciones?

Lic. E. Menéndez: —Creo que el concepto de mediatización, que es un concep-

to de poco nivel de precisión conceptual en la medida de establecer con claridad que, el punto de partida, si bien puede ser un marco general y con la intención de establecer soluciones parciales lo que debe asistir, necesariamente, es primero: dentro de ese campo de totalidad que debería definirse. Establecer cuáles son los problemas puntuales respecto de los cuales podemos tener, no sólo una explicación y descripción sino también una capacidad de acción para su transformación. Desde esta perspectiva, en el concepto de mediación, y digo no concepto sino palabra, tal como la utilicé en este momento, justamente en la mayoría de los trabajos, que por lo menos yo conozco que se producen en el campo de la salud pública incluido el campo de la Medicina Social crítica; los niveles de análisis en que suelen ser colocados los problemas, son niveles que ya sean tomados desde un punto de vista ideológico o de otro tal como el económico-político, no se establecen desnudaciones que permitirían interconectar este nivel genérico con la particularidad de un problema.

Yo parte del supuesto que gran parte de los diferendos y discusiones a veces absurdas o cerradas, tal vez, de una perspectiva que intenta comprender estos niveles de análisis, y que a veces se suelen enfrentar a discutir si esta problemática está muy bien expresada por el nivel de análisis biológico o por el nivel económico-político o por el nivel ideológico-cultural, no logran establecerse las mediaciones que articulan estos niveles y además no se señala cuál es el nivel más estratégico para explicar un problema específico.

Desde otro punto de vista, mi intervención o lo que empiezo a señalar en función de cómo venía la mesa en general y para mi gusto la mesa viene dentro de lo que se está planteando acá, donde un eje político aparece larvadamente como dominante, repito, lo que quise planear acá es que lo político que generalmente no aparece como nivel de análisis sino como una sobredeterminación ideológica respecto del problema a analizar, a describir y a transformar, me preocupaba en la medida que quede reducido a mero nivel político, sobre todo cuando aparece esta sobredeterminación de lo ideológico como lo fundante. Y que, desde esta perspectiva, la obligación, y por eso insistí tanto en lo que podemos llamar una cierta modestia empírica en la cual nunca hay empiria pura, de poder establecer problemas específicos que sean relevantes para, justamente, a partir de estos problemas específicos, comenzar a elaborar puntualmente una posible explicación y una posible estrategia de acción.

Dr. José Carlos Escudero: —Voy a intentar algún tipo de respuesta o duda interna que tengo con respecto a esto de las mediatizaciones. Si tomamos mortalidad como indicador reduccionista pero muy sólido, aparece en el análisis crítico de América Latina una especie de facilismo de izquierda, diciendo “la crisis se endurece, la mortalidad aumenta, etcétera. Si leemos lo que pasó en Chile en donde la mortalidad baja en un contexto socio-económico pavoroso. Es decir, tenemos que estudiar con mucha más profundidad qué pasó en Chile en donde se han producido fenómenos tales como que si la salud pública de los milicos argentinos es muy lumpen, la de los chilenos es muy buena tecnocracia.

Entonces hay que estudiar qué especificidad tiene el Estado chileno y qué especificidad tiene el Estado argentino.

En todo este problema de mediatizaciones nos damos cuenta hasta qué punto la salud tiene autonomía propia y esto hay que estudiarlo para sacar las conclusiones teórico-metodológicas-políticas para el futuro.

¿Qué pasa con la APS? Si en la Argentina se implementara para toda la población, salta el gobierno porque, basta con que se apliquen los 200 medicamentos básicos, eso sólo a nivel masivo nacional nos puede hacer olvidar de la deuda, de la renegociación, del viaje de Vernon Walters; ¡todo salta! Pero si eso se hace como parche, acotado, segmentado o fragmentado, permite bicicletear la crisis en cuanto esa salud somática que mejora da legitimidad y los chicos se mueren menos y gastando poca plata; tal vez hasta se pueden bajar los niveles de desnutrición. Mi pregunta permanente es por qué esto no se hace más. Pero eso es otro tipo de debate.

En esto de las mediatizaciones tenemos que ver qué pasa con la salud mental, en donde la crisis sí que golpea y enloquece. Pero esto no está desarrollado teóricamente. Todos estos son temas que tenemos que empezar a discutir de una manera muy apremiante.

Lic. Juan Samaja: —Habría dos ejemplos de mediatización y que hace al interés del concepto. No cabe la menor duda que quienes vivimos bajo este tipo de estados tenemos una actitud francamente crítica del Estado. Sin embargo, cuando esta crítica es canalizada en el sentido de anarquismo, aparece mediatizada a favor del propio Estado que quiere criticar. Porque si hay un interés a ese Estado que queremos criticar es que no haya un folleto adverso a él, sino meramente una indiferencia a ese Estado. Me refiero al tema anarquismo porque lo escuché al Dr. Noguero esta mañana aludir al anarquismo alternativo en que, por momentos, caen este tipo de prácticas que se orientan en el sentido de, bueno, “hagamos las cosas nuevas que queremos hacer, impulsémoslas”, independientemente de si son capaces de transformarse esas prácticas nuevas en la base social en alternativas de poder político. Esta es una forma de mediatizar una reacción sana que tiene el profesional en cualquier área pero en particular en el área de la salud contra un Estado que aparece efectivamente a espaldas de las necesidades de la resolución de las cuestiones de salud. Otra forma de mediatización y viene aquí una pregunta que dice: “sigo sin entender qué es la cuestión nacional”, es la cuestión nacional de los misquitos, cuestión francamente mediatizada. Quién ignora la importancia que tiene para los pueblos la reivindicación de su lengua, de sus tradiciones, de su historia, de reencontrarse con una identidad que fue duramente golpeada por las diversas formas de colonialismo del pasado. Esta lucha de los mizquitos ha sido francamente mediatizada por los agentes del imperialismo, promoviendo entre ellos una actitud separatista frente al Estado sandinista que, por el contrario, era el único contexto que podía tomar sus reivindicaciones ancestrales y llevarlas adelante.

También se mediatizan muchas cuestiones importantes, como ser las luchas

regionales, las luchas de las etnias que en nuestra América Latina han sido tan duramente castigadas. El tema de la cuestión nacional es un tema que, a mi entender, desborda los marcos de este debate. Pero como categoría científica, les diría simplemente esto: alcanza su plena expansión no en los siglos XVIII y XIX, momento en que culmina la formación de los estados capitalistas, sino cuando sus propios estados, en el desarrollo de su mecánica de acumulación, desbordan sus fronteras y salen a la conquista de mercados e invaden la nacionalidad de otros pueblos, avasallan su autonomía y la cuestión nacional se transforma en una cuestión generalizada por la naturaleza misma del imperialismo. Pero entonces, ¿qué es la cuestión nacional? Es sinónimo de preguntarse qué es el imperialismo como forma de explotación contemporánea, como nueva forma de explotación a la que fue a parar el capitalismo en su fase de capital financiero.

La cuestión nacional es, sin duda, la matriz general más potente para desarrollar las luchas sociales del tercer mundo, en donde se muestran todos los países que han logrado marcar una pauta de conquista y de autonomía frente al imperialismo.

Lic. E Menéndez: —Han llegado cuatro preguntas más o menos específicas; la primera es: ¿la APS desarrollada con criterios de investigación-acción puede convertirse en instrumento del o de los imperialismos para seguir creando situaciones de dependencia? ¿Cuál es su criterio de implementación de la APS? ¿Debe respetar ese ser propio de los pueblos a los cuales está destinada? ¿La APS debe tener una orientación política definida?

La APS está diseñada y desarrollada e implementada en su máximo grado bajo las crisis capitalistas, de lo cual no cabe la menor duda. Es un instrumento no meramente técnico sino que, de alguna manera yo no podría decir en términos mecánicos esto genera o no dependencia, sino que, funcionalmente puede establecer una serie de parámetros generados a partir de una práctica primaria que no mecánicamente sino en un proceso de relación conflictiva o complementaria con la gente va a tener su proceso de transformación.

Pero, en principio, es un instrumento técnico que ha sido más desarrollado en los países capitalistas, tanto centrales como periféricos y el diseño es de países de capitalismo central. Ahí yo no me lo plantearía en términos de instrumento sino de un mecanismo que intenta abatir determinado tipo de problemas y que puede generar conflictiva y complementariamente procesos de adhesión y de transformación. La realidad es mucho más compleja que para plantearla en términos de lo que se está señalando.

La segunda es más compleja porque tiene que ver con el desarrollo antropológico de esta situación. Tal vez la podría elaborar a través de algún ejemplo como para que quede más claro, porque creo que esa pregunta tiene no sólo un núcleo teórico sino político de tremendas decisiones. Y digo tremendas en sentido muy específico, en virtud de que, en alguna manera representa en un nivel micro la problemática de salud-enfermedad.

Ajeno a la palabra destino que aparece aquí, yo querría plantear dos posibili-

dades; que la APS, que de alguna manera, parte de un supuesto de que se constituye en la relación establecida debe respetarse la racionalidad interna de los grupos en los cuales se trabaja. Esto puede adquirir dos características polares, yo diría, para poder entenderlo: una, llevada a sus últimos extremos, y voy a dar un ejemplo concreto y existente, que es una investigación realizada en comunidades indígenas de Guatemala donde, en un programa en el que participan médicos y antropólogos, se discute si, frente a determinado tipo de problemática que tiene que ver, fundamentalmente con altas tasas de mortalidad infantil y preescolar relacionadas con gastroenteritis, se respeta una identidad étnica, una pertenencia a una integración cultural según la cual determinados principios de convivencia y, sobre todo, cierta relación con el agua, conduciría, en caso de tomarse algún tipo de acción sanitarista integral, a producir cierto tipo de modificaciones que cuestionarían ese grado de integración interna y de identidad. En consecuencia, una parte de este equipo lo que planteó es que se prefería seguir con la mortalidad infantil de 133 por mil antes de cuestionar la ley de entidad étnica. Este es un ejemplo concreto.

Hay un profundo respeto por la racionalidad cultural y étnica pero con un 133 o 134 por mil de mortalidad infantil. Estos ejemplos, que en antropología son muy frecuentes, colocan en un nivel de realidad, la realidad de las muertes evitables y masivas, donde ciertas concepciones referidas a la identidad cultural, a la pertenencia étnica, a las transformaciones o son repensadas y articuladas desde esta perspectiva o de alguna manera se convierten en un discurso ritual que no sé qué producción real salubrista puede generar. Porque una alternativa a esto puede ser respetar las identidades y las pertenencias generando cierto tipo de transformaciones. Pero, una de dos: o el modelo teórico que se plantea es un modelo ingenuo que cree que haciendo ciertas transformaciones, tanto en la infraestructura como en la dimensión ideológica, no va a generar cambios radicales al interior o bien, directamente hay una mala conciencia en la dimensión de esta práctica supuestamente salubrista.

Mi posición personal y no digo que sea la correcta, sino la que yo tomo pragmáticamente al respecto, es el abatimiento de áreas fundamentales lo que determina una acción llevada en lo posible tratando de articular nuevos diferenciales, pero donde el techo fundamental está en la solución y erradicación, en lo posible del trabajo conjunto, de los problemas. Pero no en el mantenimiento de los mismos en la medida de respetar las identidades y pertenencias culturales.

Frente a la tercera pregunta yo podría contestar que sí tiene que tener un discurso u orientación política definida estaríamos todos de acuerdo. Pero, ¿en qué práctica se da esta APS? Se da en torno a un estado dictatorial, vertical, controlador? ¿Se da dentro de una socialdemocracia? Es decir, la pregunta no puede ser contestada en términos genéricos sino con una ritualidad en el discurso.

Yo plantearía directamente las adecuaciones que en cada circunstancia particular un equipo de salud autónomo, relativamente autónomo, dependiente absolutamente, puede generar en estas situaciones específicamente establecidas. Hay otra pregunta que tiene que ver más con la exposición de ayer, pero me parece muy vaga, aunque muy interesante, así que voy a pedir más precisiones:

Público: —¿Hay modelos alternativos al Modelo Médico Hegemónico? Lo suyo genera frustración y no propone alternativas.

Como soy bastante narcisista y creo que no genero frustraciones ni propongo alternativas porque me sentiría muy mal, entonces pediría una mayor precisión porque sino parece que de entrada yo frustró a la gente.”

Público: —Escuchando la ponencia me llevé la impresión de que este modelo marca una realidad que vivimos todos y me genera a mí como médico una situación de angustia existencial. Estoy inmerso en ese modelo. Siendo que la charla de ayer fue muy teórica. Mi pregunta quería transmitir un poco este que es mi conflicto existencial.

Lic. E. Menéndez: —Yo quisiera que vayamos un poco más allá del conflicto existencial. Si un modelo teórico genera angustia, yo no puedo discutir ese nivel. Yo puedo discutir que un modelo teórico de cuenta de una realidad y entonces hay que ver qué significa esa realidad para el conjunto de los sujetos. Y el conjunto de sujetos no debe ser sólo los médicos sino el equipo de salud. Yo cuando hablo de Modelo Médico Hegemónico, no hablo de los médicos, hablo del equipo de salud. Que quede claro esto.

Público: —¿Hay un modelo alternativo a éste? ¿En su discurso lo especifica? Yo no lo escuché.

Lic. E. Menéndez: —¿Usted quiere decir si cuando yo hablo del modelo alternativo éste quiere decir exclusivamente que debe ser una construcción médica del equipo de salud o una construcción de conjunto?

No me cabe absolutamente la menor duda de que tiene que ser una construcción del conjunto. Y esto debe darse en todos los niveles y en todas las dimensiones que ello implica. Más aún, yo señalé en el día de ayer, aunque no lo desarrollé, que parto de la base de que el primer nivel de APS, lo que podemos llamar un grado de autonomía en el largo y mediano plazo, comienza básicamente por el conjunto social y no por el equipo de salud.

El primer nivel de APS está en el conjunto social, ya sea el grupo ocupacional, ya sea el grupo de pares, ya sea un grupo doméstico. El equipo de salud es recién el segundo nivel de atención. Desde ese punto de vista yo planteo que en todas las dimensiones en que podamos plantearnos las prácticas en salud de los conjuntos sociales es una construcción que le implica al colectivo reconocer instancias diferenciales aún dentro de ese mismo colectivo, en función de su inserción que puede ser técnica, social, productiva y puede ser existencial también, en el caso en que usted señaló.

Esto lo planteo no sólo en el caso de una atención inmediata, primaria, sino en una instancia investigativa. Porque lo planteo como la recuperación de una práctica alternativa, tal como lo señalé ayer, en el sentido de prácticas puntuales y no ya como un modelo alternativo. Aunque puedo haber escrito ésto, en mis trabajos actuales me manejo en otra dimensión. Planteo en estos escritos, que

aún no se han difundido en Argentina, que las prácticas no solamente pueden ser referidas en lo que podemos llamar la atención en salud, sino que necesitan ser referidas a lo que podríamos llamar el panorama de la recuperación sistemática o de la información y de la construcción de la información.

Digo esto para ver hasta adónde planteamos el hecho del colectivo en la intervención. Por ejemplo, en la dimensión epidemiológica reconocemos cuatro niveles formulados teórica y técnicamente. Los cuatro niveles son complementarios y depende de la problemática específica con que yo intervenga donde va a estar el elemento decisivo o lo que podemos llamar el nivel que represente la mayor capacidad estratégica, tanto para la obtención de datos como para la explicación.

Desde otro punto de vista, espero que quede claro, nosotros no estamos planteando el hablar de un modelo médico hegemónico y al hablar de prácticas posibles alternativas lo que podemos llamar una posición maniquea o enfrentada entre el modelo médico por una parte y los conjuntos sociales por la otra.

Para que quede más claro lo que estoy señalando en sus instancias colaborativas, nosotros, en una investigación generada sobre mortalidad infantil en un área determinada tratamos de aplicar estos cuatro niveles epidemiológicos en la obtención no solamente de la información sino en la implementación de la información. Es decir el nivel técnico, construido por los técnicos, el nivel clínico, el que según nosotros tienen los médicos clínicos que operan en un contexto determinado y que no es lo mismo que el modelo obtenido epidemiológicamente, el nivel de los grupos operacionales y el nivel de los grupos familiares. A los cuatro niveles les damos la misma jerarquización en cuanto la posibilidad de obtener la jerarquización en el mismo grado de seriedad. Pero de alguna manera, para nosotros, el perfil epidemiológico real de una comunidad determinada surge de la integración de los cuatro niveles y sólo el problema particular que vamos a implementar da la pauta de cuál es el nivel decisivo a tomar en cuenta. Si queremos actuar sobre la ideología de los conjuntos no cabe duda de que el nivel decisivo es la ideología epidemiológica de los conjuntos. Si queremos actuar sobre los médicos clínicos, que además establecen una seria resistencia por tener muy poca formación en epidemiología.

Público: —Yo no coincido con que hay parálisis, en el sentido restrictivo. En el campo de la investigación en ciencias sociales y salud respecto a un período anterior, en eso coincido con Hugo. Los panelistas insistieron varias veces en quienes son los protagonistas del hecho de salud. En nuestro país hay algunos cuentos en salud tan importantes como por ejemplo que el tema de los maestros pasa a ser un tema en el que se colocan por primera vez en un nivel como trabajadores como otros y al mismo tiempo generan un movimiento social de un impacto tan importante, como muchas escuelas de salud pública juntas.

No hay parálisis porque hubo investigaciones, ya que hay trabajos muy importantes y lo importante es que son el producto de una lucha constante y

activa frente a esos sectores que tratan de impedir la aparición de esto. Por lo tanto los espacios que nosotros defendemos siempre fueron defendidos también por fuerzas concretas que se oponen a este desarrollo.

Público: —Creo que esta mesa y el debate posterior han sido un poco distintos de la mayor parte de las mesas que se han desarrollado en esta jornada. Me parece importante hacer una pequeña reflexión respecto de por qué, justamente en el cierre.

Creo que en el auditorio había una expectativa distinta a la que creyó el panel, ya que aquí hay un conjunto de trabajadores de la salud que vienen haciendo una larga reflexión a partir del modelo médico hegemónico y del aparato teórico que yo no cuestiono ni creo que sea paralizante. Creo que hay un largo período de reflexión en este sentido y hay como una necesidad de comenzar a vertebrar una respuesta frente a la realidad acuciante de la crisis, que al comienzo de su intervención describía Escudero, tomando las palabras de Ferrer, y que se nos plantea cotidianamente. Mi sentimiento y, me permito inferir del movimiento y la escasez de preguntas, que no es sólo mío, de alguna manera, esperábamos que este panel sobre ciencias sociales y salud nos aportara algunos elementos nuevos que enriquecieran la posibilidad de vertebrar esta respuesta que se está intentando desde distintos sectores. Esto es lo que faltó parcialmente.

Lic. E. Menéndez: —Yo estoy totalmente de acuerdo con el compañero. Más aún es lo que esperaba. Yo creo que el tema de las expectativas que pueden tener los compañeros es un tema sobre el que hay que reflexionar colectivamente con respecto a que es lo que puede significar. Una mesa en la que cada uno habla 20 minutos sobre un tema como ciencias sociales y salud, que es tan amplio, y digo sinceramente, que yo me plantee ¿qué digo acá? Vino muy bien lo que dijeron antes porque lo adapté y lo digo con toda sinceridad, es lo que a mí me da la pauta de lo que es este cierre, que es un cierre que no creo que tiene mucho que ver con una reflexión teórica y puntual. Tiene que ver más, por lo que yo estoy viendo, con que estamos una cantidad de tipos juntos que de alguna manera tenemos unas concepciones similares y que eso crea un efecto de estructura, pero no un efecto de conocimiento ni de acción política. Yo, a esta altura de mi vida, no me voy a poner a dar ni línea teórica ni línea política. Sería un absurdo en mí mismo y además yo no me reconocería. Lo que yo propondría y lo vengo proponiendo a muchos compañeros, es lo que dije en el día de ayer y que José Carlos lo dijo varias veces, los problemas puntuales en salud no tienen resolución o la tienen en el campo técnico pero no tienen operatividad en una pragmática específica en un contexto determinado. Para eso no hay recetas ni líneas generales como no la hay para la articulación entre un nivel de una transformación de la práctica médica y el nivel económico-político a un mayor nivel de abstracción.

O trabajamos los problemas y los profundizamos (y para mí esta reunión sirve como contexto pero si no se continúa con una profundización teórica y

metodológica se agota en sí misma) o entramos en un ritualismo existencial, medio "porque nos pasan las cosas" y esto no niega los esfuerzos particulares, continuos que los compañeros que están acá hacen permanentemente.

Quiero plantear que si no hay una intención de profundizar, —y esto se puede hacer en grupos no elitistas pero sí específicamente contruidos para ciertos problemas—, el ritualismo, no sé lo que nos va a hacer.

Lic. Juan Samaja: —No quiero dejar pasar la ocasión para señalar que no veo porqué encuentran el ritualismo en los discursos, cuando aparecen categorías de las ciencias sociales que tienen que ver con contextos políticos, muy marcados cuando tienen que ver con largas descripciones de cosas que se hacen en frentes de trabajo sin contextualizar cuál es la proyección de eso que se hace en el frente de trabajo.

También hay una ritualización de las largas exposiciones acerca de qué se hizo y cómo, y como proyección de eso la capacidad de consolidarse y hacer historia no aparece jamás. También allí hay que crear algo en lo imaginario que tenga un correlato con la realidad de la historia.

Público: —Yo comparto lo que dicen Menéndez y Samaja. Creo, de todas maneras, que desde el punto de vista del análisis teórico, que era lo que esperábamos del panel y no respuestas políticas ni soluciones que nosotros no somos capaces hasta el día de hoy de alcanzar, es que, por ejemplo, hubiera habido un análisis más aproximado del rol actual del Estado, su evolución y sus implicancias en el desarrollo de la APS en este país y en otros similares. Creo que eso brilló por su ausencia.

Coordinadora: —Si no hay más comentarios cerramos este panel aunque no se concluye el tema y damos la palabra a los organizadores de las Jornadas.

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD EN AMERICA LATINA

JUAN C. GARCIA ENTREVISTA A JUAN C. GARCIA

P.: —¿Existe en salud un campo del conocimiento científico que se ocupe de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud–enfermedad y con los servicios de salud?

R.: —Sí y ha recibido diferentes denominaciones, entre otras, Medicina Social, Ciencias Sociales Aplicadas a Salud, Ciencias Sociales en Salud. La primera que “aparece” históricamente es Medicina Social y se refiere, en forma general, al objeto de estudio en ese campo del conocimiento. Los otros nombres designan las disciplinas incluidas en el mencionado campo del conocimiento y en algunas circunstancias se especifican las disciplinas particulares. Así, desde las ciencias sociales, la sociología médica, la economía médica, la economía política de la salud, etc., y desde las ciencias médicas, la epidemiología social, la higiene social.

P.: —¿Cómo se explica esta variedad de nombres para designar un mismo campo del conocimiento?

R.: —La variedad de nombres implica, en parte, diferentes definiciones sobre el objeto de estudio, distintas perspectivas para abordar su análisis y corrientes de pensamiento divergentes en quienes participan en este campo del conocimiento. Sin embargo, existe un cierto grado de acuerdo sobre los temas fundamentales que abarcaría esta esfera del conocimiento: “el estudio de las determinantes sociales de la enfermedad y de los servicios de salud”. Es a partir de estos temas fundamentales que se produciría un cierto consenso sobre el ámbito de un campo del conocimiento que se considera como interdisciplinario. Es por esto que algunos autores insisten en el uso de términos generales tales como Medicina Social o Salud Colectiva en lugar de expresiones que definan disciplinas o grupos de disciplinas específicas como sería el caso de Ciencias Sociales en Salud o Sociología Médica. En esa forma, y teniendo un cuerpo teórico común, podría darse la contribución de disciplinas sociales y de disciplinas “médicas” tales como epidemiología, higiene y saneamiento.

P.: —¿Cuál es la historia y el significado del término “Medicina Social”?

R.: —Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de Medicina Social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos. Salomón Neumann y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Farr en Inglaterra; y Francesco Puccinotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En las respuestas a estas preguntas yace la fascinación de numerosos escritores, economistas, poetas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar este particular período histórico.

El Dr. Guérin* estampa el término en una revista médica editada en París que tiene una duración de pocos meses. En Berlín, el Dr. Virchow introduce el término en otra revista cuya duración también será breve. En ambos casos, el contenido de las revistas tenía un carácter combativo, apoyando los principios fundamentales de las revoluciones de 1848. El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con “los problemas sociales” y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de Medicina Social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados. Así, la Medicina Social aparece como una concepción “moderna”, adecuada a las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando en Europa. Sin embargo, el término Medicina Social es poco utilizado a partir de esa fecha y reaparece en Inglaterra sólo en la década de los '40 del presente siglo coincidiendo con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS). La designación también se difunde en Europa pero no logra penetrar en EUA debido a que en los '50 el ambiente creado por el macartismo hacía imposible adjetivar algo como “social” por considerárselo relacionado con “socialismo”. Así, en las escuelas de medicina de EUA se emplea el término “Medicina Preventiva” que incluía temas de Ciencias Sociales. Antropólogos y Sociólogos son los primeros científicos sociales en participar en esta nueva disciplina y comenzar a realizar investigaciones en el campo de la salud.

Debe mencionarse que a fines de la década de los '30 y en la de los '40, un grupo de científicos sociales marxistas, entre los que se destaca Stern, enseñan e investigan materias de salud. Esta corriente, sin embargo, se ve avasallada y su producción relegada al olvido frente al surgimiento en la década de los '50 de las ciencias sociales positivistas y al clima de represión intelectual producido por el macartismo.

P.: —¿Cómo se difunde el nombre de Medicina Social en los países de América Latina?

* Guérin, Jules, *Médecine Sociales*, *Gazette Medicale de Paris*, Paris Tome Troisième No. 11, 11 de mars, 1948, No. bis, 18 mars, 1848, No. 13, 22 mars, 1848.

R.: —En el decenio de los '50 la OPS comienza a interesarse por una reformulación de la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, organizando seminarios regionales sobre el asunto. Diversos acontecimientos como la creación de SNS en Inglaterra en 1948 y en Chile en 1952 así como la Conferencia de Colorado Spring impulsan la necesidad de formar un médico más adecuado a la nueva situación. La transformación del médico mediante cambios en la educación médica era la premisa sobre la que se sustentaba esta nueva cruzada. La educación médica latinoamericana era evaluada como atrasada científicamente, desintegrada de la prevención, indisciplinada, metodológicamente anacrónica. La OPS, la Fundación Rockefeller, la Fundación Milbank, el Punto IV, iniciaron un esfuerzo para corregir estas deficiencias. Así, la OPS toma a su cargo la “modernización de la enseñanza de la medicina preventiva y social”; la Fundación Rockefeller crea y apoya pequeñas escuelas modelos, en zonas relativamente aisladas de los grandes centros urbanos nacionales. La Fundación Milbank se concentra en las ciencias sociales en salud y el Punto IV incorpora científicos sociales, especialmente antropólogos, en sus programas de acción.

La OPS organiza en 1955 y 1956 dos seminarios sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social. En el primer Seminario no había representación de científicos sociales y en el segundo sólo se menciona uno. Es difícil determinar el impacto que tuvieron estas actividades, aunque medidas indirectas parecieran indicar que fue considerable. Así, numerosas escuelas comenzaron a contratar científicos sociales aunque pronto surgieron problemas de status, de situación de trabajo, de jerarquía de autoridad y de diferencias metodológicas y conceptuales en relación a los problemas de salud y la investigación pertinente. Por una parte, los profesores de Salud Pública no tenían una concepción clara del papel de los científicos sociales a quienes consideraban hábiles sólo para hacer “cuestionarios”, informes de la situación cultural de una región y sobre todo para enseñar conceptos básicos. Por otra parte, el científico social que se incorporaba a la enseñanza, o a otras actividades, provenía de escuelas de ciencias sociales de baja calidad y sin mayor experiencia en investigación.

Hay que recordar que la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, auspiciada por la UNESCO para elevar la enseñanza de las ciencias sociales, recién se crea a fines de los '50. Al mismo tiempo se adjudican becas para el extranjero intentando con éste y otros mecanismos crear “una masa crítica” de científicos sociales. Por supuesto, y no podría ser de otro modo, la formación se hacía bajo la hegemonía del positivismo sociológico, lo cual no quiere decir que se impidiera el florecimiento de otras escuelas y que algunos alumnos reaccionaran contra la enseñanza imperante.

P.: —Por lo dicho anteriormente, Medicina Social se introduce en América Latina íntimamente unida a Medicina Preventiva y Salud Pública y en una posición de baja consideración social y técnica; ¿cuánto y cómo logra la Medicina Social separarse de la Medicina Preventiva y de la Salud Pública?

R.: —La separación entre la medicina preventiva y la medicina social no se ha

producido todavía en el mundo académico, posponiendo, en cierta medida, la legitimización de esta disciplina en el campo médico. La historia de esta relación en América Latina ayudaría a identificar los obstáculos habidos y, en términos más amplios, sería un ejemplo del proceso de disciplinización. La relación entre salubristas, especialmente los de viejo cuño, y los jóvenes antropólogos y sociólogos fueron tensas desde el comienzo debido a diferencias en el tipo de problemas que se planteaban, en la concepción del mundo y en la metodología empleada. Los salubristas estaban interesados en resolver problemas concretos de sus comunidades para lo cual requerían, por ejemplo, levantamiento de datos descriptivos. Los antropólogos y sociólogos en cambio trataban de plantearse problemas de mayor nivel de abstracción, tales como la estructura de poder de la población. Este enfrentamiento se da en una estructura jerarquizada de la unidad académica donde el científico social ocupaba el más bajo nivel.

Mientras tanto, otras instituciones, como la Fundación Milbank, posteriormente iniciaron en 1960 una serie de reuniones de científicos sociales y salubristas que tenían interés en las ciencias sociales. También se hizo una compilación de trabajos sobre el tema. Esas reuniones y la bibliografía fueron específicamente denominadas de "ciencias sociales en salud".

P.: —¿Cuándo aparece en América Latina el término ciencias de la conducta?

E.: —El término de ciencias de la conducta tiene una vida muy corta y tenía como finalidad integrar la Antropología, la Sociología y la Psicología Social bajo una concepción en la que la conducta del enfermo y el desempeño de las instituciones deberían explicarse al nivel individual: motivación, actitudes, grupos pequeños. Más común fue la introducción, al principio de los '60, de la denominación de "Ciencias Sociales Aplicadas a Salud" por algunas instituciones internacionales tales como la Fundación Milbank. Para esa época ya se habían publicado en los EUA varios libros sobre Sociología y Antropología Médica. En cierto modo es lógico pensar que en los '60 los términos imperantes fueron el de Ciencias Sociales o sus ramas especializadas tales como la Sociología, la Antropología, la Economía (más tardíamente incorporada), y que la corriente dominante fuera la positivista. Varias escuelas de Ciencias Sociales fueron creadas, y particularmente FLACSO, apoyada por UNESCO. Para mediados de los '60 ya existía una masa crítica de profesionales en las ciencias sociales, algunos formados en FLACSO, otros en escuelas nacionales y algunos en el exterior.

Pocos de los sociólogos egresados en los años sesenta iniciaron una especialización en salud. En verdad el interés central era la política, los problemas metodológicos, la educación, etcétera.

La Fundación Milbank, mediante una serie de mecanismos, logró reunir y apoyar financieramente a científicos sociales y profesionales interesados en ciencias sociales en salud tanto en América Latina como en los Estados Unidos. Así se organizaron seminarios, reuniones periódicas de los integrantes de un sistema de becas institucionales de duración de 5 años y reuniones periódicas sobre diferentes temas para mantener una cierta cohesión en el grupo. Además del grupo de beca-

rios institucionales donde se encontraban científicos sociales, la Fundación auspicio junto con la OPS, dos grandes estudios: Uno sobre recursos humanos financieros y materiales en salud en Colombia y otro sobre la enseñanza de la medicina en América Latina. Este conjunto estratégico tuvo profundas repercusiones en el desarrollo de las ciencias sociales aplicadas a salud en América Latina. Así, experiencias maginales tales como la integración entre ciencias sociales y ciencias clínicas en una sala del Hospital San Borja en Santiago de Chile, fueron conocidas, ampliadas y difundidas y atrajeron nuevos adeptos (hasta 1973).

El estudio copatrocinado por la OPS y la Milbank sobre la enseñanza de la medicina se había propuesto inicialmente como un estudio sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social para evaluar los seminarios de estas asignaturas de los años 1954-1955. Sin embargo, era evidente que lo que había ocurrido en estas asignaturas no podía explicarse sin relacionarlo con la estructura global de la escuela, con la relación entre profesores y alumnos y con la estructura social; el cambio no fue fácilmente aceptado por el Comité Asesor, que dejó en libertad al investigador para escoger su estrategia de investigación, sobre la base de que no hay "investigación por comité".

El corazón del paquete estratégico delimitado por la Milbank era un programa de beca institucional con un número pequeño de participantes seleccionados mediante un largo proceso y donde ciertas características personales de liderazgo eran fundamentales. Con este programa se intentaba completar la formación de dirigentes nacionales en Salud Pública y Medicina Social. Las frecuentes reuniones permitirán crear una unión efectiva entre los integrantes. El clima de tolerancia que impregnaba el programa hizo que se admitieran becarios pertenecientes a diversas corrientes de pensamiento.

La OPS elaboró entre 1968 y 1973 otro paquete estratégico, cuyo nacimiento fue lento y poco estructurado, resultante de la experiencia con los intelectuales latinoamericanos, destinado a impulsar las ciencias sociales en salud. Son bien conocidos los fracasos de los programas que intentaron desarrollarlo. El programa nace íntimamente relacionado con el estudio sobre la educación médica en América Latina. Las visitas a cada una de las escuelas revelaba, con raras excepciones, un atraso cuantitativo y cualitativo de la enseñanza de la medicina preventiva y social, especialmente cuando se la comparaba con las recomendaciones de los Seminarios de 1955-1956. Estos datos preliminares despertaron el interés de los dirigentes de la OPS para iniciar un programa de enseñanza de Ciencias Sociales para profesores de las asignaturas. Al mismo tiempo, se elaboraron materiales, traduciéndose una gran cantidad de artículos de revistas extranjeras, la mayoría de tendencia positivista.

Un número cada vez mayor de seminarios nacionales y regionales se fueron organizando localmente con la ayuda de la OPS. Los objetivos no eran fundamentalmente mejorar sus conocimientos, o difundir material escrito desconocido sino también poner en relación a quienes tenían una ocupación en el área y que generalmente se desconocían pero, sobre todo, era descubrir los mejores científicos sociales en términos de formación teórica y metodológica. Dado el número impor-

tante de reuniones que se realizaron en ese período (1968-73), los alumnos más destacados eran contratados como profesores en seminarios realizados en otros países, siempre con la tarea de descubrir nuevos valores.

El carácter poco estructurado que iban adquiriendo los seminarios permitieron una intensa crítica de las ciencias sociales que se estaban empleando, por ser insuficientes para explicar la realidad latinoamericana. Los seminarios sobre metodología, iniciados posteriormente a los de enseñanza, también sufrieron críticas similares.

Para fines de 1968-73, las condiciones parecen propicias para que se diera legitimidad a la Medicina Social como un campo disciplinario. En primer lugar, la creación de dos cursos de posgrado con el nombre de Medicina Social con el apoyo de la Fundación Kellogg para Brasil y el curso de Medicina Social de la UAM-Xochimilco con la colaboración de la OPS. Ambos muy bien recibidos internacionalmente. El nombre del curso y la organización de la enseñanza por "tema" pretendía alejarse del enfoque clásico disciplinario. No debe olvidarse que toda esta actividad transformadora ocurre en un período de gran turbulencia estudiantil en casi todos los países del mundo, originalmente en algunos y como seguimiento o copia en otros. Numerosas revistas, libros, artículos y folletos trataron de explicar el fenómeno relacionándolo con factores tan disímiles como la guerra de Vietnam en EUA el factor cultural en Francia, la represión estudiantil en México, etcétera.

La hipótesis de los ciclos de Marx fue ignorada y es la que quizá podría dar una respuesta. El final de un ciclo próspero de la economía tropieza con las relaciones sociales. Así, el mayor número y calidad de productos no puede ser comprado creándose una superproducción relativa. Debido a que esta insatisfacción no es violenta, las manifestaciones toman diversas formas (robo, engaño, etc.). Es especialmente en el nivel cultural donde se presenta claramente y en forma más consciente esta contradicción y proposiciones de diferentes puntos. En la institución educacional las expectativas por un futuro laboral promisorio se ven amenazadas, entre otros factores, por la jerarquización del empleo resultante de la jerarquización escolar.

El período de 1968-72 resulta, especialmente en los países capitalistas desarrollados y en algunos subdesarrollados, en una verdadera agitación contra toda institución establecida, contra formas establecidas y especialmente contra la ciencia o científicismo. Asimismo, se produjo un movimiento estudiantil en varios países sólo comparable al movimiento latinoamericano de 1918. Formas irracionales se difundieron rápidamente y la religión adquirió un gran dominio, especialmente las llamadas fundamentales, nuevas o no estructuradas. La crítica al capitalismo en el área política y al positivismo en ciencia, se hizo más frecuente, rechazándose tanto los logros del capitalismo como los del socialismo y proponiendo terceras posiciones tales como *la nueva izquierda*.

Este movimiento general, coincidente con un clima de relativa tolerancia, resultante de los logros del desarrollismo, produjo una original y fuerte corriente de carácter marxista en ciencias políticas y en sociología. Florecieron numerosas editoriales que comenzaron a publicar libros de autores latinoamericanos y de autores progresistas europeos.

Los seminarios de Medicina Social no podían permanecer ajenos a esas influencias y se sentía la necesidad de definir más claramente su campo. Precisamente, al paquete estratégico le faltaba el *cemento ideológico* que permitiera trascender las relaciones amistosas, diferenciando la Medicina Social de la Salud Pública y separándola de la Medicina Preventiva.

Esta iniciativa se alcanza parcialmente en la reunión de Cuenca. En dicha declaración se ataca definitivamente al positivismo como insuficiente para entender los problemas de salud y destaca la necesidad de buscar nuevas metodologías y marcos teóricos que relacionen la estructura social con el proceso social. La diferencia entre el paquete Milbank y el de la OPS residía fundamentalmente en que éste tenía una cohesión ideológica o adherencia a ciertos principios. Buscar el nombre que no recordara un aspecto disciplinario y que permitiera un enfoque de apertura multidisciplinaria era el dilema planteado. Frente a este dilema, y un poco antes, se inició un estudio sobre el origen histórico, los usos y significados de los conceptos más comunes y sus cambios de significado histórico, especialmente en cuanto a Medicina Social. El material era escaso y distorsionado por la concepción de los autores de los '40 (Sand, Ross). Se tradujeron, por lo tanto, los artículos relevantes de las revistas publicadas por Guérin (francés) y Virchow (alemán) y se analizó su contenido en relación con los acontecimientos positivos del momento.

En 1972 y 1973 termina el largo proceso de disciplinización, siendo uno de sus indicadores la creación de escuelas de posgrado. Así, en la escuela de Xochimilco se crea en 1972, en el Instituto de Medicina Social con el nombre de Medicina Social y su plan de estudios era temático, integrado, evitando la mención de disciplinas, incorporándose, por consiguiente dentro de las nuevas corrientes educacionales. Existían ya para esa época tres tipos de posgrados en este campo, reflejando diferentes corrientes, empleadores y agencias auspiciadoras: a) las escuelas de Salud Pública, de larga tradición, algunas apoyadas o dependientes del Estado para formar su personal técnico-superior. Los alumnos eran reclutados entre los funcionarios del Servicio y eran absorbidos por el Ministerio; b) las escuelas de posgrado o internado en Medicina Preventiva y Social, directamente dependiente de la Universidad, siendo los alumnos reclutados dentro de la Universidad. El carácter era académico, con un campo de aprendizaje proporcionado por la misma escuela en la llamada área piloto. La investigación forma parte del proceso de enseñanza y existe una cierta especialización en Epidemiología y Medicina Preventiva; c) el tercer tipo de escuela de posgrado resulta de un largo intento de separación entre Medicina Preventiva y Social y Salud Pública y Medicina Social. Tales escuelas constituyen un indicador más del proceso de disciplinización. La elección del nombre implicaba, al comienzo, una falta de disciplinización, optándose por un grupo de principios sobre los cuáles podría elaborarse un cuerpo o marco teórico central.

Existe un intento iniciado hace varios años para unir o, por lo menos, reunir con cierta frecuencia a los representantes de estas escuelas, en una Asociación ya existente de escuelas de Salud Pública auspiciada por la OPS.

La diferencia en tradición y concepción entre las tres opciones mencionadas

antes, se traduce en diferencias en las vocaciones, recomendaciones y en su futuro. Además de estas diferencias existe una de carácter profesional que se ha acentuado en los últimos años: los científicos sociales (sociólogos, antropólogos, economistas, etc.) vs. los especialistas médicos que trabajan en los aspectos sociales de la salud (epidemiólogos, ecólogos, especialistas de salud ocupacional, etc.).

P.: —¿Sabiendo que la OPS tuvo alguna participación en el proceso de creación de un movimiento de Medicina Social en América Latina, quiere decir que es posible conocer las variables que contribuyen a un cambio en un sector y, por lo tanto, contar con un paquete “estratégico” que pueda llevar a un cambio similar, sin duda un gran logro de las ciencias sociales?

R.: —Independiente de la ironía envuelta en la pregunta y cierto escepticismo respecto de esta posibilidad, creo que la respuesta es positiva dentro de ciertos límites. Existen teorías no sólo acerca de cómo se puede llegar a un invento, a un nuevo artefacto, a una teoría, sino también sobre cómo se logra difundirlos, hacerlos adoptar. Por otra parte, existen teorías probadas sobre cómo se llega a cambios estructurales en una sociedad. Este conocimiento hace “posible” lograrlo pero no quiere decir que se alcance necesariamente, ya que no es factible manipular (voluntariamente) las variables. Así, Lenin, el gran estratega del cambio, señaló que en una sociedad donde las condiciones de vida empeoran y existe deseo de cambiarla, se *requiere*, también, que esa sociedad esté en período de descomposición (haya agotado todas sus posibilidades históricas) y que exista una vanguardia.

P.: —Según algunas definiciones la OPS es una institución ideológica, es decir produce, analiza críticamente las ideas técnicas existentes y ayuda a su difusión y adaptación crítica a los países. Sin embargo, pareciera que poco se ha escrito o elaborado sobre la teoría y, por consiguiente, la metodología, para lograr especialmente la llamada difusión de “innovaciones” o “nuevas tecnologías” (incluidos nuevos procedimientos).

R.: —La OPS generalmente “no” crea a nivel científico y técnico, sino que difunde sobre todo “ideas” o procedimientos que mejoran el potencial físico y mental del ser humano. Por consiguiente, los recursos que tiene y utiliza son aquellos que permitirían difundir o adaptar “ideas” o artefactos ya existentes. Los instrumentos más frecuentes son: becas, reuniones, asesorías, algún material de apoyo, subsidios (pequeños). El “arreglo” o la combinación de los recursos o mecanismos “podrían” llevar a la adaptación o difusión. En este caso podríamos estar hablando de una “teoría” (ciertas determinaciones) y de una metodología. En “aparición” la OPS no tiene, en forma explícita, una teoría de la difusión que haga más efectiva su labor. ¿Trabaja, entonces, sobre intuiciones?

No necesariamente...

3 de junio de 1984

Juan César García

LAS CONTRIBUCIONES DE JUAN CESAR GARCIA A LAS CIENCIAS SOCIALES EN SALUD

EVERARDO DUARTE NUNES*

“Casi veinte años de producción continua que imprimieron orientaciones decisivas a la educación médica y en general al análisis crítico y constructivo de la formación del personal de salud, al desarrollo de la medicina social y al estudio de las actividades científicas en el campo de la salud en América Latina. Es la obra de un educador y de un cientista de las ciencias sociales dedicado a profundizar el enfoque científico del proceso salud-enfermedad y su articulación con la estructura social y a contribuir, con esos resultados, a denunciar la injusticia social en nuestros países.” Rodríguez (1).

I

En este trabajo intentaremos describir, en forma general, la importancia de la producción científica de Juan César García en el campo de las Ciencias Sociales aplicada en salud. La preocupación central de sus investigaciones se dirigieron al estudio de las relaciones entre salud, medicina y sociedad.

Como punto inicial, recordamos la propiedad con que se abordaron estas relaciones y la profundización teórica y crítica que impregna sus análisis. Este hecho no es de extrañar, considerando que a la preocupación científica de trazar orientaciones en un campo del conocimiento que se iniciaba en América Latina, en los años 60, se ligaba un refinamiento intelectual propio de un verdadero estudioso. Esta característica que acostumbramos a apreciar en algunos pioneros de la sociología médica, como Sigerist, Bernhardt, Stern, Rosen constituyó el resultado, en primer lugar, de una doble formación: médica y sociológica, a la cual se agrega una segura formación en filosofía e historia. Y no estaría completo el perfil del intelectual si olvidáramos citar su profundo interés por la literatura de fic-

* Profesor de la Disciplina de Ciencias Sociales aplicadas a la Medicina FCM/UNICAMP/CAMPINAS/SP/BRASIL, Doctor en Ciencias/FCM/UNICAMP.

Publicado en Cuadernos Médico Sociales N° 47, CESS Rosario.

ción que, en relación a Brasil, iba del conocimiento que tenía de la obra completa de Guimaraes Rosa a la lectura de la literatura de cordel.

Teruel, el amigo y compañero de trabajo que lo acompañó en su último viaje a la Argentina, recordaba recientemente lo mucho que había impresionado a Juan César el libro de Umberto Eco —El nombre de la Rosa—, lo que pone en evidencia su actualidad en relación a la literatura universal. (2)

García, médico, sociólogo, historiador y pensador social, procuraría a lo largo de las décadas, sobre todo estudiar, analizar y divulgar el saber relacionado con las determinaciones sociales en el campo de la salud. La búsqueda de la comprensión de esas determinaciones se centraría, en especial, en el estudio de las relaciones salud-sociedad en el contexto de las formaciones sociales latinoamericanas, enfatizando la perspectiva histórico-social de la medicina, en un marco más amplio y que trasciende el abordaje empírico o asimismo la realidad más próxima.

Su primera formación fue como Médico, habiendo estudiado en la Universidad de La Plata, en Argentina, donde se especializó en Pediatría, siendo Jefe del Centro de Salud de Berisso, provincia de Buenos Aires, y, posteriormente, se formó en Sociología en la Facultad de Ciencias Sociales de Chile, donde fue Profesor en la Cátedra de Teoría Social. En 1965 fue nombrado Asistente de Investigación en la Universidad de Harvard. En 1966 se incorporó al cuadro de funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto al Departamento de Recursos Humanos y después como coordinador de Investigaciones. En la OPS, en su sede en Washington, trabajó durante dieciocho años.

Acerca de este período junto a la OPS, muchos son los testimonios de sus compañeros de trabajo. Destacamos el de Villarreal, que dice así:

“Mi primer encuentro con Juan César fue aproximadamente hace 24 años, cuando lo invitamos a incorporarse a nuestro grupo, aquel grupo de soñadores, como a veces pensábamos, que formábamos el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana, con el propósito de que colaborase en la introducción del componente de las ciencias sociales en los trabajos de nuestro Departamento. Juan César, con el sentido de responsabilidad, vigor y convicción con que siempre desempeñó sus trabajos, así como con la tenacidad y perseverancia que siempre puso en sus acciones, hizo inestimables abordajes que vinieron a sumarse y de hecho a ejercer un efecto sinérgico en el extraordinario trabajo de aquel grupo que en la época constituía el Departamento, entre ellos dos queridos elementos infelizmente ya desaparecidos, Jorge Andrade y Edgar Muñoz, y otros que felizmente están presentes en esta ocasión: María Isabel Rodríguez, José Roberto Ferreira, Luis Ernesto Giraldo, Miguel Marquéz, José Teruel y otros que hoy no están aquí.” (3)

Juan César García fallecería cuando ocupaba su puesto en la OPS, en Washington, donde su actividad ha sido continuamente reconocida como la de un verdadero pionero. Ingresó con el encargo de realizar un estudio sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en América Latina, que se iría a

transformar en el estudio más importante sobre la Educación Médica en la región. Ferreira escribe:

“El estudio fue exhaustivo y por eso de una amplitud significativa, exigiendo de su autor, un esfuerzo y dedicación de varios años en un trabajo esencialmente individual. A pesar de eso, Juan César, desde el comienzo, encontró tiempo y puso su mayor empeño en promover el desarrollo paralelo de otras actividades de exploración de nuevas posibilidades de aplicación de las ciencias sociales en el campo de la salud. Así, se reveló su inquietud intelectual expresada en una permanente insatisfacción con la rutina —su oposición a los procedimientos tradicionales y la búsqueda de nuevos abordajes— tanto en el desarrollo científico como en su proyección en el escenario internacional en que actuaba”. (4)

Pionero de las ciencias sociales en salud en América Latina, Juan César lideró a partir de la segunda mitad de la década del 60 el movimiento intelectual en ese campo. Con una envidiable capacidad de trabajo, consiguió no sólo producir una obra fundamental sino también estimular la formación y acompañar la consolidación de importantes núcleos de Medicina Social. Miguel Márquez (5) hace referencia a este hecho citando los núcleos de medicina Social de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales de Chile; del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Guanabara; de la Escuela Nacional de Salud Pública de Colombia; las Asociaciones de Facultades de Medicina de Bolivia, Ecuador, Perú y República Dominicana; el curso de Postgrado de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, los institutos de Investigación Médico-Social de Quito (Ecuador), Rosario (Argentina), Santo Domingo (República Dominicana), el Instituto de Desarrollo de Salud, La Habana (Cuba); el curso de Post-gradó en Administración y Medicina Social de la Universidad Central del Ecuador; el Curso de Licenciatura en Medicina Social de la Universidad de Costa Rica y otros centros latinoamericanos.

Sería exhaustivo citar los innumerables Seminarios y Reuniones organizados por Juan César. Sin embargo, dos deben destacarse por las repercusiones que tuvieron en el campo de las Ciencias Sociales en Salud, ambos realizados en Cuenca, Ecuador, en 1972 y 1983.

La muerte lo sorprendió en el auge de su producción intelectual, el 8 de junio de 1984, a los 52 años de edad. Nacido en Necochea, Argentina, el 7 de mayo de 1932. Su cuerpo fue transportado al país natal el 12 de junio.

Muchas han sido las manifestaciones sobre su personalidad y asimismo sobre su trabajo. Escogemos, para finalizar la primera parte de nuestro trabajo, las palabras de Ramón Villareal:

“Juan César nos enseñó mucho a todos los que tuvimos el privilegio de trabajar con él, no sólo por su sólida formación científica, sino también por sus cualidades humanas, su humildad y su estatura intelectual y moral fuera de lo común. La agudeza de sus juicios y la forma lúcida y directa de analizar los problemas y proponer soluciones era fascinante. Juan César representa una conjunción de ideólogo, de científico y de hombre de acción. Fue un hombre que pensó que las acciones individuales sólo adquieren su verdadera dimensión cuando se proyectan

tan en la obtención de las grandes metas colectivas; con su ejemplo inspiró a creer que es posible convertir los ideales utópicos en realidades brillantes". (6)

II

Cuando se analiza la producción de Juan César se percibe que, a partir del momento en que escribe sus primeros trabajos académicos, ya se verifica su tentativa de entender la medicina en el marco de referencia de las Ciencias Sociales. Así, a principios de la década del 60, escoge como punto central de sus reflexiones la cuestión de la práctica médica. La estrategia para este análisis sería comprender la relación médico-paciente. Son de ese período tres trabajos: Autoritarismo en la relación médico-paciente; (7) Sociología y Medicina: bases sociológicas de la relación médico-paciente (8) y Comportamiento de las elites médicas en una situación de subdesarrollo. (9) Estos trabajos iniciales no sólo apuntan a un objetivo determinado —el estudio de las relaciones médico-paciente— sino también lanzan las primeras manifestaciones de las posibilidades de incorporación del sociólogo en el tratamiento de las cuestiones médicas. Se señala, también, que de forma pionera procuraba situar un programa de investigaciones que estudiase las relaciones entre la enfermedad y los factores socio-culturales y, principalmente, ya colocaba como punto fundamental una preocupación que sería importante en sus trabajos —la necesidad de una formulación que sobrepasara teóricamente los límites del positivismo y se inscribiera en una perspectiva histórica-dialéctica. Revisando sus primeros trabajos, verificamos otro hecho que acompañaría toda su trayectoria en el campo de las Ciencias Sociales en Salud y se convertiría, en los últimos años de su vida, en un objeto especial de estudio —la producción científica que obviamente tiene como base un profundo conocimiento de la literatura en ese área.

En esos trabajos en la década del 60, divulga para el lector latinoamericano lo que se estaba produciendo en términos de Sociología Médica, especialmente la norteamericana de los años 50 y 60, y al mismo tiempo establece un análisis crítico de la perspectiva utilitarista que se proponía a la metodología sociológica a través de investigaciones que se orientasen exclusivamente hacia la solución de problemas prácticos de la medicina. También enfatizaba la cuestión del carácter a-teorizante de lo que se elaboraba en el área.

Como recordamos arriba, era el inicio de la divulgación de un conocimiento que se venía acumulando y que posteriormente Juan César reuniría en una Colección (no fue publicada y sirvió para orientar discusiones en Seminarios de Metodología en Ciencias Sociales aplicadas a la Medicina), que data en 1971, donde aparecen textos de Parsons, Simmons, Suchman, Blackwell, Wilson y otros.

Esta preocupación en divulgar el conocimiento será una constante, no solo a través de textos, sino, inclusive por medio de cartas. Recuérdese, por ejemplo, cuando en 1973 escribía a los amigos sobre la producción italiana en Sociología Médica, que lo había "asombrado" por la caridad y cualidad, y enviaba "joyas"

que, creía, merecían traducción en español y portugués. Se refería al artículo de Laura Conti. Estructura social y medicina y a algunos artículos del libro *Hombre, Naturaleza y Sociedad*, llamando la atención sobre la excelente introducción de Berlinguer. comentaba sobre el texto de Conti diciendo: "teóricamente se sitúa en la corriente gramsciana, tan refrescante y libre cuando se compara con los althusserianos". En otro momento, en 1974, enviaba capítulos traducidos del libro de Boltanski, *Puericultura y moral de clase*.

Fue a partir de la segunda mitad de la década del 60 que Juan César inició un proyecto dentro del área de la formación de recursos humano y se volcó tanto al descubrimiento del proceso de educación médica en América Latina como a la propuesta y discusión de un referencial que posibilitara la enseñanza y la investigación de las Ciencias Sociales en Medicina.

A fin de buscar una orientación cronológica del período 1965-1972 relacionamos los siguientes trabajos: Paradigma para la enseñanza de las Ciencias de la Conducta en las Escuelas de Medicina, 1968; (10) Características generales de la educación médica en América Latina, (11) 1969; Aspectos psicológicos, sociales y culturales de las enfermedades venéreas, (12) 1970; La decisión de estudiar medicina, (13) 1970; Innovations in medical education in Latin America, (14) 1971; La educación médica en América Latina, (15) 1972, Las Ciencias Sociales en Medicina, (16) 1972.

Esta etapa se inicia con el "paradigma", a través del cual el autor procuraba introducir en la currícula de medicina a las ciencias de la conducta, o sea, proporcionar a los futuros profesionales del área de la salud los conocimientos psico-socio culturales específicos que les permitiesen cumplir con su trabajo de un modo más eficiente. Siendo los paradigmas usados como análogos o equivalentes esquemáticos de un fenómeno generalmente complejo y amplio, su aplicación en pedagogía se apoya en tres principios educacionales: a) "el hombre aprende mejor lo desconocido cuando parte de lo conocido" y los paradigmas enfatizan lo conocido y sus aplicaciones; b) "el conocimiento se aprende mejor cuando se enseña en forma organizada y relacionada y los paradigmas son generalizaciones que relacionan y organizan (sistematizan) hechos específicos y aislados; c) "las abstracciones se aprenden más fácilmente cuando están relacionados a fenómenos concretos" y los paradigmas son entidades concretas de fenómenos abstractos que, además de eso, vinculan hechos específicos con abstracciones.

Juan César seleccionó como paradigmas básicos los elaborados por Leavell y Clark y agregó otros específicos y originados en las ciencias de la conducta. Tomando como ejemplo las enfermedades venéreas, irá a ilustrar, en el siguiente trabajo la aplicación del modelo de la historia natural de la enfermedad en una situación concreta.

La utilización del paradigma de la historia natural de la enfermedad será blanco de muchas críticas, siendo el trabajo de Arouca (17) uno de los mejores elaborados en ese sentido. En el trabajo posterior, Quadra (18) señalaría que "La sugerencia de García, de aplicar a los modelos de la historia natural y de niveles

de prevención un tercero de 'conducta preventiva' parece también no representar una innovación decisiva, en la medida en que valiéndose de las teorías de la 'acción' y de los 'roles' termina por otorgar excesivo peso en la explicación de los fenómenos salud/enfermedad a actitudes, comportamientos y aptitudes desarrollados a nivel del individuo, divorciándose sociológicamente de la dimensión histórica".

El propio García (19) iría algunos años después a alertar con respecto al uso indiscriminado de los modelos para la enseñanza, citando el de la historia natural de la enfermedad. Señala que eso se debe "a la existencia de una cierta confusión entre el personal docente con respecto a las diferencias entre modelos teóricos científicos, modelos de aplicación y modelos de enseñanza. La historia natural de la enfermedad es un modelo típico para la aplicación de conocimientos que puede ser empleado como modelo educacional, aunque, bajo ninguna hipótesis, puede ser utilizado como un modelo científico. Siendo así, debería realizarse un trabajo teórico crítico sobre los presupuestos y las implicaciones del paradigma de la historia natural de la enfermedad, que tenga sus raíces en una concepción clasificatoria de la misma".

La serie de análisis realizados por Juan Cesar sobre educación sería la preparación de su mejor trabajo de este período —la sobresaliente y hasta hoy no igualada pintura sobre la educación médica en América Latina. Antes de intercalar algunos comentarios sobre esta obra, recordaremos que, entre los estudios elaborados anteriormente, hay uno que trata las innovaciones en educación médica. (20)

Es interesante su observación relativa a que, hasta las décadas del 50 y 60, la educación médica en América Latina no había sido blanco de una cantidad tan grande de cambios como los ocurridos a partir de esos períodos, pasando a analizar la cuestión de las innovaciones y su diseminación. Afirma, "En cierto sentido, esta diseminación tiene un patrón similar a un proceso epidémico, esparciéndose por el proceso de 'contagio'. Utilizando el tiempo como variable, clasifica las escuelas médicas en: a) innovadoras; b) aquellas que responden rápidamente a nuevas ideas; c) aquellas que responden más lentamente; y d) las resistentes al cambio. En este trabajo, el autor procuró, de un modo concreto, analizar el proceso de diseminación en tres esferas: a) articulación entre educación secundaria y educación médica; b) la expansión del sistema departamental en las escuelas médicas; y c) los programas extra muros.

Innecesariamente, la propuesta de estudiar la educación médica en América Latina en su totalidad será un momento importante en la elaboración teórica de Juan César. Aunque reconoce que ni teórica ni empíricamente es un trabajo acabado, debe ser situado como un estudio que incorporó pioneramente el abordaje marxista para los análisis sobre educación médica.

En la obra *La Educación Médica en América Latina*, (21) adopta un abordaje teórico que permitió analizar la educación médica no como un proceso aislado, sino como un proceso histórico, subordinado a la estructura económicamente predominante en la sociedad donde se desenvuelve. Hasta entonces, las orienta-

ciones teóricas de los estudios sobre educación médica habían sido predominantemente funcionalistas, por ejemplo el estudio de Merton, Reader y Kendall realizado en 1957 sobre los estudiantes de medicina norteamericanos, o el basado en el enfoque de las "relaciones humanas", en el caso de Bridge. Para Juan César, dos características se destacan en la educación médica: por un lado, su relación con otros procesos y, en especial, con el trabajo médico, y por el otro, la existencia de dos niveles, uno de los cuales, el modo de producir médicos, determina al otro: el orden institucional de la educación médica.

Al analizar, años después, su trabajo, Juan César comentaba que:

"El estudio co-patrocinado por la OPS y por Milbank sobre la enseñanza de la medicina había sido propuesto inicialmente como un estudio sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social, para evaluar los seminarios de estas disciplinas de los años 1955-56. Sin duda, era evidente que lo que había ocurrido en ellas no podía ser explicado sin relacionarlo con la estructura global de la escuela, con la relación entre profesores y alumnos y con la estructura social. El cambio no fue fácilmente aceptado por el Comité Asesor, que dio libertad al investigador para escoger su estrategia de investigación, con la salvedad de que no sería una investigación del comité". (21)

En el estudio sobre la educación médica en América Latina, Juan César hace un relevamiento en 100 escuelas trazando un cuadro sobre las actividades de enseñanza, discutiendo los planes de estudio. Verifica que después de cursar un promedio de 36 unidades docentes de forma atomizada, sin integración, el estudiante concluye sus estudios. Habría cumplido en ese momento cerca de 5.288 horas, de las cuales un 57% en materias clínicas. Completaría su formación con un internado que "aparece como remedio contra la falta de experiencia práctica del alumno durante sus estudios".

Describe el autor los agentes de enseñanza —el estudiante y el cuerpo docente. Incluye un perfil del estudiante, trazado a través de las etapas que lo llevaron a la decisión de estudiar medicina. Del análisis de las relaciones que se establecen en el proceso de enseñanza deduce que sus agentes constituyen "dos grupos bien definidos y con intereses diferentes", García escribe:

"La posición del estudiante en la estructura de la sociedad y en la de la enseñanza genera ciertos valores que son opuestos a los de sus profesores. Los cambios de actitud y la adopción de ciertos mecanismos de participación del estudiante podrán disminuir esta diferencia de poder, pero no eliminarla, mientras se mantengan las actuales relaciones de enseñanza". (22)

Después de analizar estos aspectos que son considerados como la infraestructura del proceso de producción de médicos, el autor aborda la unidad "escuela médica" que, siendo la forma institucional para aquella producción, constituye la superestructura del proceso. A través de una descripción detallada su análisis muestra cómo la escuela se estructura y organiza en dos niveles: el técnico y el administrativo. De especial interés es la conclusión de que justamente a través de la relativa autonomía de esa superestructura se hace posible la introducción de innovaciones en los procesos educativos sin la ocurrencia de

modificaciones en otros niveles estructurales que conforman el proceso de producción de médicos.

En este trabajo sitúa puntos cruciales de la educación médica. Estos puntos se refieren, por un lado, al carácter esencialmente "escolar" de la producción de médicos y, por el otro, a las relaciones entre la producción de servicios y los objetivos que se proponen las escuelas médicas. En el primero admite la no integración entre enseñanza y trabajo y en el segundo resalta la dualidad de la escuela médica que enfrenta la problemática de ser innovadora, al mismo tiempo que es presionada para adaptarse a las exigencias del mercado de trabajo. (23)

Es interesante observar que en el mismo año en que se publica La educación médica en América Latina, Juan César elabora la conferencia sobre Las Ciencias Sociales en Medicina, donde, de forma clara y precisa, sitúa los marcos que deberían orientar la producción y la investigación en Ciencias Sociales. Recuérdese que este Congreso se realiza después de la Reunión de Cuenca, donde, de forma definitiva, el grupo asume una postura crítica en relación al funcionalismo y establece que:

"Las consecuencias teóricas de esa integración son que la sociología médica, entendida como aplicación del análisis funcionalista a los problemas de salud, contribuye a una concepción estática de dichos problemas de salud, y una descripción formalista de la relación entre dichos problemas y otras esferas de los procesos productivos en general. En estas condiciones, la salud aparece como un valor, como una función y como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social". (24)

En esa Conferencia, elabora un verdadero itinerario de actividades para el Campo de las Ciencias Sociales en Salud, y para cada una de ellas plantea cuestiones tan pertinentes que continúan siendo una orientación precisa no sólo para la estructuración de contenidos de enseñanza sino también como sugerencias para investigaciones. Su discusión abarca aspectos que incluyen: 1) la vinculación de la medicina con la estructura social; 2) la influencia de la estructura social en la producción y distribución de la enfermedad; 3) el análisis de la estructura interna de la producción de servicios médicos; 4) relación de la formación del personal de salud con el campo médico. Sobresale en este texto el análisis realizado por el autor cuando sitúa el papel de la medicina en diferentes modos de producción; el esclavista, el feudal y el capitalista. Frente a la posibilidad de aplicación de las categorías del materialismo histórico, analiza la producción de servicios como determinada por las relaciones de producción, pero, al mismo tiempo, destaca que el campo médico presenta una autonomía relativa de las otras instancias que integran el todo social. Existen tres procesos que se interrelacionan: la producción de conocimientos, de personal de salud y de servicios de salud, cuya relación ha variado históricamente. Pasa revista de los componentes del proceso de producción de los servicios de salud y caracteriza dos modos de producción de los mismos: "el artesanal y el burocrático". (25)

Con la elaboración de esos dos trabajos en el año 1972, sobre la Educación

Médica y sobre las Ciencias Sociales en Medicina, Juan César afirma una posición teórica y se encamina hacia una fase de intensa producción, donde serán importantes el análisis materialista, histórico y de periodización.

Este enfoque no irá apartado de un tema que siempre le interesará —la educación— de tal modo que en 1974, juntamente con Olga Verderese (26) elabora un análisis fundamental sobre la enfermería. El tema es la decisión de estudiar enfermería, y la investigación empírica abarcó 58 escuelas de enfermería, totalizando 2.804 estudiantes. debe resaltarse que en ese trabajo el punto focal es el análisis del prestigio de la profesión y la relación que existe entre el prestigio conferido y factores estructurales.

Si, en la etapa anterior, la impotencia en la producción científica puede atribuirse al estudio sobre la Educación Médica en América Latina, en este segundo momento de elaboración científica, sin duda, esta posición debe darse al estudio Articulación de la medicina y de la educación en la estructura social. (27)

Esta apreciación se basa en el hecho de que existe en este trabajo una profunda maduración en relación a un análisis histórico-dialéctico. La transcripción, aunque larga, de un párrafo inicial de este trabajo se impone para la comprensión del abordaje adoptado en este estudio:

“En este trabajo se intentará establecer la relación entre una serie de innovaciones en el campo educacional y en el de la salud con la estructura social, con el fin de apreciar como las soluciones que se proponen obedecen a ‘necesidades’ emanadas de la totalidad social.

Partimos de la afirmación de que la práctica y el saber en el campo educacional y en el de la salud están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica. En otras palabras, se sostiene que la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina y de la educación en la estructura social.

Desde un punto de vista epistemológico, se opta por el postulado que sostiene que la concepción y la proposición de alternativas educacionales y médicas no surgen por un simple juego de pensamiento, sino tienen origen en la experiencia de los individuos con el mundo material objetivo, en las relaciones prácticas del hombre con las cosas y en las relaciones de los hombres entre sí. La determinación tanto del saber como de la práctica se buscará en el conjunto de las relaciones que constituyen el todo social y, en última instancia, en la estructura económica”. (28)

Lo que irá a destacarse en este amplio análisis es la utilización de ciertas categorías que delimitan geográficamente el espacio social, pero que recorren a la totalidad social que el autor periodiza en tres momentos: el período entre fines del siglo XIX y 1930; el período entre 1930 y 1950; el período entre 1950 y 1976. Las categorías a las que se refiere el autor son denominadas “lo de adentro”, “lo de afuera”, “centro” y “periferia”; “mi” espacio y “tu” espacio. Dentro de este enfoque compone uno de los análisis más pertinentes sobre las prácticas en los campos salud y educacional de los países americanos. La arquitectura propuesta para el análisis del discurso sobre las prácticas instauradas durante un

largo período revela la adopción del materialismo histórico como fundamento teórico básico. Las palabras del autor son suficientes para demarcar la elaboración de este estudio:

“Los países de las Américas presentan en cada uno de esos períodos rasgos estructurales que los diferencian, que los singularizan, dentro de una continuidad histórica señalada por el desarrollo de las fuerzas productivas en su relación dialéctica con las relaciones de producción. Por otra parte, los EEUU y los países de América Latina constituyen en América formaciones sociales diferentes, según el grado de autonomía con que se implanta el modelo de producción capitalista en cada una de ellas y el grado de desarrollo alcanzado por sus fuerzas productivas. Por consiguiente, en cada período se deberán distinguir ambas formaciones sociales y estudiar las relaciones que se establecen entre ellas” (29)

Anticipamos en nuestra revisión de la obra de Juan César García su estudio sobre las relaciones entre estructura social y las prácticas de salud y educacional, aunque, anteriormente a esta producción, el autor elaboró dos estudios históricos y conceptuales de gran valor para el análisis de las prácticas sociales de la medicina: uno sobre la medicina social y otro sobre la medicina comunitaria.

Sin duda, el análisis de los orígenes de la Medicina Social ya había sido objeto de estudios anteriores, como los de Rosen y Foucault, aunque la síntesis de ese tema, tal como es elaborada por García (30), revela no sólo sus amplios conocimientos sobre el tema sino también lo re-coloca de una forma en la que sitúa el papel de los intelectuales en el año 1848, yendo a buscar en Gramsci la fuente inspiradora para su análisis. Para éste autor, las revoluciones de 1848 constituirán la forma por la cual la burguesía no sólo asumió el control político, sino se apoyó en la acción de los grupos populares. Esta alianza, como queda demostrado, se disolvió cuando la burguesía tuvo el control político efectivo. Además de esos puntos que incluyen los movimientos de 1848, Juan César situará las dos corrientes que conceptualizan la medicina: la fisiológica y la social. En esta última se explicitarán conceptos tales como fuerza de trabajo, fatiga, productividad y fisiología alterada.

Otro texto producido en la misma ocasión, 1974, presentará una revisión analítica e histórica de la medicina comunitaria. El propio autor, en la Introducción del trabajo, señala:

“Intentaremos precisar el significado del término “Medicina Comunitaria” y las posibilidades y limitaciones de su instrumentalización, siguiendo dos vías complementarias: a) analizando el discurso donde aparece el término Medicina Comunitaria y b) estudiando el momento histórico en que emerge el concepto de Medicina Comunitaria” (31).

Al analizar algunos documentos oficiales de la década del 70 -El Plan Decenal de Salud para las Américas y el Informe sobre Política en el sector Salud del Banco Mundial, de 1972 y 1975, respectivamente, el autor concluye que:

“La Medicina Comunitaria, caracterizada en los documentos analizados como la participación de la comunidad en las acciones de medicina integrada,

constituye una nueva estrategia del Estado en el campo de la Salud. La medicina comunitaria no aparece, en este contexto, como un nuevo movimiento teórico-ideológico en el campo de la salud, tal como en el pasado fue la medicina preventiva y social” (32).

A fin de estudiar las limitaciones y posibilidades de la Medicina Comunitaria, la re-coloca en el contexto en el cual surge y se desarrolla. Se vuelca al estudio de las prácticas de salud, sus relaciones con la estructura social y las categorías que emergen se toman comprensibles en la medida en que se refieren a la totalidad social. El período 1946-1977 será dividido en dos momentos que se distinguen, el primero, por la categoría “containment”, de 1945 a 1968, y, el segundo, por la de “vigilancia”, de 1968 a 1976.

En el período que estamos analizando, la década del 80, publica *The Laziness disease* (33). Allí, el autor analiza la emergencia del concepto de enfermedad de la pereza en América Latina en el primer tercio de este siglo. Sitúa, inicialmente, la aparición de entidades patológicas: la enfermedad de la pereza y la fatiga patológica, tanto en América Latina como en Europa, y las condiciones que engendran su inclusión en la terminología médica. El artículo trata sólo de la emergencia del concepto de enfermedad de la pereza en América Latina. Es importante en este trabajo la reconstrucción histórica de los conceptos y de las relaciones Medicina-estructura económica, y cómo esta última suministra las categorías necesarias para obtener un aumento en la productividad, designando a la pereza como una reducción en la capacidad de trabajo e identificando algunas enfermedades como debilitantes. Analiza la anquilostomiasis y el papel de la Comisión Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller. Y las vinculaciones de los programas sanitarios con las actividades económicas del grupo Rockefeller. El autor detalla las formulaciones hechas por la citada Comisión cuando justifica la selección del control de la anquilostomiasis como programa de salud. Destaca las analogías entre la actuación en el campo de la salud y las estrategias y métodos que tienen orígenes militares: campañas, armas, combate, batalla, etc. Finaliza analizando cómo la anquilostomiasis simboliza un grupo de enfermedades conocidas como enfermedades debilitantes, que el imperialismo y el capitalismo agroexportador latinoamericanos pretendían erradicar, y el renacimiento del concepto a partir de los años 70.

“No es posible explicar el desarrollo, en el primer tercio del siglo XX, y el reciente recrudescimiento del concepto de enfermedad debilitante sin considerar la totalidad social y el papel desempeñado por la estructura económica. De acuerdo con la tesis de este trabajo, la producción intelectual relacionada con los conceptos vinculados al proceso de trabajo sólo puede ser desarrollado si ocurren ciertas condiciones o si la posibilidad de la existencia de tales condiciones está presente, para las cuales la base material es más importante, como lo muestra la historia de la enfermedad de la pereza” (34).

Los años 80 serán, innegablemente, la gran etapa de la producción de Juan César. Tal como destacó Miguel Márquez (35), de “maduración de su pensamiento científico”. Este crecimiento en relación al estudio de una serie de temas

se reflejará tanto al tratar la categoría trabajo como las instituciones de investigación, el análisis histórico de la medicina en América Latina y también en la conceptualización del proceso de salud-enfermedad.

Del comienzo de esa época es un estudio pionero que trata la historia de las instituciones de investigación en América Latina desde 1880 hasta 1930 (36). Dentro de un enfoque histórico-estructural, analiza las determinaciones económicas que conducirán a la estructuración de la investigación y creación de instituciones de investigación en los países latino-americanos. Pone en evidencia que la investigación en el Continente estuvo marcada por tres aspectos: énfasis en la bacteriología y en la parasitología, carácter estatal, y haber considerado como modelo el Instituto Pasteur.

“Los cambios en las instituciones de salud reflejan los cambios en la estructura social y lo mismo parece ocurrir con la investigación científica en salud. De 1880 a 1930 surge la investigación bacteriológica y parasitológica ligada a los problemas de producción agroexportadora. De 1930 a 1950 se desarrolla la investigación básica y clínica conectada con el crecimiento hospitalario impulsado por la industrialización. A partir de 1960, y especialmente de 1970, se observa un renacimiento de la medicina tropical acorde con el nuevo interés por la producción agropecuaria y los estudios sobre los servicios de salud impulsados por la necesidad de racionalizar el sector, frente a la disminución de los gastos estatales en salud (37).

Señala que, a pesar de que las instituciones de investigación creadas en América Latina durante el período 1880-1930 tengan las características identificadas arriba, su desarrollo es diferente en cada país, pero,

“Sin duda los determinantes que parecen haber creado las condiciones para el desarrollo científico son: grado de desarrollo de la producción agro-exportadora y control del poder estatal por el grupo que se dedica a este tipo de producción y que impulsa las investigaciones necesarias a sus intereses económicos”(38).

En ese caso se encuentran países como Argentina, Uruguay, Brasil y Chile que crean primero instituciones de investigación.

De forma detallada y con informaciones históricas revisa también como se crean las instituciones de investigación en cada país de América Latina.

Una parte importante del trabajo es el análisis de las determinaciones de la investigación, que pueden buscarse tanto en la dinámica interna como en las causas externas. Para el autor, “El concepto de autonomía relativa de las ciencias de la salud parece superar las limitaciones tanto de la teoría externalista como de la internalista, al postular: a) la determinación social de las cuestiones planteadas por los investigadores; b) la determinación interna de las respuestas que proporcionan los investigadores; c) la existencia de un proceso de autonomía de las ciencias a través del cual estas se separan de las determinaciones externas y crean sus propias instancias reguladoras”.

Dentro de esa perspectiva de analizar históricamente la problemática de salud en América Latina, publica, en 1981, un largo estudio sobre la medicina estatal, también, como en el estudio anterior, abarcando el período 1880-1930 (39). Ese

estudio está dividido en tres partes: en la primera, traza las formas de vinculación de la medicina en el capitalismo y su transformación conceptual y técnica; en la segunda, trata los factores que llevan a la creación de órganos estatales de salud; en la tercera, la forma en que se desarrolló la medicina estatal, finalizando con las transformaciones que se producen en el campo de la atención médica.

Para el autor, durante el período estudiado tiene lugar una creación de órganos de salud de carácter nacional y, según su análisis, esto habría ocurrido porque:

“La centralización de los servicios de salud se explicaría como parte de un proceso más amplio de transformación de la superestructura jurídico-política del Estado, transformación necesaria para que correspondiese con la fase inicial de la implantación del capitalismo, y realizada en los países de América Latina por la burguesía que surgió de la producción capitalista de materias primas y de productos alimenticios destinados al mercado exterior” (39).

Agrega, también, que la medicina estatal fue posible debido a los cambios que habían ocurrido en el campo médico “como resultado de su vinculación con el proceso de producción capitalista”.

Toda la primera parte del estudio se dedicará a trazar las relaciones entre la medicina y el capitalismo: a analizar el pasaje de consejos o juntas nacionales de salud a departamentos nacionales. Sólo más tarde aparecerán las direcciones de salud o ministerios. La etapa siguiente estará marcada por el surgimiento de las instituciones de seguridad social.

Estudia de forma detallada, con innumerable información histórica la situación de los países latino-americanos, evidenciando las relaciones entre esos países y las economías capitalistas más avanzadas.

En lo que se refiere a los cambios en el saber, destaca: a) la hegemonía del modelo etiológico basado en los insectos como vectores; b) la concentración de la investigación en instituciones estatales; y c) la influencia del modelo de organización del Instituto Pasteur.

La última parte de este largo trabajo está dedicada a la integración entre la salud y la Beneficencia o Asistencia Social. Según el autor, la mencionada integración implica el aumento de los gastos sociales, necesarios para atender a un creciente ejército de reserva producto de la expansión del modo de producción capitalista. Dedicándose a las cuestiones teóricas, escribe dos trabajos que presentan importantes contribuciones a los análisis sociológicos. Uno de ellos retoma la cuestión de la educación⁴⁰ y afirma:

“La construcción de un marco conceptual sobre la educación médica debería partir del esclarecimiento de ciertas tesis generales que tratan la contradicción principal y las contradicciones secundarias en la sociedad”.

Este estudio ya presenta las críticas al positivismo y a la fenomenología que desarrollará, posteriormente, de un modo más amplio en “Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud”⁴¹.

Ordena las corrientes existentes en las ciencias sociales y las escuelas filosóficas con las que éstas se relacionan. La ecuación de la relación entre ciencias y

estructura social tampoco escapa al análisis. Al dividir este ensayo en dos momentos que completan las corrientes de pensamiento y la lucha teórica actual en el campo de la salud, ofrece, de un modo no vulgar, la posibilidad de apreciar las orientaciones que fundamentan la explicación de los fenómenos en el campo de la salud.

Destaca las bases filosóficas del neo-kantismo, del neo-positivismo, del marxismo y de la fenomenología presentes en aquellos autores y trabajos que se volcaran al estudio de la medicina. Lain Entralgo, Parsons, Stern, Polack y los fenomenologistas, entre otros, son revisados en este estudio, así como se hacen referencias al estructuralismo.

La importancia concedida al marxismo se refleja en las corrientes que enfatizan las fuerzas productivas o las que dan primacía a las relaciones de producción.

Recordamos en otras partes de este trabajo el profundo interés que siempre demostró por el estudio de la ciencia. Rodríguez (42) señala que:

“Uno de los campos de actividad en que Juan César García se envuelve febrilmente a partir de 1974 es el relacionado con el estudio de la investigación en el campo de la salud, que lo llevaría, enseguida, a profundizar en el estudio de la ‘ciencia de la ciencia’ y del análisis de las tendencias no sólo de la investigación bio-médica y social, sino del desarrollo científico y tecnológico de América Latina, sus determinaciones y sus consecuencias”.

En esa línea de trabajo es fundamental la investigación llamada “La investigación en el campo de la salud en once países de América Latina” (43). Juan César reconocía que el desarrollo de los indicadores científicos en América Latina era desordenado, y esto como producto de la orientación empirista que se había dado a ese campo de actividad intelectual.

El estudio sobre la investigación en el campo de la salud fue iniciado en 1978 en los países de América Central y Panamá y se expandió a otros países a partir de 1979. En este trabajo se analiza los resultados de once países (Chile, Costa Rica, Panamá, Nicaragua, Perú, Colombia, El Salvador, Guatemala, Bolivia, Honduras y Ecuador). En la introducción se señala que el desarrollo de los indicadores científicos en América Latina es bastante desordenado, lo que se debe a la deficiencia de información y aún a su confiabilidad. El trabajo presenta una parte referente al proyecto de estudio, la recolección de información y su procesamiento; trata en especial al investigador en el campo de la salud: cantidad, características, carrera, situación del trabajo y productividad científica; en otra parte del trabajo se dedica a analizar el proyecto de investigación en los siguientes aspectos: origen, financiamiento y otros tipos de apoyo a los proyectos, división técnica del trabajo científico, colectivización del trabajo científico.

En realidad, cuando se analiza la gran preocupación de Juan César García con la producción científica en el área de las ciencias sociales aplicadas a salud, se debe añadir el esfuerzo colectivo realizado por él, Badgley, Gamboa, Bravo, en la organización de la Bibliografía Latinoamericana sobre Ciencias Sociales aplicadas a Salud (44). En palabras de Bedoya, este trabajo, “alcanza uno de sus

objetivos relacionados con la amplia difusión, interdisciplinaria e inter-regional de los componentes de las Ciencias Sociales en el marco de cuatro grandes categorías: Medicina Tradicional, Servicios de Salud, Proceso Salud-Enfermedad y Formación de Recursos Humanos”.

Se trata de la primera tentativa de sistematización de la producción científica de las Ciencias Sociales, cubriendo un largo período, 1930-1979, totalizando 1.674 referencias (45).

Se observa que, progresivamente, Juan César se dedicará a un penetrante análisis de la actividad científica en salud, en la que la cuestión de la delimitación de los conceptos y su historicidad se vuelve fundamental. De este modo su estudio sobre La Categoría trabajo en medicina, 1984 (46) constituye un ejemplo de análisis conceptual de la relación trabajo-salud, que sólo se vuelve posible en la medida en que la categoría trabajo se trata en el interior del modo de producción capitalista del que se expresan las entidades patológicas relacionadas con el trabajo. Por lo tanto, el enfoque de este estudio es el análisis “de los determinantes de aparición, desarrollo, transformación y desaparición de ciertas entidades nosológicas emanadas de las relaciones de trabajo en las sociedades capitalistas”. Partiendo de la categoría trabajo tal como es vista por el marxismo, analiza el doble carácter del trabajo (concreto y abstracto) y sus relaciones con el proceso de salud-enfermedad. Traza lo histórico en las concepciones sobre la relación **entr** desempleo y salud y del concepto de fatiga. Dedicó una parte del trabajo al análisis del impacto de la economía del capital constante sobre la salud de los obreros y de la población en general y también una crítica a las variables que comúnmente son utilizadas para establecer la relación entre trabajo y salud.

En el final de su análisis, llama la atención hacia el hecho de que es fundamental para los estudios de las relaciones entre trabajo y salud que se utilicen las categorías de la Economía Política. Sin duda, su propia contribución, con una sistemática lectura de Marx, es de la mayor importancia como punto de partida para la reflexión y esclarecimiento de los procesos inherentes a las situaciones de trabajo y sus contrapartidas en relación a la salud.

Destaca también que:

“Una nueva conceptualización de la relación salud-trabajo es de especial interés en los países en transición del capitalismo al socialismo, porque estas sociedades plantean problemas a la medicina, los cuales exigen un esfuerzo de aclaración conceptual para poder orientar las acciones de salud. Esta necesidad es mayor en el campo de la relación trabajo-salud, en virtud de que el conocimiento elaborado en el capitalismo sobre esta relación presentan importantes distorsiones y mistificaciones” (47).

JUNIO DE 1984

En esta fecha Juan César García escribe su último trabajo. Durante el período

en que estuvo enfermo y aún en condiciones de gravedad pudimos testimoniar que la lucidez no lo abandonó y que continuó trabajando incesantemente.

En el trabajo que tituló Entrevista a J.C.G., traza un balance de la trayectoria de las Ciencias Sociales en Salud y el papel de las organizaciones internacionales en la emergencia y desarrollo de ése área en América Latina (48).

En esa auto-entrevista, de testimonio de un trabajo que había constituido su principal actividad como científico y para el cual había congregado durante dos décadas, un número incontable de seguidores.

Cualquier comentario que pudiesemos añadir a las revisiones que hicimos anteriormente sería superfluo. Sin embargo, no podemos dejar de concluir reiterando que, con su trabajo, dejó profundas marcas en la dirección teórica de las Ciencias Sociales en Salud, elaborando un cuerpo de conocimientos que tuvo en el materialismo histórico su principal paradigma y mostró que el conocimiento y la ciencia pueden ser importantes herramientas para la transformación social.

NOTAS Y REFERENCIAS

- 1.- Rodríguez, María Isabel. "Mensaje de introducción al Homenaje a Juan César García". Leída por la Dra. Alina Llop (Directora del Instituto de Medicina Tropical, Cuba, en la Sección Solemne "Juan César García In Memoriam", 10/7/1986, Palacio de Convenciones, La Habana, Cuba. Publicado In: Serie Ponencias, n° 2, del Instituto "Juan César García", Quito, 1986, p. 13-14.
- 2.- Teruel, José. Apertura de la Sección Solemne "Juan César García In Memoriam". In: Serie Ponencias, Ob. cit. re. 1, p.9.
- 3.- Villarreal, Ramón. "Juan César García y su labor en el campo de la educación médica". In: Serie Ponencias, ob. cit. ref. 1, p. 19-20.
- 4.- Ferreira, José Roberto. "Juan César García como precursor de innovaciones en la cooperación técnica internacional". In: Serie Ponencias, ob. cit., ref. 1, p. 23-24.
- 5.- Márquez, Miguel. "El concepto salud-enfermedad en el trabajo científico de Juan César García", 1985, apud Bedoya, Y. A. de Resumen Bio-Bibliográfico de Juan César García. In: Serie Ponencias, n° 1, del Instituto "Juan Cesar García", Quito, 1985, p. 10.
- 6.- Villarreal, Ramón. ob. cit. p. 21.
- 7.- García, Juan César. "Autoritarismo en la relación médico-paciente". Tesis de Grado, FLACSO/UNESCO, 1961.
- 8.- García, Juan César. Sociología y Medicina: Bases Sociológicas de la relación médico-paciente. Cuadernos Médico-sociales, Santiago, 4: 11-16, Marzo-Junio, 1963.
- 9.- García, Juan César. "Comportamiento de las elites médicas en una situación de desarrollo", Cuadernos Médicos-Sociales, Santiago, 5, marzo, 1964.
- 10.- García, Juan César. Paradigma para la enseñanza de las Ciencias de la Conducta en las Escuelas de Medicina. Washington, D. C., OPS, 1968.
- 11.- García, Juan César. "Características generales de la educación médica en la América Latina". Educación Médica y Salud, 3 (4): 267-316.
- 12.- García, Juan César. "Aspectos psicológicos, sociales y culturales de las enfermeda-

- des venéreas". Presentado en la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D. C., 1970.
- 13.- García, Juan César. "La decisión de estudiar medicina", Educación Médica y Salud, 4(4): 277-294, 1970.
 - 14.- García, Juan César. Innovations in medical education in Latin America. Presentado en III Annual Meeting of the Health Sciences Education Information Center. Washington, D. C., 2-3, December, 54p. (mimeo).
 - 15.- García, Juan César. La educación médica en la América Latina. Washington, D. C., 1972, 413p. (Publ. Cient. n° 255).
 - 16.- García, Juan César. Las Ciencias Sociales en Medicina. Presentado en el XXIII Congreso Internacional de Sociología, Caracas, Venezuela, 20-25 noviembre, 1972, 14p. (mimeo).
 - 17.- Arouca, Antonio Sérgio da Silva. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva, 1975. (Tese de Doutorado - FCM/UNI-CAMP), Campinas.
 - 18.- Quadra, Antonio Augusto F. Viver é resistir: a história natural da doença. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983, p. 63-64.
 - 19.- García, Juan César. La educación médica en la América Latina, ob. cit. ref. 15.
 - 20.- Cf. ref. cit. np n° 14.
 - 21.- García, Juan César. "Juan César García entrevista Juan César García". In: Nunes, E.D. (org.). As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e perspectivas. Brasília, OPAS, 1985, p. 25.
 - 22.- García, Juan César. La educación médica en la América Latina, ob. cit., ref. 15.
 - 23.- Ibidem.
 - 24.- "OPS/OMS. Aspectos teóricos de las Ciencias Sociales aplicadas a la Medicina. Educación Médica y Salud", 8 (4): 354-359, 1974.
 - 25.- García, Juan César. Las Ciencias Sociales en Medicina, ob. cit., ref. 16.
 - 26.- Verderese, Olga e García, Juan César. La decisión de estudiar enfermería. Educación Médica y Salud, 8(4): 390-407, 1974.
 - 27.- García, Juan César - La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social, 1976/1977 (mimeo).
 - 28.- Ibidem.
 - 29.- Ibidem
 - 30.- García, Juan César - El nacimiento de la Medicina Social, 1974 (mimeo).
 - 31.- García, Juan César - Medicina Comunitaria: concepto e historia. Washington, D.C., OPS, 21p. (mimeo).
 - 32.- Ibidem.
 - 33.- García, Juan César. The laziness disease. History and Philosophy of the Life Sciences, Firenze, 3 (1): 31-59, 1981.
 - 34.- Ibidem.
 - 35.- Márquez, Miguel - ob. cit. ref. 5.
 - 36.- García, Juan César - Historia de las Instituciones de Investigación en salud en América latina - 1880-1930. Educación Médica y Salud, 15(1): 71-88, 1981.
 - 37.- Ibidem.
 - 38.- Ibidem.
 - 39.- García, Juan César - La medicina estatal en Aca. latina (1880-1930). Revista latinoamericana de Salud, 1:73-104, 1981 (1era. parte) y n° 2:102-117, 1982 (2da. parte).
 - 40.- García, Juan César - Consideraciones sobre el marco teórico de la educación médica, 1982 (mimeo).

- 41.- García, Juan César - Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes, E.D. (Org.) Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. Sao paulo, Global, 1983, p. 97-132.
- 42.- Rodríguez, María Isabel -ob. cit. ref. 1.
- 43.- García, Juan César - La investigación en el campo de la salud en once países de la América latina. WASHINGTON, D.C. OPS, 1982, 118p.
- 44.- García, Juan César; Badgley, Robin F.; Bravo, Germán; Gamboa, Carlos - Bibliografía latinoamericana sobre Ciencias Sociales aplicadas a la salud. OPS/OMS, s. d. (cerca de 1980).
- 45.- Nunes, Everardo Duarte - As Ciências Sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: Nunes, E.D. (org.) As Ciências Sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. ob. cit. ref. 21.
- 46.- García, Juan César - La categoría trabajo en Medicina. Cuadernos Médicos Sociales, Rosario, 23:5-17, 1984.
- 47.- Ibídem.
- 48.- García, Juan César. Juan César García entrevista Juna César García, ob. cit. ref. 21.

GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

1. "La incorporación de las Ciencias Sociales a la enseñanza de las Ciencias de la Salud". Pedro Brito Quintana. *Cuadernos Médicos Sociales de Rosario N° 48*. Junio 1989.
2. *La lógica de las Ciencias Sociales*. Karl. R. Popper, Theodor W. Adorno, Ralf Dahrendorf, Jürgen Habermas. Editorial Grijalbo. México. 1978.
3. "Ciencias Sociales y Salud en la América Latina: tendencias y perspectivas". Editor: Everardo Duarte Nunes. *Organización Panamericana de la Salud*. Montevideo. Uruguay. Año 1986.
4. *Introducción a la Medicina Social*. Thomas Mckeown y C. R. Lowe. Editores Siglo XXI. México. Año 1984.
5. "Pensamiento Social en Saúde Na América Latina". Juan C. García. *Coleção Pensamento Social e Saúde*. Volume 5. Everardo Duarte Nunes (Org.). Editorial Cortez. São Paulo. 1989.
6. *De la Policía Médica a la Medicina Social. Ensayos sobre la historia de la atención a la Salud*. George Rosen. Editores Siglo XXI. México 1985.
7. *IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social*. 3 al 7 de agosto de 1987. Recinto Quirama. Colombia. Publicación Patrocinada por el Instituto de Seguros Sociales seccional de Antioquía.
8. *Divulgação em Saúde para debate: VI Congresso Mundial de Medicina Social*. Ilhas Canárias. 1989. Publicação editada Pelo Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). Paraná. Brasil. Março 1990.
9. *I Seminario-Taller de investigación en Ciencias Sociales y Salud*. Secretaría de Ciencia y Técnica. Area de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales para la Salud. Buenos Aires, junio 1986.
10. *II Seminario-Taller de investigación en Ciencias Sociales y Salud*. Secretaría de Ciencia y Técnica. Area de Estudios e investigación en Ciencias Sociales de la Salud. Buenos Aires, agosto de 1987.
11. *III Seminario-Taller de investigación en Ciencias Sociales y Salud*. Area de estudios e investigación en Ciencias Sociales y Salud. Buenos Aires, setiembre de 1988.

DISCURSO DEL ACTO DE CLAUSURA

HUGO SPINELLI (por Comisión Organizadora)

Queremos cerrar estas largas jornadas agradeciéndoles, y expresándoles que nos hemos visto sobrepasados en las expectativas con esto que entre todos hemos generado. Creo que el debate final habla de esto, habla de lo que está pasando en la sociedad Argentina, la falta de un debate en salud que debe ser profundizado, y que se debe hacer desde distintos partidos políticos, instituciones y ámbitos académicos, que nos lleve a un reencuentro de la sociedad en un proyecto de salud y no en un proyecto de enfermedad. Más allá de las diferencias que pueda haber entre nosotros creo que a lo largo de las jornadas pudieron expresarse diferentes ideologías, diferentes conceptualizaciones, pero fue claro que la totalidad de los discursos estaban del lado de la salud del pueblo. Esa es nuestra posición, la seguiremos defendiendo y esto será un escenario abierto a quienes realizan tareas de salud para nuestro pueblo. Buscaremos no caer en partidismos, ni sectarismos.

Pedimos disculpas a los que no pudieron estar presentes y esperamos que haya compañeros que tomen esta posta que dejamos y puedan seguir con esta idea que permita encontrarnos para aprender entre todos.

Finalmente quiero reflexionar sobre un hecho: bajo ningún punto de vista nosotros queremos que se siga hablando de estas jornadas como "las" jornadas de APS; lo hemos expresado en el primer boletín y en el libro. Creemos que ésta tiene que ser una de las tantas jornadas que haya en el país sobre salud. Si esto no es así, esto fracasa porque caeremos en una concepción iluminista por la cual este es el gran debate de salud pública. Este es un aporte a la salud de nuestro pueblo que hacemos jóvenes trabajadores de la salud. Creemos que la Argentina tiene un número importante de trabajos directamente de terreno como del campo teórico que pueden multiplicar estas jornadas a lo largo de todo el año y de todo el país. Hay suficientes referentes como para que esto se logre. El logro implica comunicación y trabajo solidario entre institución e individuos, dejando de lado la soberbia y las chicanas personales. Queremos que esta sea una jornada más que aporte al campo de la salud del pueblo.

Gracias y, fundamentalmente, gracias a todos los compañeros que hicieron posibles estas jornadas.

INDICE

Prólogo.....	5
Discursos Inaugurales	
Dr. Villarino Sergio, Secretario General de CONAMER.....	9
Dr. Etcheverry Jaim, Decano de la Facultad de Medicina, UBA.	11
Atención Primaria de la Salud en Argentina: Desarrollo y situación actual (mesa redonda)	13
Significados, dilemas y dificultades de la Atención Primaria de la Salud (mesa redonda).	49
Atención ¿Primaria o Primitiva? de la Salud, Dr. Testa Mario (texto seleccionado).	75
Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de salud, Lic. Menéndez Eduardo (texto seleccionado).	91
Guía bibliográfica sobre Atención Primaria de la Salud.	100
Epidemiología ¿cuál?, ¿cómo? y ¿para qué? (mesa redonda)	103
La Epidemiología como guía para la Política de Salud, Terris Milton. (texto seleccionado)	123
Guía bibliográfica sobre Epidemiología.	147
Relatos de experiencias e investigaciones.	149

La Salud y la Crisis Económica (mesa redonda)	151
Crisis y Salud en América Latina, Agudelo Franco Saúl (texto seleccionado)	177
Educación para la Salud (mesa redonda)	193
La Práctica Educativa en el Campo de la Salud, Marshall M.T. (texto seleccionado)	221
Participación Popular en Salud (mesa redonda)	233
Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica Ugalde Antonio (texto seleccionado).....	265
Guía bibliográfica sobre Participación Popular en Salud	293
El Recurso Humano que formamos y el que necesitamos, una contradicción, ¿por qué? (mesa redonda)	295
Una Perspectiva más Amplia sobre el Informe de Flexner-Berliner S. Howard (texto seleccionado)	331
Guía bibliográfica sobre recursos humanos en salud	357
Trabajo y Salud (mesa redonda)	359
La categoría trabajo en Medicina, García Juan Cesar (texto seleccionado)	389
Guía bibliográfica en salud y trabajo	409
Evolución del trabajo comunitario en Salud Mental en Argentina (mesa redonda)	411
Modernidad y modelos de asistencia en Salud Mental en Argentina, Galende Emiliano (texto seleccionado)	437
Guía bibliográfica sobre trabajo comunitario y salud mental	449

Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria, Menéndez Eduardo (ponencia)	451
Políticas sobre tecnología y medicamentos: Situación actual y posibilidades futuras (mesa redonda)	465
Guía bibliográfica sobre medicamentos y tecnología médica	491
El hospital público y la actividad extramural: objetivos, dificultades y resistencias (mesa redonda)	493
Incorporación del hospital en la tecnología moderna, Foucault Michel (texto seleccionado)	519
Ciencias Sociales y Salud (mesa redonda)	531
Ciencias Sociales y Salud en América Latina, García, Juan César (texto seleccionado)	557
Las contribuciones de Juan César García a las Ciencias Sociales en Salud, Nunes Everardo Duarte (texto seleccionado).....	565
Guía bibliográfica sobre Ciencias Sociales y Salud.	583
Discurso de Cierre: Dr. Spinelli Hugo (por comisión organizadora).....	585

Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades, son unas pobres causas.

Dr. Ramón Carrillo