



V Jornadas de Atención Primaria de la Salud y II de Medicina Social

GRUPO EDITOR:

Hugo Spinelli, Alejandro Wilner, Marcio Alazraqui,
Carmen Ferrer, Ana Diez Roux, Paola Vaccaro,
Ana Tarlovsky, Daniel Arretche.

FECHA DE REALIZACION:

21 al 27 de Julio de 1991

**V JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
II DE MEDICINA SOCIAL**

21 al 27 de Julio de 1991

**SALUD, CRISIS Y POBREZA EN EL MARCO DEL AJUSTE
PROBLEMAS ACTUALES Y CONSTRUCCIONES POSIBLES
¿ES LA PRACTICA UNA CONSTRUCCION TEORICA?
¿ES LA TEORIA UNA REFLEXION SOBRE LA PRACTICA?**

**DESGRABACION DE LAS ACTIVIDADES
PRESENTACIONES DE TRABAJOS**

GRUPO EDITOR:

**Spinelli Hugo; Wilner Alejandro; Alazraqui Marcio; Ferrer Carmen;
Diez Roux Ana; Vaccaro Paola; Tarlovsky Ana; Arretche Daniel.**

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 Correo 466 - Suc. 12 - Pueyrredón 1356 - C.P. 1118 - Buenos Aires, República Argentina.

PROLOGO

Argentina 1992. Transcurriendo la última década del siglo XX, cercano el momento de llegar al mítico siglo XXI en el que habrá salud para todos, acá estamos tratando de hacer arrancar el imaginario motor que nos lleve al país de nuestros deseos, a la Argentina primer mundo, Argentina potencia, Argentina desarrollada, Argentina de la clase media, Argentina de inflación cero, Argentina donde caben todos los hombres de bien que quieran habitar el suelo argentino, Argentina culta y sin analfabetos, Argentina cuya bandera no ha sido atada jamás al carro triunfal de ningún vencedor de la tierra, Argentina de soldados sanmartinianos, Argentina libre justa y soberana, Argentina independiente, Argentina unida a los otros países del continente latinoamericano, Argentina patria socialista, Argentina punto final, Argentina social de mercado, Argentina fin de la historia, Argentina cambalache, Argentina a la que no nos une el amor sino el espanto será por eso que te quiero tanto. ¡Vamos Argentina todavía!

Y uno se pregunta: ¿de dónde sacan estas muchachas y muchachos la fuerza y el coraje para realizar la VI Jornada de Atención Primaria y III de Medicina Social, si gran parte del esfuerzo cotidiano se les va en sobrevivir? Me acuerdo cuando se realizó la primera Jornada en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de donde venían los primeros organizadores, allá por el año 1987 que hoy nos parece tan lejano. Y no puedo olvidarme porque en medio de los dolores de entonces esa reunión me dejó algo que se quedó para siempre conmigo, la idea de que aun en las peores condiciones es posible el renacer de la esperanza, que pase lo que pase no llegamos al fin de la historia, que no se acabó la militancia a pesar de tener un gobierno "popular". Por eso he seguido todas y cada una de las Jornadas, —casi no se puede creer que hayamos llegado a la sexta— porque en cada una de ellas el sentimiento de esperanza se refuerza con el reencuentro de los viejos y los nuevos, de los que estamos en Buenos Aires y de los que vienen de todos los lugares del interior del país para reafirmar nuestra voluntad de seguir luchando por reconquistar nuestra identidad perdida y por construir una historia de la salud pública argentina que hunda fuertemente sus raíces en el pasado como única manera de librarnos de las

plagas (¿siete? ¿siete veces siete? ¿setenta veces siete?) que amenazan con hacernos desaparecer.

Pero no quiero dejarme ganar por el sentimiento, aunque sí dejarme penetrar por él, para poder decir lo que pienso de este hecho inédito de un movimiento de salud que se autoconstruye en base de la energía que el propio movimiento genera: proceso autopoyético, autogénesis, intento de generación de un orden a partir del caos, búsqueda de un imposible equilibrio que nos remita a servir a quienes más nos necesitan, que haga del ejercicio de nuestros conocimientos técnicos algo más que un ejercicio técnico sino una práctica basada en una nueva ética que debemos construir, que estamos construyendo.

Porque ahora sabemos -la experiencia del sufrimiento elimina definitivamente el autoengaño- que estamos metidos en medio de la situación que todos sufrimos de modo que cualquier cosa que hagamos revertirá sobre nosotros mismos; que no es posible seguir diciendo que los medios no tienen nada que ver con los fines: los fines son también los medios; que no es aceptable que la situación que enfrentamos sea interpretada solo a partir de la malintencionada visión de los dueños absolutos del poder gubernamental, siempre dispuesta a escamotear los conflictos y silenciar las definiciones alternativas presentándose como la única opción posible; que la naturalización técnica de las relaciones sociales oscurece y refuerza los desequilibrios de poder que las constituyen; que los saberes locales son rechazados o funcionalizados perdiendo de ese modo su capacidad crítica.

Frente a esta miseria moral es necesario cambiar los principios bajo los que se realiza el ejercicio del conocimiento científico recuperando una posición ética que reconozca las situaciones concretas en las que quien actúa se encuentra ética, social y existencialmente comprometido; que los fines solo adquieren sentido concreto cuando se discuten los medios adecuados para esa situación; que existe una distribución desigual en la capacidad de decidir entre los diversos grupos de la población y por eso tenemos que tomar partido por quienes tienen menos poder, porque el consenso no es neutro: sabemos también que cada mecanismo de poder crea su propia microhegemonía. Nuestra práctica basada en principios éticos busca y refuerza las definiciones emergentes y alternativas de la realidad para lo cual critica las formas institucionales establecidas y los modos de la racionalidad en cada uno de los contextos puesto que estos promueven la violencia en lugar de la argumentación, el silenciamiento en contra de la comunicación, la alienación en vez de la solidaridad.

El objetivo de esta etapa de nuestro trabajo debiera ser la conformación de actores sociales con la capacidad necesaria para llevar a la discusión pública los problemas que conocemos en demasía pero que no llegan a formar parte de la agenda de la discusión del Estado porque no tenemos la suficiente fuerza ni la organización que obligue a los poderosos —los de ayer y los de hoy, los del Jockey Club y los

que roban para la corona— a escuchar las voces que hacen ver el sufrimiento innecesario e innecesario de las dos terceras partes del país, a mirar las imágenes que pueblan las pantallas de la televisión mostrando la ignominia a que son sometidos los jubilados y la dignidad y valentía con que pelean por sus derechos, a que reconozcan la perversión con que tratan el increíble sufrimiento de los eternos postergados, los que se enferman de cólera, los que se inundan, los que son obligados a consumir leche contaminada, los que se van muriendo por desnutrición, por tuberculosis, por no recibir atención oportuna (para qué hablar de prevención), por Dios sabe qué.

En los libros que acompañan la realización de las Jornadas (este que estamos presentando corresponde a la del año 1991, V Jornada de Atención Primaria de Salud y II de Medicina Social) puede encontrarse documentado el esfuerzo realizado. Trabajos, diagnósticos, discusiones, mesas redondas, propuestas, testimonios, conferencias, cursos, presentaciones libres, reflejan la capacidad creativa de los trabajadores de salud en todo el país, a pesar del reiterado abandono que sufren por parte de las autoridades nacionales (no siempre de las provinciales o municipales). En algunos casos esos trabajos han sido publicados por las diversas revistas amigas que se ocupan de estos problemas, dado que el volumen del material hace imposible su inclusión completa en los libros editados. Considero que esta pequeña o incipiente colección es altamente representativa del esfuerzo iniciado por un puñado de insistentes jóvenes que lograron despertar el entusiasmo de los muchos que respondieron a la convocatoria. Y me los imagino como ejemplo y demostración de que no es imposible vencer a esos molinos perversos que en lugar de ser movidos por el viento se transforman en molinos del viento.

Por eso estamos aquí, viniendo de todas partes, de los cuatro puntos cardinales y también de países amigos. Está la gente de Misiones, de Salta, de Tierra del Fuego, están los mapuches y los villeros, los *mentaleiros* de Rio Grande do Sul y también los circunspectos funcionarios de algunos organismos internacionales. Y muchos más, muchos que saben que esto va a seguir, que no se puede parar porque no se puede parar la esperanza. Y porque de esperanza se trata quiero recordar otra esperanza, la increíble demostración que los hijos de los desaparecidos recuperados por y para sus familias dieron a sus abuelas en la jornada de cierre del seminario "Filiación, Identidad, Restitución" que se realizó a comienzos de este año. Allí, los adolescentes recuperados prometieron a sus abuelas que no se preocuparan porque cuando ellas desaparecieran ellos, los hijos de los desaparecidos por la dictadura militar iban a proseguir la búsqueda de sus hermanos ausentes.

No puedo pensar en ninguna otra manera de demostrar con más fuerza el proceso de construcción de la historia.

Prof. Dr. Mario Testa
9 de Junio de 1992

**V JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
II DE MEDICINA SOCIAL**

21 al 27 de Julio de 1991

**SALUD, CRISIS Y POBREZA EN EL MARCO DEL AJUSTE
PROBLEMAS ACTUALES Y CONSTRUCCIONES POSIBLES
¿ES LA PRACTICA UNA CONSTRUCCION TEORICA?
¿ES LA TEORIA UNA REFLEXION SOBRE LA PRACTICA?**

SEDES:

Aula Magna de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Buenos Aires - Facultades de Ciencias Sociales y Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires.

COMISION ORGANIZADORA DE LAS JORNADAS:

Spinelli Hugo; Ferrer Carmen; Diez Roux Ana; Wilner Alejandro; López Casariego Virginia; Migueles Luis; Alazraqui Marcio; Vinocur Mario; Vaccaro Paola; Tarlovsky Ana; Arretche Daniel.

AUSPICIARON LAS JORNADAS:

ASOCIACION DE RESIDENTES DEL HOSPITAL DE NIÑOS
RICARDO GUTIERREZ

COMISION ARGENTINA DE RESIDENTES DEL EQUIPO DE SALUD -
CONAMER

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA - UNICEF -
PROGRAMA LOS NIÑOS PRIMERO

GREENPEACE - CONO SUR

ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA SOCIAL - AAMES

ASOCIACION DE TRABAJADORES DEL ESTADO - ATE -

COMISION INTERHOSPITALARIA DEL CONURBANO Y PROVINCIAL
(C.I.CO.P.)

MÓVIMIENTO DE VILLAS Y BARRIOS CARENCIADOS DE LA
CAPITAL FEDERAL

MOVIMIENTO POR UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD - (MOSIS) -
CORDOBA

COLEGIO DE FARMACEUTICOS Y BIOQUIMICOS DE LA
CAPITAL FEDERAL

ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD
DE BUENOS AIRES

REVISTA SALUD PROBLEMA Y DEBATE

OBJETIVOS DE LAS JORNADAS:

Continuar con el trabajo de organización de las Jornadas es para nosotros el tratar de mantener un espacio que posibilite un lugar de encuentro y debate acerca de las ideas y problemas de salud de nuestro pueblo y de nuestra función como trabajadores de la salud.

Este año nos planteamos desarrollar dos temas centrales, uno de ellos es discutir y analizar el impacto en salud de las políticas de ajuste. Conocemos el resultado en las variables económicas, además los medios de comunicación social nos inundan de términos, conceptos y evaluaciones macro y microeconómicas. ¿Y la salud? ¿qué pasa con nuestros niños, nuestros trabajadores, nuestras mujeres, nuestros jubilados y con nosotros mismos como trabajadores de la salud? Poco sabemos de la situación global, pero sí estamos llenos de pequeñas anécdotas y vivencias de nuestros pacientes y comunidades, los datos empíricos son muchos y dolorosamente vamos con ellos conviviendo cada día con mas intensidad; de esta realidad nadie habla. Si unimos nuestras pequeñas experiencias encontraremos fuerza para seguir luchando junto a nuestro pueblo por su salud y para que sepan que de nada vale un país en el siglo XXI y su pueblo con enfermedades del siglo XVIII.

El otro tema que trataremos sea desarrollado es el que enfrenta teoría y práctica. Todos los años se evidencia una separación en los asistentes en relación a las actividades, ;por un lado los teóricos, por el otro los prácticos! Sin pretensión de buscar cerrar una discusión muy vieja que trasciende el campo de la salud y que proviene de determinadas corrientes filosóficas, buscaremos que esto no se repita, no para demostrar cual de las dos tiene razón, sino para poder encontrar puntos de acuerdo y síntesis que resulten superadores del falso dilema teoría-práctica o práctica-teoría. Seguiremos insistiendo respecto a que ambas posturas son falsas, ya que siempre hay teorías detrás de las prácticas y prácticas detras de las teorías, lo que sucede es que muchas veces esas prácticas o esas teorías no son problematizadas, ;de eso se trata entonces! de problematizarlas, de que esas prácticas teóricas o prácticas técnicas sean operativizadas en las propias relacio-

nes sociales. Este desafío que ya intentamos el año pasado, con un pobre resultado según nuestra propia evaluación (de lo cual nos hacemos únicos responsables) queremos volver a revivirlo; el concretarlo depende de que los participantes lleven estos debates a todas las actividades, situación que será apoyada desde varias de las ponencias centrales.

Finalmente esperamos, como otros años, poder volver a ver y sentir toda la ilusión y el esfuerzo que ustedes ponen para llegar y estar, pese a todos sus problemas, pese a todas nuestras falencias y dificultades. Para así poder decir entre todos ¡PRESENTE! a una idea y a un proyecto de una salud mas humana, más justa, más solidaria y más democrática.

COMISION ORGANIZADORA

DISCURSOS INAUGURALES
Dr. HORACIO BARRI
(Córdoba, por las delegaciones del interior)

Yo quiero reflexionar, intercambiar con ustedes algunas pequeñas ideas. Quiero agradecer que sea el interior que comience, porque tengo la impresión de que hay una serie de cosas que construimos en estilo cebolla, por capas, que no terminan de cerrar, y así como hay que cerrar las cuestiones entre teoría y práctica, también el tema capital-interior no está cerrado. Entonces, a mí me parece muy importante esta actitud de los compañeros organizadores de invitar a un compañero para que hable en nombre del interior, lo cual es mucho compromiso: habría que pedirle permiso a todo el resto del interior, pero vale la pena.

Y entre las tantas cosas que no han cerrado todavía y que siguen estando, y que creo que son motivo de estas reuniones (este es uno de los temas dentro del interior al que nosotros no le damos mucha importancia, pero la crisis nos ha puesto a ver que estamos construyendo desde el principio esta sociedad así, por capas que no cierran), está el tema de los compañeros del interior, los que están más eternamente en crisis, como son los compañeros de las comunidades aborígenes del país. Yo recuerdo en un encuentro que hicimos en Alta Gracia junto con CODESEDH, que organizamos hace dos años, que se reunieron miembros de unas ocho o diez poblaciones indígenas. Y, además de contestarme muy bien a una torpeza mía (les pregunté a algunos de ellos cómo los trataba la crisis y me dijeron: "¿Qué crisis? Hace quinientos años que estamos en crisis", cuando tomamos un testimonio, uno de los agentes sanitarios indígenas dijo una frase que me hizo pensar en esto que era lo primero que quería reflexionar con ustedes, las cosas que hay que cerrar. Estaba hablando y dijo: "...este encuentro con los blanc..." y se paró de golpe. Lo que en realidad él quería saber era si se iba a tratar también la problemática que les compete a ellos, por eso me pareció una reflexión importante de hacer.

En este agradecimiento a esta cuestión de "en nombre del interior" quiero se-

guir agradeciendo a los organizadores de estas Jornadas. Cuando uno tiene un poquito de experiencia en organizaciones chiquitas y llevan tiempo, problemas y peleas, y ve una cosa así se da cuenta que deben estar todo el resto del año trabajando. Y esto es muy importante porque nos permite este espacio de reflexión, análisis y de construcción que tenemos que sacar de acá. Todos nosotros estamos muy agradecidos por esta situación; es un poco un milagro que se puedan reiterar y cada vez mejor. ¿No?

Yo recuerdo, haciendo un poquito de historia con estas reuniones, los primeros intentos de organizarnos y de plantear las cosas. El primero que hicimos con unos compañeros de Rosario y de Buenos Aires también, fue en Córdoba en el año 1982. Entonces para referirnos así, en ese momento no se podía hablar muy claramente de las cosas, hablando de esto de los milagros de reunirse, nos referíamos a una anécdota de Francisco de Asís: cuando ya era un personaje lo querían tratar porque estaba enfermo y el Papa le puso unos médicos para que lo traten. Tenía llagas y se las iban a cauterizar. Entonces los compañeros de él se asustaron ante semejante cuestión y dijeron: "Mejor nos vamos y esperamos afuera, esto va a ser muy doloroso". Cuando vuelven, con un olor a carne quemada muy importante, lo encuentran con una sonrisa y entonces empiezan a gritar: "¡Milagro! ¡Milagro!"; y éste les dijo: "No, no es un milagro. No existen los milagros o la vida en todo caso es un milagro." Entonces lo que yo creo que tienen de milagro estas reuniones es la apuesta por la vida, y esto es muy importante.

Este continuo de reuniones que vamos avanzando se inscriben en un contexto cada vez más crítico de la situación, en un "corsé" de la situación. Hace poco, cuando nos juntamos en Rosario con los compañeros de Salud Mental que se integran con nosotros, hablamos de que el "corsé" de la situación estaba dado por esas cifras. El otro día dando clases a alumnos de sexto año me decían: "No, no. Las cifras que usted nos da deben estar equivocadas porque son distintas que las anteriores". Claro, es tanto más aguda la situación que no coincidían las cifras actuales con las de hace pocos años atrás. Y este "corsé" de la situación es la distribución de la riqueza en la Argentina. Ese 20% de los sectores que están más sumergidos que recibe el 0,8% del PBI; ese 60% intermedio, en el que seguramente estamos todos nosotros estratificados o en pirámide, pero que recibe el 22,2%; y ese 20% de mayores ingresos que recibe el 77%, es decir, se queda con el 77%. Esto, que evidentemente son datos seguramente ya viejos, es el marco en el que nos movemos y con el que tenemos que lidiar.

He ahí por qué me parece muy importante que en estos planteos y estas discusiones que hagamos a partir de ahora nos planteemos no solamente comprender la realidad sino cómo la abordamos, cómo la transformamos. Y creo que es importante que reflexionemos sobre la necesidad de un campo de alianzas amplio que abarque a todos aquellos que, como los organizadores de estas Jornadas,

están por el milagro de la vida y no por la muerte. En este sentido yo creo que el campo es tan amplio que lo podemos dividir entre aquellos que lucran con la enfermedad y están por la muerte, y todo el resto que esta luchando de alguna manera por la vida. Incluso aquellos compañeros en que el tiempo y el desgaste los tiene un poco quedados, hay que también tenderles puentes para la incorporación a este espacio de trabajo. Me acordaba también de un viejo sindicalista americano que moribundo lo último que dijo fue: "Organícense". Yo creo que esto es fundamental, es lo que tenemos que hacer.

Para pasar de esta revolución declarada, como llama Tonioni a la Atención Primaria de la Salud, a una revolución ejecutada creo que lo de la organización es fundamental. O sea, aprovechar esta semana que vamos a estar acá todos para dejar los puentes bien firmes como para poder transitarlos cuando los necesitemos. En estos momentos el contexto general es de franca atomización. Estoy hablando de las contradicciones a resolver dentro del campo popular, por supuesto; no estoy hablando de las contradicciones que existen y que deben existir y hay que agudizarlas con los otros. Pero hablando en este sentido, y en esto se ve lo de la atomización de los proyectos, yo creo que una de las maneras de reconstruir la organización es a través de ejes comunes. Y un eje común con tanta fuerza, con tanta raíz como la salud es fundamental. Y creo que la forma de superar esta atomización es construir nuevas formas organizativas que crezcan, como decía un compañero, desde abajo, verticales, pero que crezcan desde abajo como el fuego. Nada más, muchas gracias.

Dr. HUGO SPINELLI
(por Comisión Organizadora)

Fundamentalmente voy a intentar tomar dos temas: el tema de la organización y el tema político de estas Jornadas, reafirmando que entendemos lo político no como partidario sino como forma de distribución del poder.

Este año tenemos que hacer una reflexión acerca del tema de la organización, porque ha sido un problema muy serio. No es casual, no es accidental que estemos en esta aula: el decano de Medicina no quiso que estuviéramos en el Aula Magna de la facultad. No sabemos si vamos a estar lo suficientemente cómodos en este lugar. Hicimos todo lo posible: se pidieron entrevistas, se mandaron cartas. No se nos concedió ni una sola entrevista para poder discutir este encuentro, que no se si será, ni nos interesa saberlo, el número doce, el trece, el diez o el quince, pero es un encuentro que reúne a los trabajadores de la salud. Creo que esto no debe ser tomado como una excepción. Que el decano de Medicina haga esto debe ser tomado como un indicador de la situación que estamos enfrentando. Creo que este puede ser el lamento nuestro. Hoy, cuando charlaba con los compañeros del interior, me daba cuenta que podían ustedes perfectamente estar escribiendo cualquier historia, la que están atravesando en este momento, y no sería distinto. Solamente quisiera que, si ustedes pudieran detenerse en la historia de las Jornadas, vieran que los auspiciantes no siguen siendo los mismos. Los auspiciantes poderosos, los que podían hacer que este evento creciera y que pudiéramos apoyarlo para que pudieran estar acá los que realmente trabajan en la salud, cada vez son menos.

Esto nos lleva hacia una forma de organización que es la autogestión, y creo que va a ser el escenario futuro en el cual vamos a tener que trabajar. Desde allí yo quiero detenerme en el tema de la discusión que tuvimos con algunos compañeros por el arancel. Aquí tenemos que plantearnos dos cosas: o llenamos estos lugares de stands, y acá arriba nuestro empiezan a aparecer logos como la palomita de Nestlé y después discutimos que la lactancia materna es lo mejor, o discutimos sobre los medicamentos esenciales y afuera están repartiendo muestras

gratuitas para que ustedes se lleven en bolsitas, o somos consecuentes con lo que pensamos y tratamos de mantener este espacio. En ese marco de la cosa autogestiva, creo que mucha gente con la que nos conocemos sabe a qué apostamos. Apostamos a darles el viernes, si es posible, un festival de tango aquí, que va a organizar el Movimiento de Villas y Barrios Carenciados de la Capital Federal, y no optamos por darles un festival en el Teatro Colón a pesar de que vengan numerosos compañeros del extranjero que son muy importantes.

El momento histórico al cual hacía referencia Horacio huelga decir que es bastante desastroso. El avance del neoliberalismo es terrible, han copado el discurso de lo económico. Uno tiene la sensación de que lo que está viendo, está escuchando, es que nos están arrojando al infierno. Eso nos hace decir que para nosotros la autogestión es la forma de organización que tomamos como política. Si este espacio debe persistir y puede persistir será en la forma autogestiva. Por lo menos, después de cinco años de estar en esto, esta es la experiencia que uno empieza a tener de articular y de charlar con los distintos actores que se interesan por este tema.

Y ahora sí voy a plantear lo político. Creo que tienen amplia relación, y la crisis nos demuestra que lo organizativo es un tema político y lo político pasa a ser un cosa organizativa.

En lo político tenemos que repensar el tema del Estado. Vamos a tener acá expertos en este tema que van a dictar algunos cursos. Pero tenemos que acostumbrarnos quienes venimos de las ciencias duras a pensar esta cosa que es el Estado. Tenemos que meternos a discutir esto porque creo que hay una trampa muy grande dentro del neoliberalismo que se mete con la cosa del Estado. El Estado se está retirando de las prestaciones de salud, se está retirando de las políticas sociales. Este espacio se pretende que lo ocupemos nosotros haciendo: o una atención primitiva o transformándonos en organismos no gubernamentales. Dicen que va a llegar plata. Yo creo que no va a llegar plata, y si llegara va a ser para unos pocos, no para poder reemplazar las políticas sociales del Estado. No nos dejemos engañar por el "canto de la sirena" de los dólares que llegan; no van a llegar. Y además, las ONG serán muy brillantes, pero lo serán para Córdoba, para Buenos Aires, para Santa Fe; será difícil imaginarse ONG en Las Piriquitas, en Maquinchao o en cualquier ciudad del interior del país. (*Aplausos*). No quiero con esto desconocer el trabajo de algunas ONG que están luchando junto al pueblo; pero no nos engañemos, estas ONG no podrán reemplazar al Estado. Quiero aclarar que no estoy defendiendo al Estado burocrático. Creo que hay otros modelos de Estado que podemos implementar. Estados donde ampliemos este espacio que se dice de la sociedad civil y donde la autogestión sea un componente básico del mismo. Creo que no podemos quedarnos callados.

Hago una autocrítica: estas Jornadas, si siguen convocando esta masa de gen-

te, pueden ser muy lindas pero podemos caer en el peligro de ser una secta de diez, de doscientos o de los que seamos. Tenemos que salir a interactuar con el resto de la sociedad. Tenemos una masa de información impresionante de lo que está significando la política del ajuste sobre la salud del pueblo argentino y, entonces, tenemos una obligación y un derecho con nuestros compañeros de decirles: el ajuste económico es esto, pero el ajuste en salud es también esto señores.

El ajuste en salud hoy está representando aumento de la mortalidad infantil, aunque lo nieguen las estadísticas oficiales que son falsas. Está aumentando el número de úteros perforados porque hay abortos ya que no se puede hacer planificación familiar. Están aumentando notablemente las condiciones de empeoramiento de la salud de nuestro pueblo y no son públicas estas situaciones. En esto último tenemos que hacer una autocrítica porque no nos detenemos a escribir. Y aquí tenemos que salirnos del academicismo histórico, y, aunque sea en un papel de borrador, escribamos cinco líneas y contémonos entre nosotros lo que estamos viendo. Cada uno de nosotros en su lugar de trabajo está viendo el horror. Nos escribió el presidente de APSADES, el Dr. Bacigalupo, de Salta, diciéndonos: "Este gobierno genocida aumenta en Salta 4 puntos la mortalidad infantil de 1987 a 1990". Son 140, 150 chicos que se mueren en Salta en el año 1990 que no se hubiesen muerto en el año 1987. Una compañera de la Comisión Organizadora me contaba que un agente sanitario de Neuquén la llamaba y le decía: "Pero cómo ustedes no saben que hace dos meses que estamos de huelga". Y no se sabe. Yo hoy me encontraba con unos compañeros del Chaco que me decían: "Nos cambian las estadísticas, nos mienten, la realidad es otra". Esto está pasando. Pero esto no sólo está pasando en el interior del país, esto está pasando también en Buenos Aires. En el Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires los residentes y algunos sectores del hospital acaban de elevar una nota a los directores del mismo, haciéndolos responsables de las posibles situaciones de mala praxis por la situación en que se encuentra el hospital. ¡Y estamos hablando del Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires!

Este deterioro de la situación del sistema prestador está afectando duramente la situación de la salud del pueblo argentino. En esto tenemos que hacer. Tenemos que articular hacia el interior del sector salud. Sentía vergüenza como pediatra cuando veía los *abstracts* del Congreso de Pediatría en Río Hondo, Santiago del Estero. No se si serían trescientos o cuatrocientos los trabajos presentados, pero el porcentaje de los mismos que tenían que ver con la problemática social era realmente ínfimo, y tenían que ver la mayoría con patologías totalmente extraordinarias y excepcionales. No digo caer en un primitivismo antropológico de negar ese avance de la ciencia; pero no puede el país, en la situación que estamos atravesando, destinar el esfuerzo y todo el monto de dinero a estudiar patologías excepcionales cuando nuestro pueblo se está enfermando y muriendo de

sífilis congénita y de tuberculosis, y la desnutrición es un problema base que está arrasando con nuestra población. Hay que articular hacia el interior de nuestras sociedades científicas, sea la de pediatría, la de ginecología, la de psiquiatría, la de medicina general o la que sea.

También está la articulación hacia afuera, que es lo más difícil, hacia los medios de comunicación social. Que son hoy los grandes formadores de opinión y los grandes formadores ideológicos. Esta es una tarea difícil, pero no imposible. Nosotros este año hemos abierto esta posibilidad de contarle a la sociedad quiénes somos los que estamos acá, qué traemos. Hoy no sé si saldrá, pero se grabaron en un canal de televisión cuatro escenas de distintas provincias. Tenemos que plantearnos esto. Y con esto quisiera cerrar dejando esta consigna: articulemos hacia el interior nuestro, hacia el interior de los trabajadores de la salud y escribamos la información; aunque carezca de rigor metodológico hagamos pedagogía y trabajemos después hacia el exterior, articulando con los medios de comunicación social, a contarle al resto de los ciudadanos qué es lo que está pasando y qué es lo que está significando el ajuste en salud.

Estas jornadas generalmente son un cúmulo de pálidas. Yo lo que quiero decir es que la mayor alegría para todos nosotros es saber que todos los años ustedes vienen y que encuentran el lugar y el dinero, que no sabemos dónde lo encuentran, para llegar, para estar y para decir, ante todo, presente. (*Aplausos*).

MUJER Y SALUD

(Mesa redonda)

COORDINADORA:

Elsa López.

Socióloga. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

PANELISTAS:

Silvia Cópola, Médica. Grupo Elegir. Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos.

José Escudero, Epidemiólogo y Sociólogo. Profesor de la Universidad Nacional de Luján y de la Asociación Argentina de Medicina Social.

María del Carmen Feijó, Socióloga. Centro de Estudios sobre Sociedad y Estado, CEDES.

Elsa Lobos, Profesora e Investigadora del Instituto de Salud de la Secretaría de Salud de San Pablo, Brasil. Presidenta de la Red Mujer de Educación Popular Feminista.

Elsa López: Vamos a dar comienzo a la mesa redonda Salud y Mujer y voy a tener el gusto de presentarles a los panelistas, por orden alfabético. Silvia Cópola es médica, trabaja en Elegir y en la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos. José Escudero, profesor de la Universidad de Luján y de la Asociación Argentina de Medicina Social. A mi derecha, María del Carmen Feijó, investigadora del Centro de Estudios sobre Sociedad y Estado. Y a mi izquierda está la profesora e investigadora Elsa Lobos del Instituto de Salud de la Secretaría de la Salud de San Pablo y presidenta de la Red Mujer de Educación Popular Feminista.

Quiero comentarles que tanto Elsa Lobos como José Escudero tuvieron la enorme gentileza de acceder a integrar esta mesa porque tuvimos algunos problemas con la asistencia de Pérez Esquivel y Carolina Lister que están en el pro-

grama porque ya estaba en proceso de impresión y no lo pudimos modificar. Pero bueno, contando con la gran amabilidad de estos ponentes vamos a hacer una primera ronda con la participación de entre diez y quince minutos de cada uno de ellos y después vamos a abrir el debate para que ustedes puedan preguntar algunos puntos que les resulten llamativos. Así que le voy a dar la palabra a Silvia Cópola.

Silvia Cópola: Yo quería ampliar un poquito mi presentación. Yo soy feminista, integro el Movimiento Social de Mujeres. El grupo que yo coordino es ELEGIR, somos mujeres que luchamos por el derecho a la anticoncepción y al aborto legal. Trabajamos vinculadas e insertadas con otras mujeres y otros trabajadores de la salud que trabajan otros aspectos de los derechos y de la salud reproductiva. Estamos vinculadas en el país y en el mundo. A nivel mundial lo hacemos a través de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos.

Señalo esta vinculación con compañeras del exterior porque las mujeres argentinas estamos muy atrasadas en cuanto a la vigencia de estos derechos. Y nuestra vinculación con las compañeras de América Latina, de Uruguay, de Chile, de Brasil, nos es muy útil y muy enriquecedora porque ellas han avanzado más que nosotras y han conseguido incluso, por ejemplo, en este momento ya estar trabajando en la Secretaría de Salud de San Pablo.

¿Qué son los derechos reproductivos? Derecho reproductivo significa el derecho de una mujer a decidir si tiene o no tiene hijos, y si decide que sí los va a tener cómo, cuántos y cuándo los va a tener. Esto sin tener en cuenta su nacionalidad, ni su clase, ni su estado civil, ni su raza, ni su edad, ni su sexualidad, ni su religión. Estos derechos implican también la posibilidad de desarrollar una vida sexual plena. Y este derecho a la maternidad voluntaria, a la maternidad como opción y no como destino, significa tener el derecho a una anticoncepción sana, eficaz y accesible, a un aborto seguro y legal, a un embarazo y un parto seguro y controlado por la mujer, a la prevención y al tratamiento seguro y efectivo para las causas de infertilidad, a la información completa sobre sexualidad y reproducción, a los servicios amplios de salud reproductiva de buena calidad que respondan a las necesidades de las mujeres y que sean accesibles a todas las mujeres; y, significa también, ser libre de prácticas de uso discriminatorios y, sobre todo, significa control de la mujer y no políticas demográficas y control de la población.

Los derechos reproductivos tienen que ver con los derechos humanos, con la ideología, con la sexualidad y con la salud. Como este es un ámbito de trabajadores de la salud donde nos reunimos a reflexionar sobre salud y pobreza en el marco del ajuste, yo me voy a referir sobre todo a la salud reproductiva en la Argentina, y especialmente en situación de pobreza.

Voy a empezar hablando de mortalidad materna. La definición de la Organi-

zación Mundial de la Salud es: la muerte de una mujer durante la gestación o dentro de un período de 45 días posteriores a su término, independientemente de su duración, debido a cualquier causa relacionada, agravada o vinculada con las medidas tomadas en relación a esta gestación. En general, en los países subdesarrollados, en el tercer mundo, la mortalidad materna es unas 25 veces mayor que la de un país como Canadá, por dar un ejemplo. En la Argentina, donde las estadísticas son muy pobres en cuanto a mortalidad materna y a salud general, se hizo un estudio en 1987 sobre el subregistro de mortalidad materna en Capital Federal durante el año 1985. Este estudio se hizo luego en Córdoba y en Tucumán y los resultados fueron más o menos similares. Consistió en cotejar los certificados de defunción de mujeres entre 15 y 49 años y las historias clínicas. Las primeras conclusiones fueron que hay un subregistro enorme del número de casos de muerte materna y hay además un subregistro muy importante sobre las causas. Así la mortalidad materna, que en las cifras oficiales ya es muy alta, en Capital Federal es de 50/100.000 nacidos vivos, luego de esta investigación se demostró que era de 80/100.000 nacidos vivos; y si se hubiera hecho una proyección con respecto a las historias clínicas que no se encontraron, esta sería de un 93/100.000 nacidos vivos. O sea que hay un subregistro de la mortalidad materna de un orden del 40% o 50%. El 45% de la misma se debe a aborto. Tres cuartas partes de estas mujeres que han muerto en el año 1985 por mortalidad materna estaban en situación de pobreza. El 60% de estas muertes ocurrieron en establecimientos oficiales. Tanto en los casos de muertes por abortos, por cesárea o por parto vaginal, una de las causas fue la septicemia, lo que indica una deficiente calidad y atención médica deteriorada, errores en los criterios de los manejos de antibioticoterapia. Otra de las conclusiones fue que la mortalidad aumenta con la paridad. Y en cuanto al 55% restante son, en su mayor parte, debidas por septicemia, hemorragia y toxemia gravídica, son causas que se pueden evitar con un buen seguimiento del embarazo y una buena atención del parto. O sea que en su totalidad son causas evitables.

Nos encontramos que la primera causa es el aborto, entonces creo que tenemos que hacer alguna referencia a este problema en la Argentina. En Argentina el aborto está penalizado y no se lo autoriza ni siquiera en algunas situaciones que en otros países de América Latina sí, como es el caso de embarazo por violación. Y en los pocos casos que lo autoriza el Código Penal, en la práctica no se lo autoriza. No hay estadísticas exactas porque es un problema que está absolutamente silenciado e ignorado. El cálculo mínimo, que son las cifras que todo el mundo acepta, oficiales, es que hay un aborto cada dos nacimientos. En la Argentina hay 700.000 nacimientos anuales, así que se calcula una cifra mínima que nadie discute 350.000 abortos por año y de ahí salió esta cifra de 1.000 abortos por día. Nosotros en ELEGIR pensamos que como mínimo hay un aborto por

nacimiento, o sea que hay como mínimo 700.000 abortos por año, e incluso pensamos que la cifra real puede ser mayor. Para tener una idea de la envergadura de estas cifras, si comparamos con Francia, que es un país donde la anticoncepción es accesible a la población desde hace más o menos treinta años y tienen cifras exactas de aborto, porque está legalizado desde hace catorce, ellos tienen 60 millones de habitantes y se calcula que hay 180.000 abortos por año. Nosotros tenemos la mitad de la población y la cifra mínima es 350.000 lo que es casi cuatro veces más. Ellos no tienen mortalidad por aborto y nosotros como cifra mínima tenemos 200 muertes por año.

La mayor parte de las situaciones de aborto, por lo menos aquellas que son registradas, son las que llegan a la guardia de un hospital con un aborto incompleto, que son los abortos hechos en malas condiciones. La mayoría de las mujeres en esa situación, por lo menos es mi experiencia, no tenían conocimientos o acceso a métodos anticonceptivos. Una cifra que les puedo dar es de una maternidad de la Capital Federal que tiene 500 partos por mes y hay 50 abortos incompletos que entran a guardia por mes, es decir casi un 10% de los partos. Y eso en una maternidad donde hace tres años se ha instaurado un servicio de procreación responsable. Cuando yo empecé a trabajar en servicios del Gran Buenos Aires como anestésista llegamos a tener hasta siete abortos incompletos por guardia. Y lo que era más dramático era que a esas mujeres, que generalmente eran madres de familia con dos o tres chicos y que a veces iban por el cuarto o quinto aborto, una vez que se solucionaba el problema médico, si es que no fallecían, se les daba de alta sin la menor información, vinculación, ni asesoramiento de como evitar volver a caer en la misma situación. Quería señalarles que para quien puede pagar un aborto éste se hace en buenas condiciones, está bastante medicalizado y es accesible, no es complicado conseguir una dirección donde hacerse un aborto, el único requisito es poderlo pagar. La gama de calidades de las condiciones en que se hace el mismo están en directa vinculación con qué es lo que se puede pagar. En óptimas condiciones, hecho por un ginecólogo y un anestésista con posibilidad de un cierto seguimiento, cuesta 400 dólares y en base a eso se va bajando, 300, 200, por 100 dólares se hacen abortos sin anestesia general, simplemente con un calmante, pero dentro de un marco médico. La persona que no puede pagar eso tiene que recurrir —y esas son las mujeres que llegan a la guardia con el aborto incompleto— o a alguna vecina o a alguna persona que le comienza el aborto con una dilatación o se introducen distintos tipos de objetos. No hay información sobre qué porcentaje de esos abortos incompletos que llegan a la guardia del hospital se resuelve simplemente por anestesia general, un legrado, tratamiento de antibióticos, transfusión si es necesario y vuelve a la casa; cuántos hacen complicaciones que llevan a la insuficiencia renal aguda, a la necesidad de una diálisis o a una intervención quirúrgica y se recuperan, y cuántas fa-

llecen. Esa información está en los registros pero nadie ha hecho un seguimiento ni se han juntado las estadísticas de todos los hospitales de la Capital Federal, el Gran Buenos Aires y el resto del país.

Esto nos lleva a la situación de qué pasa con la anticoncepción. En la Argentina se comenzó a hacer anticoncepción en algunos servicios hospitalarios a fines de la década de 1960 y principios de la de 1970. En el 74 se estableció un decreto que prohibía hacer anticoncepción en los servicios de salud. Ese decreto fue derogado en 1986 pero no se pudo legislar en una ley que aseguraba que en todos los servicios de salud se brindara este servicio. Entonces, qué es lo que ha pasado hasta ahora. No está más prohibido pero en la práctica concreta del sistema de salud se ha hecho muy poco. Por ejemplo, la Municipalidad de Buenos Aires empezó a hacer un programa de procreación responsable en cuatro hospitales, el Pena, la Sardá, el Alvarez y el Santojani; con gran esfuerzo creo que se está tratando de abrir un servicio en el Hospital Piñeiro. En algunos hospitales del Gran Buenos Aires hay algunos servicios. En algunas zonas de la provincia de Buenos Aires hay servicios de anticoncepción. Hay algunas provincias, como Neuquén, que tienen varios servicios. Pero hay provincias que no tienen nada a nivel institucional, por ejemplo La Pampa o Jujuy. La gente que trabaja en estos servicios lo hace con muchísima dificultad, son interdisciplinarios: médicos, parteras, trabajadoras sociales, enfermeras. Lo hacen en medio de la indiferencia del resto del hospital, con dificultades para obtener elementos. Las pacientes no son informadas ampliamente respecto de que existen esos servicios en los hospitales: no hay afiches, algunos médicos no informan a las pacientes luego de una situación de cesárea o de ser dadas de alta por un aborto incompleto. Y para ellas, también, es de difícil acceso porque hay un turno de espera mínimo de un mes, después las hacen ir muy temprano a la mañana a hacer horas de cola para sacar número, y, como si esto fuera poco, ahora en la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires empezaron a arancelar todos los servicios: tienen que pagar por la colposcopia y por el Papanicolau, y, si no puede pagar, tienen que hacer una encuesta de pobreza en la que se certifique que no están en condiciones de abonar, lo que les hace perder todo el día. Las trabajadoras sociales que trabajaban en el servicio Procreación Responsable ahora están dedicadas a hacer la encuesta. Así que esto que funcionaba en muy pocos hospitales y con muchas dificultades se ha agravado con esta situación.

Esta es la situación de las mujeres que necesitan o solicitan anticoncepción en situaciones de pobreza. Aquellas que pueden pagar una consulta en privado, el PAP y la colposcopia, tienen a su disposición, aunque no haya una ley general que lo legisle, DIU de cobre y alta calidad, diafragmas importados, las mejores píldoras para anticoncepción hormonal, con minidosis que son las que tienen menos efectos colaterales. Al no estar legislado ni implementado como un servicio de sa-

lud pública esta situación recae nada más en aquellas mujeres que necesitan recurrir al hospital público. E incluso las que lo tienen cerca, que pueden recurrir a estos servicios, son privilegiadas en relación a aquellas que directamente no tienen adonde recurrir o que deben viajar grandes distancias para poder acceder a ello. Entonces, ¿qué es lo que se hace? Las que oyeron hablar de la posibilidad de la anticoncepción se autorecetan anticonceptivos hormonales, o son recetados por el farmacéutico, entonces los utilizan inadecuadamente, con dosis 50 veces más importantes que los anticonceptivos hormonales de última generación. Cuando ya están por la quinta cesárea empiezan a rogar al médico del hospital que les haga una ligadura de trompas. O sea, que en la anticoncepción hay una gran diferencia entre las mujeres que tienen acceso a la información y a los métodos y las que necesitan que sea la estructura de Salud Pública la que se los brinde. Se establece un privilegio en el conocimiento, en el acceso y en la resolución de este problema. Esta es una situación de flagrante injusticia social.

Nosotros creemos que se debe reconocer la existencia de la salud de los derechos reproductivos, estudiar y abordar el problema, caracterizarlo y no ignorarlo en un silencio que lo hace a un costado y presupone que no existe. Pensamos que este tema, el de que las mujeres puedan ejercer el derecho a tener hijos cuántos y cuándo quieren, es prioritario dentro de la Atención Primaria de la Salud y de la Educación Popular. Este es el ámbito donde el acceso a la posibilidad de resolverlo debe darse. Debemos también aceptar y legitimar en el discurso social que existe el derecho absoluto al ejercicio de la sexualidad plena, aunque sea sin fines de procreación, nada más que como fuente de afecto y placer. Porque se da esa situación en que hay un discurso social permanente que penaliza esa alternativa. Yo no sé si ustedes recuerdan cuando se habló muchísimo hace dos años del caso de esa parejita de adolescentes, alumnos de la escuela Dámaso Centeno, la muchacha fue expulsada en un primer momento porque estaba embarazada y había decidido tener su hijo. Todo el discurso social y de los medios de comunicación planteó que la alternativa para una adolescente era: o no tener vida sexual o ser madre a los 16 años o abortar. Estaba absolutamente ausente de toda la cobertura periodística, de todo el análisis y de todas las entrevistas la posibilidad de ejercer esa sexualidad cubierta para no tener un embarazo no deseado hasta el momento en que se quiera tener una familia.

Y creemos que se debe legislar, para que exista claramente a través de una ley que son las instituciones de salud las que tienen que permitir el acceso y la provisión de los métodos anticonceptivos, para que desaparezca esta situación de flagrante desigualdad. En este momento hay cuatro proyectos de Programas de Procreación Responsable, como se los llama en el Congreso, algunos mejores que otros. No pasan del estadio de la comisión. La comisión Mujer, Menor y Familia no trata el problema y los legisladores no se quieren ocupar de discutir este

problema. Nosotros pensamos que es muy importante. Y lo es también para los trabajadores de la salud que se sienten comprometidos con un trabajo de este tipo y que están completamente aislados y desprotegidos en su lucha con las estructuras de salud para poder realizar este trabajo.

Mi grupo en particular piensa que se debe legalizar el aborto. Las mujeres que luchamos por estos derechos decimos: anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir.

Me quedaría una referencia, pero creo que me pasé un poco en el tiempo, qué pasa en las situaciones de pobreza con la prevención del cáncer ginecológico.

Elsa López: Gracias Silvia.

José Escudero: Primero algunos señalamientos biológicos para decir cual es el sustrato biológico en el cual nos estamos moviendo. Casi siempre las mujeres viven más que los hombres. Aunque se conciben más hombres que mujeres la sobremortalidad masculina es casi siempre mayor que la mortalidad femenina. Que yo sepa, y habiendo demógrafos en la mesa lo digo con un poco de cautela, hay solamente dos excepciones de sobre mortalidad masculina. Primero: el modelo de mortalidad con alta fecundidad y muy baja esperanza de vida tiene una sobremortalidad femenina en la época fértil de la vida de la mujer. Ese sería un modelo tipo Butan??? en este momento. Y la segunda excepción es que en algunos países hay sobremortalidad femenina en las edades infantiles y preescolares, por ejemplo India y Bangladesh que no son países que tienen una mortalidad especialmente baja.

Por supuesto, lo biológico está sobredeterminado por lo social, no mecánicamente pero sí está sobredeterminado. Ejemplos extremos de esto en el caso de mujer y salud son los clásicos chinos: cuando daba a luz una mujer china había un balde de agua junto al lugar donde estaba eventualmente naciendo la criatura, si era mujer la ahogaban en el balde. Es decir, el infanticidio, a sido un recurso utilizado por muchísimas sociedades para controlar este exceso biológico de mujeres y el menor riesgo biológico en la sobrevida de las mujeres. Una adaptación siniestra de este infanticidio es lo que está pasando ahora en aquellos países donde se hacen muchas ecografías y se hacen selectivamente abortos a fetos que por ecografía se ha demostrado que son femeninos, por ejemplo Malasia y Singapur países que van a tener una razón de mortalidad superior todavía.

A qué voy con esto. La superioridad biológica de la mujer está compensada, sobredeterminada en gran parte con el daño que una sociedad hace selectivamente a las mujeres. En países como la India esto está bien estudiado: las mujeres reciben menos alimentos, menos estimulación que los varones y por consiguiente su tamaño físico es mucho menor y después se la destina, y sobre esto voy a vol-

ver, a ser acarreadoras de agua, la cual pesa mucho, para mantener la situación familiar.

Pero empezando por lo biológico quiero señalar esto: la superioridad biológica de la mujer, que en algunos países llega a 5, 6 ó 7 años más de esperanza de vida que el hombre, y el condicionamiento social a esta superioridad biológica a través de una serie de sesgos antifemeninos cuyo extremo, es el balde de agua junto a el lugar donde está naciendo el niño.

Así como las mujeres se mueren menos que los hombres por ahí exigen más atención. En todos los países capitalistas o socialistas, centrales o periféricos, la demanda de atención femenina es mayor que la masculina.

¿Cuál es otro condicionante social de la condición femenina? Bueno, yo vuelvo al marco general que dio Horacio Barri cuando habló aquí hoy. Estamos viviendo la crisis, que es una fenomenal crisis de la economía del mundo capitalista. El capitalismo sale de la crisis haciendo daño a quien puede. Yo quiero postular que está haciendo daño selectivamente a las mujeres esta situación. ¿Cómo se mueve el capitalismo para reacomodarse, para reciclar esta crisis de una manera que le permita salir airoso? Bueno, un condicionamiento son todos los problemas económicos que nos están golpeando. Otros son los condicionamientos militares. Así que con una mezcla de amenazas económicas y con algunas amenazas militares cuando fallan las económicas, por ejemplo el subsidio norteamericano a los contras nicaragüenses, el capitalismo sigue haciendo que nadie saque los pies del plato de este escenario terrible de la crisis mundial.

La condición femenina. Realmente, cuando uno lee los "clásicos" en ciencias sociales, hay poquísimas referencias a esta especificidad femenina. Digamos que en el gran análisis de los fenómenos de las estructuras sociales, no ha sido tomada por los clásicos en general esta especial tensión masculino-femenina. Y realmente, recién ahora pareciera que los que están encabezando esta especie de resignificación del fenómeno femenino le están pasando facturas retrospectivas a los "clásicos", que no atendieron la situación específicamente femenina como elemento del análisis de las situaciones sociales. No sé si ustedes se acuerdan, la nueva izquierda le pasó a Marx una gran cantidad de facturas los últimos años porque Marx no veía muy bien el fenómeno del imperialismo, o el de la emancipación de los pueblos americanos. Yo creo que si este movimiento feminista sigue teniendo la gran capacidad de moverse que tiene ahora se les va a pasar las facturas a todos los "clásicos" que en sus obras mencionaban tan poco este elemento dicotómico fundamental femenino-masculino.

¿Qué nos pasa con la crisis? Cuando la crisis golpea a todos, golpea selectivamente cosas muy particulares. Por ejemplo, esto seguramente va a ser tratado por otros más capacitados que yo en esta mesa, está aumentando notablemente el desempleo masculino y el empleo femenino cuando la mujer tiene que salir a la

calle a ganar ese dinero que el marido deja de ganar. Esto supone un trastocamiento tremendo de las habituales y estáticas relaciones masculino-femeninas en la Argentina. El hombre, sostén del hogar, se ve que es como supérfluo y la mujer que atendía la casa sale a la calle con todo lo que eso implica como "elemento movedor de piso". Realmente esto está pasando, las mujeres están saliendo a la calle y los hombres, víctimas de la desindustrialización, se quedan sin trabajo y las primeras, por supuesto, cuando llegan a su casa se encuentran con la tanta veces descrita doble tarea.

Este es el fenómeno macroenvolvedor de la crisis, que es el elemento histórico dominante de esta época terrible que estamos viviendo. Yo quisiera señalarle a este fenómeno de la crisis que está envolviendo a toda la periferia capitalista algunas "especificidades" argentinas con respecto a la relación masculino-femenina. Hay dos fenómenos históricos recientes en nuestro país: el primero fue el caso de la "guerra sucia". De una forma que realmente habría que estudiar la mujer asumió una responsabilidad política fenomenal en la Argentina de mediados de los sesenta en adelante. Esto hay que estudiarlo porque no es un fenómeno muy habitual. Y este activismo o toma de conciencia política se volcó masivamente hacia grupos cuestionadores de la organización de la sociedad. No sé si ustedes se acuerdan de que en "La Tablada" la primera información que tuvimos que no eran "carapintadas" era que había un buen porcentaje de mujeres entre los combatientes. Por qué pasó esto y por qué en la Argentina de una manera tan intensa de mediados de los sesenta en adelante es un hecho para analizar. Asociado con esto, cuando uno analiza los comportamientos y lo que se hizo en los campos de concentración y exterminio de los militares, hay un grado particular de sedicia antifemenina que también hay que analizar. Hay muchos testimonios, pero yo no he leído análisis de por qué esta especie de perversión masculina se ejerció como se ejerció. Como segundo fenómeno de la guerra sucia fue que a las embarazadas secuestradas se las mantenía con vida hasta que daban a luz y después se las mataba y el chico o bien iba a algún torturador con paternidades frustradas o se negociaba en el mercado de adopción.

Agregando los elementos demográficos, que son también "especificidades" argentinas, quisiera señalar que Argentina es uno de los poquísimos países del mundo cuya fecundidad no ha bajado en los últimos 20 años. En todos los países del mundo parecería que alguna especie de oferta anticonceptiva es tomada por las mujeres y en algunos las cifras de reproducción de las sociedades están muy por debajo de la cifras de reproducción física: en este momento en los países europeos, cada pareja cuando termina su ciclo reproductivo tiene 1,3 a 1,4 hijos debiendo tener 2,1 a 2,2 para mantener las cifras de población. La Argentina es una especie de excepción internacional en esto, como en otras áreas. Yo quiero sospechar que aquí la natalidad no ha bajado porque el grado de represión política

en el país como bloque de poder que se ejerce para que las mujeres no tengan acceso a la anticoncepción es fenomenal, excepcionalmente fuerte. Y por otro lado, este hecho tan notable de que el recurso para no tener chicos en la Argentina es un aborto hecho en condiciones tales que ponen en peligro la vida de la madre y cobran la cuota de vidas, que ya se mencionó antes.

Yo no soy un experto en el tema y quisiera hablar de unas pocas cosas más, pero quiero hacer unas líneas sobre áreas futuras de acción. Históricamente, los que creemos en el cambio social, tratábamos de identificar en el cuerpo social algún elemento especialmente dinámico para conseguir ese cambio. Durante mucho tiempo, para mucha gente fue la clase obrera el elemento que estaba tan en contradicción con la organización capitalista de la sociedad que era el que tenía en sus manos el futuro del cambio. Yo estoy seguro que esto lo deben estar discutiendo ahora los "cientistas" políticos que en número de 2.000 están reunidos en Buenos Aires en estos días. Pero pareciera que en todo el mundo el grado estructural de cuestionamiento de la clase obrera de una organización social que uno quisiera cambiar es muy bajo. En todo el mundo esta clase está en retirada y en la Argentina se la hizo retirar espacialmente con fuerza a través de mecanismos tales como el genocidio, que fue uno de los componentes de la guerra sucia. Ustedes se acuerdan las declaraciones de López Aufranc en el libro de Mignone *Iglesia y Dictadura* en el que decía: "Los activistas obreros están todos bajo tierra". Ese fue el elemento estructuralmente armado en la represión de los militares. Otro elemento disciplinador es el aumento estructural del desempleo que hace que la gente se agarre desesperadamente al trabajo que se les ofrezca. Así que por estas y otras razones la clase obrera está en retirada en todo el mundo.

Siguiendo un poco la vieja idea de cuál es el grupo social que al cambiarse a sí mismo cambia al resto de la sociedad yo quisiera plantear la posibilidad de que el grupo femenino, que es un grupo marginal, marginado, sin poder y sojuzgado, en esta dialéctica de su propio cambio ayude a un cambio que lo trascienda como grupo reivindicador. Se cambian a sí mismas y ayudan a cambiar al resto de la sociedad porque uno de los subfenómenos de la opresión es aquella ejercida selectivamente contra las mujeres.

Tengo un par de comentarios más, uno con respecto a algo que dijo Hugo Spinelli que es muy cierto. Yo creo que estas reuniones nos revelan que nosotros somos cada vez más marginados, por eso no estamos ahora en el Aula Magna de la Facultad de Medicina, cada vez estamos más lejos del aparato de poder o yo diría del de "cooptación" que a veces acompaña al de poder. Pienso que esto tiene su lado malo pero también su lado bueno: desde el momento que somos marginales totales podemos darnos el lujo de decir exactamente lo que pensamos. Y yo pienso que en la Argentina, que es un país tan reaccionario, atrasado y horrible en cuanto a la posibilidad de que las mujeres puedan ejercer libremente su

sexualidad, alguien tiene que decir muy a gritos cosas tales como la siguiente: el aborto debe estar desmercantilizado y despenalizado totalmente y la decisión de abortar es exclusiva de la mujer y de nadie más. Y ¿por qué? Porque sí. Porque es así como nosotros vemos que debe ser. (Aplausos).

Elsa López: Habla María del Carmen Feijó.

María del Carmen Feijó: En realidad lo que yo voy a compartir con ustedes son una serie de reflexiones que son, en parte, fruto de mi trabajo empírico como socióloga, especialmente en la investigación sobre condiciones de vida de los sectores populares, y en parte reflexiones que tienen que ver con mi propia problemática como mujer y como persona y con mis intereses por las cosas que pasan en nuestro país.

Quisiera comenzar citando dos textos que están estrechamente relacionados. Uno de ellos es de una persona que iba a estar con nosotros y lamentablemente no está. Y el otro está sacado de mi trabajo con "grupos motivacionales" con mujeres de sectores populares. Adolfo Pérez Esquivel decía hace mucho tiempo en una frase que a mí me resultó muy iluminadora: "La estrategia de la defensa de los derechos de una persona y los derechos del pueblo pasan en primer lugar por la toma de conciencia de éste de sus propias fuerzas, de su propia capacidad de lucha, de la derrota" —destaco este párrafo— "que debemos imprimir a la dominación dentro de nosotros mismos". Y por otro lado lo que me dice una señora que yo entrevisto en el Gran Buenos Aires que me cuenta: "Yo le pedí acá a la doctora, yo le pedí un día, como yo estaba así, ya estaba como loca. Es que mi marido sin trabajo y los chicos que tenía sin ropa. Entonces yo le digo a la doctora que está acá cerca de la Capilla, vine y le dije. Y me dijo: bueno, qué vamos a hacer hija, arregláte como puedas; el chico ese va a nacer y se va a criar igualito a éstos. Me largó así nomás. Arregláte como puedas me dijo. El chico va a nacer y como éstos también y va a comer." Por supuesto que traigo esta cita no porque sea excepcional, especialmente para ustedes que están acostumbrados a trabajar con mecanismos de atención directa a los sectores populares, sino porque me parece que en el hilo que une a estas dos frases la imposibilidad de eliminar la dominación dentro de nosotros mismos y esta médica insensible que devuelve a esta mujer a que cumpla con su destino biológico hay muchos puntos en común que nos pueden ayudar a pensar esta cuestión.

A mí me preocupa esta cuestión porque tradicionalmente, en el marco de las ciencias sociales y de la demografía, ha sido abordada desde las políticas de población. E incluso en la literatura latinoamericana hay una larga tradición, me refiero a la literatura sociológica pero también en el arte, en el cine, en las expresiones culturales, de discusión acerca del debate de lo que han sido las principa-

les políticas de población malthusianas o neomalthusianas o las perspectivas “poblacionistas” que tienen ambas en común: el hecho de determinar políticas determinadas de tamaño de país sin tener en cuenta la variable interviniente que está operando en una decisión por una o por otra y que tiene que ver con el cuerpo de la mujer. A mí me parece muy importante este punto porque generalmente en nuestro país, que ha tenido siempre una perspectiva “poblacionista” muy fuerte, tendemos a levantar la importancia de las políticas de lo que antes se llamaba control de la natalidad y ahora, felizmente, se llaman derechos reproductivos. Pero creo que este hecho de pertenecer a un país en el cual la cultura política dominante ha tenido siempre un énfasis poblacionista muy fuerte, aunque sea antiguo lo que voy a decir, no nos debe hacer olvidar que en las políticas de control obligatorio de la reproducción aparece el mismo grado de despotismo, el mismo grado de autoritarismo y la misma dimensión de falta de derechos humanos. Ya sea porque no hay acceso a las pastillas o al DIU o porque hay ligaduras inconscultas de trompas, la situación desde el punto de vista de las mujeres concebidas como sujetos de derechos humanos es la misma.

Por otro lado, me parece que este fenómeno hay que verlo desde dos perspectivas: una macrosocial, que es la que podemos ver mejor desde el marco del diseño de políticas de población, y otra microsocial, que tiene que ver con los comportamientos cotidianos, tanto de los usuarios de los sistemas de salud, como de los agentes del mismo. Y creo que aquí es pertinente este párrafo de Pérez Esquivel porque esto forma parte de la derrota que debemos imprimir a la dominación dentro de nosotros mismos. Tengo la impresión de que en éste fragmento que les cité de un grupo “motivacional” está presente esta cuestión de no poder llevar a cabo la derrota de la dominación dentro de nosotros mismos. Porque, efectivamente, el personal del sistema de salud que responde de ésta manera a las demandas de las mujeres pobres es alguien que tampoco se ha podido definir a sí mismo como un sujeto activo en el ejercicio de su propia práctica profesional. Por supuesto que esto no es sencillo, porque en este punto del acto médico se cruzan diversos intereses, diversas perspectivas, diversas ideologías y diversas concepciones del mundo si ustedes quieren. Pero creo que es necesario que veamos esto en parte como un problema de los servicios de salud y en parte, también, como un problema de los usuarios. Yo estoy muy lejos de decir que las mujeres populares sean las culpables de llegar a esta situación, sino que en un sentido, y comparto en parte lo que decía Escudero, aparecen ahí como personas que no han podido construirse a sí mismas como sujetos de derecho.

Esto es muy complicado y no creo que se resuelva simplemente desde el cambio de una normativa. Tanto como el decreto López Rega fue en parte ineficaz, porque se seguían vendiendo anticonceptivos por abajo del mostrador, puede ser también ineficaz una política que flexibilice las políticas de salud respecto

a la problemática reproductiva si simultáneamente con ella no se lleva a cabo un debate que implique al conjunto de la sociedad en el cual todas estas situaciones se blanqueen.

Yo no soy demógrafa pero creo que en parte este hecho que Escudero señalaba de que no ha disminuído el nivel de concepción de las mujeres argentinas en los últimos veinte años, tiene también como contrapartida otro fenómeno que es que Argentina junto con Uruguay y Chile es uno de los países de América Latina que bajó más tempranamente sus tasas de natalidad. Si ustedes miran las bibliotecas de los abuelitos, los viejos anarquistas o los viejos socialistas, la obra de lo que fue la Sociedad Luz en Argentina, lo que fue la Editorial Claridad, las decenas de ediciones de *El matrimonio perfecto*, las decenas de ediciones de manuales que estaban dirigidas de una manera más o menos insuficiente para nuestro gusto actual, pero que eran importantes aportes en el marco de la época, tienen que reconocer que independientemente de la normativa, y sacrificándose lo que sea, tenemos por detrás una sociedad que bajó tempranamente su tasa de natalidad y esto sin duda se implementó a través de una serie de mecanismos sociales que valen la pena que nosotros recuperemos hoy. Deberíamos lanzarnos a este debate.

Por otro lado, en la medida en que también los agentes del sistema de salud son personas y sujetos de derecho, creo que a la vez que es necesario que se blanquee esta situación, esta discusión, es necesario también que no la abordemos de forma simplificada. Ustedes saben que en España se legalizó el aborto y una cantidad de médicos y colegios médicos regionales apelan al principio de la objeción de conciencia para negarse a realizar ese tipo de práctica. Entonces nosotros tenemos que construir un sistema de pensamiento que permita dar respuesta a todo este tipo de problemas. Yo creo que como persona un médico católico tiene derecho a negarse a realizar un aborto. También pienso que como servidor público está obligado a cumplir una normativa determinada. Pero no puedo descartar esto rápidamente como un problema de poca relevancia, sino como un problema central que debemos responder para que en el caso de que hubiera un cambio en la normativa fuera un cambio sustantivo un cambio actitudinal y no uno de papeles como los que estamos habituados tantas veces en nuestro país.

Desde el punto de vista de los usuarios, de las mujeres que concurren a los servicios, creo que también tienen este tipo de problemas y que deberíamos aceptar que más allá de estos casos que yo presenté aquí, hay situaciones que no tenemos suficientemente claras. Independientemente de que seamos o no feministas, tengamos o no alguna religión, hay cuestiones en el área del derecho reproductivo sobre las cuales tenemos muy poca claridad. En parte, porque tocan cuestiones que históricamente tienen que ver con la reproducción de la vida humana y cuestiones religiosas, y en parte porque la revolución tecnológica que se ha producido en el área de la reproducción es algo que ha empujado este debate

a límites que nunca hubiéramos imaginado, como el alquiler de vientres o la congelación de semen, etc., que para un lego como yo son como de ciencia ficción que leemos hoy en los diarios.

Este debate político y social debería, lo planteo como hipótesis, ayudar a construir una visión de ciudadanía que incluya lo específico que tenemos las mujeres, que efectivamente es específico y que se liga al papel que desempeñamos en el proceso productivo. De alguna manera, una construcción de una noción de ciudadanía, de lo que es ser ciudadana mujer, que tenga en cuenta que en tanto tenemos esta capacidad diferente de la del hombre tiene que dar respuesta de manera diferente a esta peculiaridad que nosotras tenemos y esto debe ser preservado constitucionalmente. Brasil en ese sentido ha avanzado mucho al incluir los derechos reproductivos en el marco de los derechos garantizados por la Constitución. No tengo mucha información de qué ha implicado esto desde el punto de vista del funcionamiento de salud. De todas maneras, como generalmente estos temas se plantean desde la perspectiva de las mujeres, en parte porque somos las principales víctimas y en parte porque no hemos logrado despertar en el conjunto de la sociedad el interés suficiente para que esto se convierta en debate de todos, creo que éste, efectivamente debería darse en el parlamento, en las organizaciones religiosas, en los colegios, en los hospitales, etc., tiene que incluir muchos intereses, y en este sentido me atrevería a discrepar un poco con el panel, que van un poco más allá de los que son intereses propios de la mujer y que se juegan en la complejidad de la situación reproductiva.

Sabemos poco, por ejemplo, acerca de cuál es el tamaño deseado de familia en los sectores populares. Tenemos mejor respuesta ideológica o política para los casos en que las mujeres desean negarse a tener hijos, a la maternidad no deseada que para la deseada y en condiciones dignas que todavía no se pueden alcanzar. Tenemos poco debate y conocimiento sobre la relación del hombre con la concepción. Es cierto que finalmente el embarazo es cosa de la mujer, pero también es cierto que deberíamos tener un debate que nos permitiera contemplar cuáles son los intereses de la otra persona que participó de ese acto reproductivo. Tenemos que contemplar problemas específicos de la práctica profesional y, por último, todos aquellos que tienen que ver no sólo con el estallido de la crisis, sino con el estallido de enfermedades que son realmente novedosas en nuestro mapa, como en el caso del SIDA. Una cosa que está pasando en muchos países de América Latina es que, a partir del momento que se introduce el uso de profilácticos como medida de prevención contra el SIDA, muchos grupos feministas se están incorporando con entusiasmo a la campaña en la medida en que este mecanismo sirve también directamente a los fines de control de la reproducción. Sin embargo creo que este es un frente que merece cuidado, porque en cuanto yo estoy planteando que en el fondo lo que aquí hay que reconstituir es a una mujer

como sujeto de derecho con problemas específicos que tienen que ver con sus condiciones biológicas, también tenemos que salir de estos abordajes puramente instrumentales, que dan resultados pero que no están levantando lo que yo, en este artículo que escribí hace unos años y en el que citaba a Pérez Esquivel, llamaba el derecho al cuerpo pero que ahora preferiría llamar el derecho al placer femenino. Nada más. (*Aplausos*).

Elsa Lobos: Lo que fue dicho coincide con lo que está pasando en Brasil. O sea, los problemas de esterilización, de las ligaduras de trompas, que cada vez más ha disminuido en las edades. Entonces se tienen hoy jóvenes de 17 o 18 años buscando los servicios para las ligaduras de trompas. Pero me parece que lo que tendríamos que pensar es que esto no es sólo una cuestión de la realidad de nuestros países y sí tener en cuenta qué tipo de modelos son los que estamos viviendo. Porque, en una revista que salió en Brasil, que trata sobre las mujeres, que pertenece incluso a un grupo más cercano a la Iglesia, Tiempo y Presencia, y es publicada por el Centro Dominicano de Documentación y Formación tiene datos de que, en la década de 1980, por presiones internacionales del Fondo Monetario Internacional para sus préstamos a Brasil, le fijaba en sus acuerdos con este organismo internacional un ítem muy fuerte que hablaba específicamente de la esterilización de las mujeres. Parece que esto ya pasó. Nosotros tuvimos avances, como dices, con la Constitución y a partir de ella en las leyes orgánicas de los municipios y las Constituciones estatales. A nivel del texto legal se ha logrado mucho pero entre éste y lo que ocurre día a día hay una diferencia muy grande. Pienso entonces que tenemos una realidad por debatir.

Dentro de ese marco yo trabajo tanto en los servicios de salud a nivel de la Secretaría de Salud, como en relación con los sectores populares a través de la Red Mujer. Esta es una entidad que se ocupa de organizar cursos y seminarios para estos sectores populares a nivel de todo el país, trabajando principalmente en forma de talleres sobre los derechos de la mujer, discutiendo sobre vivienda, alimentación, salud, trabajo y educación, e intentando profundizar en el derecho de la mujer a elegir el uso de su cuerpo.

Pero dentro de todo ese marco lo que me preocupa mucho es lo que aparecía en un artículo muy fuerte sobre la ingeniería genética en el número del periódico que publica Red Mujer que estábamos cerrando ayer, antes de salir para acá. Estamos todos dentro del área de salud y tenemos que pensar un poco más qué significado tiene hoy para nosotros, dependiendo de qué tipo de política se tenga y el manejo de la ingeniería genética. Tenemos todos los días en las pantallas de televisión novelas que "manejan" esta cuestión de la ingeniería genética. Por ejemplo, hay una novela que se llama *La sonrisa del lagarto* que intenta representar todo el avance tecnológico y empiezan a nacer unos seres raros que no se

sabe exactamente quienes son. Por otro lado una novela que se llama *Vajilla de alquiler* y trata de la pelea entre dos mamás, una que ha alquilado su útero y la otra que es la verdadera mamá, intentando todo el tiempo que el público se pusiera a favor de una o de la otra y al final había un juicio que daba la causa a una, el cual luego es apelado dando el nuevo juez la causa a la segunda pero finalmente esta última sentencia también es apelada y la tercera instancia queda para un momento posterior al que termina la novela, quedando el público sin saber cual era la mamá. (*Risas*).

Así como se tienen las novelas a nivel nacional, dentro del horario de las 7 a las 9, y hay que pensar que significa esto; nosotros quisimos intentar investigar los centros como por ejemplo el de la Fundación Oswaldo Cruz y otro de San Pablo. Queríamos saber qué es lo que están produciendo en términos de entendimiento de esa ciencia genética y ésta al servicio de una determinada población. De lo que logramos, o sea el texto final de la periodista que hizo la investigación, se concluye que lo que se sabe es muy poco, la gente está intentando investigar pero no tiene muy claro todo lo que está "involucrado" en los descubrimientos y la utilización de ese conocimiento producido en términos de producción, sean nuevas medicinas o nuevos comportamientos, para alterar entonces el ser humano. Pero nos parece que de todas maneras el artículo va a salir para provocar un debate entre lo que salió en la novela y lo que se está siendo produciendo en los centros.

Dentro de ese mismo marco de situación en la ciudad de San Pablo, hay que buscar un poco aquello a lo que se refirió la compañera anterior, la cuestión de la ciudadanía. Desde hace dos años estamos en la Municipalidad de San Pablo dentro de una administración de carácter democrático, popular, y que busca por lo menos disminuir las diferencias sociales tan marcadas e intenta dar respuestas desde los servicios a la población. Tenemos por delante muchísimas dificultades, entonces me voy a referir sólo a la cuestión de la mujer. La Secretaría de la Mujer y Salud tiene un programa de salud de la mujer donde se logró incrementar e implementar más acciones a nivel de servicios. Se ha logrado crear en el mes pasado una cantidad de Comités de Mortalidad Materna. Aprovechando la fecha, el 28 de junio es el Día Internacional de la Mortalidad Materna, se ha hecho todo un trabajo de preparación en los barrios y en los distintos lugares donde fue posible llevar adelante todas las cifras que la municipalidad había logrado tener en relación a la mortalidad materna.

La cuestión de la mortalidad materna, como también fue dicho aquí, no es sólo en el momento del parto, sino, lo que antecede y lo que viene después. ¿No? En los documentos que se tienen de registro, en 1.100 casos está relacionada la causa de muerte con la mortalidad materna. Los comités de mortalidad materna que existían hasta hace poco y los pocos que existen, eran comités que tenían só-

lo los profesionales de salud, especialmente médicos, que controlaban los factores que llevaron a esa muerte. Los que se están creando ahora a nivel de la Municipalidad de San Pablo son comités que incorporan también los sectores populares de la población para que estén atentos y discutan en sus localidades la problemática de la mortalidad materna.

Otra cosa que ha ocurrido desde la existencia de esta nueva administración es tener dentro del gabinete de la alcaldesa, que también es mujer, una coordinación especial de la mujer. Hay una coordinadora que se ocupa de todas las actividades de los distintos grupos de mujeres, no de los servicios, que existen en la ciudad intentando agruparlos a partir de sus actividades específicas. Nosotros, como parte de la Red Mujer participamos de esa coordinación con las oficinas de Educación y Derechos de la Mujer. Entonces estos talleres están siendo realizados no sólo para la población, que era lo que hacíamos antes como Red Mujer, sino que estamos trabajando junto con la coordinadora y el sentido de hacerlos también para el conjunto de las trabajadoras de las distintas secretarías del municipio. Entonces están interrelacionados con las distintas secretarías. Pero ha traído una serie de discusiones incluso acerca de: ser mujer en una ciudad tan grande como la de San Pablo. El tema fue: mito o realidad, porque las dificultades que se tienen día a día son tan inmensas. La secretaria de cultura de la municipalidad es una filósofa, y en la apertura del seminario "Ser mujer en San Pablo", ella fue a buscar en nuestros orígenes brasileños. Descendemos de una cultura latina, en la Roma Antigua, la madre nuestra en términos culturales, tenía el mismo significado moral, mujer-moral y no tenía nombre porque ella pertenecía a quien era su dueño: el padre o el marido; pero no tenía su identidad. Entonces, la búsqueda de la identidad propia es de lo que trata ese seminario y que motive también a discutir el tema: mujer y ciudadana.

En la forma antigua ser ciudadanos les daba el derecho de legislar a los hombres, a las mujeres no. Entonces, dentro de esa decodificación intentar entender un poco por qué, dentro de una municipalidad como San Pablo el hecho de que sea una mujer la que está al frente de la administración municipal y no siendo de esta parte del país, ya que ella viene del noreste. hay tantas agresiones en contra de la administración que no fueron hechas de la misma manera que con las anteriores, que eran mucho menos organizadas, mal administradas e inclusive con mucho robo. En este momento la administración de San Pablo, que ha logrado aumentar el número de escuelas públicas, atender en las mismas la alimentación de los niños, recuperar espacios, movimientos de alfabetización de adultos, en el área cultural ha logrado tener una cantidad de programas interrelacionados con la Secretaría de Educación, en salud trabajando juntos en toda esa ordenación, no tiene una línea en la prensa. Sólo se habla de que todo va mal, que se va a terminar y la contabilidad del municipio no fue aceptada por el Tribunal de Cuentas.

Es la primera vez en el municipio de San Pablo que el tribunal no acepta una contabilidad. Nosotros creemos que no sólo está bien presentada sino que está mucho mejor presentada que en los momentos anteriores, entonces ya es una cuestión política para crear toda una situación de mala administración, por ser mujer no logra manejar el municipio con tantas personas, etc. Estas cuestiones uno las tiene ahí día a día.

Me parece que lo que tendríamos que discutir más sería: cómo dentro de nuestras realidades, digo nuestras realidades porque me parece que lo que está pasando hoy en Argentina mañana pasa en Brasil y, aunque no es lo mismo, lo que ocurre allá pasa acá; es tan idéntica la situación porque forma parte de un mismo proyecto que tiene presión externa, intereses propios bien definidos aunque siempre nuestra población logre acompañarlos lo más cerca posible. Pienso que espacios como el que tenemos aquí hoy en las Jornadas son para que intercambiamos estas realidades y lograr seguir adelante buscando toda esa noción de lo que son los derechos reproductivos. Nosotros mismos y ustedes creo que estuvieron el año pasado en el Quinto Encuentro Feminista en San Bernardo y había de un lado los movimientos feministas y del otro lado los populares de mujeres. Creo que están tan aislados, pero cada vez más hay que entender por qué esa diferencia tan notoria dentro de una misma lucha mucho mayor en términos de país, en términos de realidad e incluso de continente. Dentro de eso es que me parece que la cuestión de la perspectiva de que el hecho reproductivo está más en el determinismo biológico, pero que a la vez nos conduce a la libertad de elegir dentro de un contexto más amplio que sería saber ejercer la ciudadanía. Pero, para ejercer el derecho de la ciudadanía nosotros tenemos que saber también cuáles son nuestros derechos conciudadanos, y pienso que es este el trabajo que estamos desarrollando tanto en la municipalidad como en la actividad de la Red Mujer que es intentar, dentro de la ciudad, que los ciudadanos conozcan sus derechos para que puedan ejercer su ciudadanía. Muchas Gracias. *(Aplausos)*.

Nota de Editores: Desperfectos en la grabación impidieron registrar las preguntas que sucedieron a las ponencias.

SALUD, CRISIS Y POBREZA EN EL MARCO DEL AJUSTE

Salud Redonda

COORDINADOR

Dr. Horacio Barri

MOSIS-Córdoba

PANELISTAS

Lic. Olga Marelli, en representación del Dr Enrique Tanoni.

Lic. Sonia Fleury Teixeira, coordinadora del Núcleo de Estudios Político-Sociales en Salud (NUPES). Río de Janeiro, Brasil.

Dr. Mario Testa, (Asociación Argentina de Medicina Social, AAMES)

Dra. Catalina Eibenschutz, Profesora de Medicina Social UAM, Xochimilco, México.

Dr. Horacio Barri: El MOSIS, la organización en la que estoy trabajando y que represento en esta mesa, como coordinador, se asiente muy orgullosa en esta función. Porque de una u otra manera ha sido influido notablemente por cada uno de los ponentes y los que van a analizar esas ponencias. La experiencia de Enrique Tanoni en Salta ha sido motivo permanente de análisis en el seno del movimiento. Nos ha servido mucho para entender lo que se puede llegar a hacer y cuales son los condicionantes, los determinantes y las contradicciones que aparecen en esas situaciones. El no pudo venir personalmente, pero lo va a reemplazar una colaboradora de esa etapa y la actual que es la Licenciada Olga Marelli. Quien discute esa ponencia, es alguien que para nosotros tiene y ha tenido un impacto significativo por su producción teórica. Afortunadamente, estamos con ella y podemos seguir aprovechándola. Ella es Sonia Fleury de Brasil. El otro análisis lo hace Mario Testa. En este caso, por tenerlo más cerca todos nosotros, hemos tenido una oportunidad de comprender más en profundidad el fenómeno de la salud. Todos ellos han tenido una actitud militante ante esta situación y en las peores condiciones, a veces, han viajado hacia Córdoba para discutir con no-

sotros. A Catalina, no sólo la conocemos por su producción, sino que ha estado con nosotros. Además de impactarnos por sus conceptos, nos ha comprado el corazón, tanto que en Córdoba la quisiéramos raptar de México y traérmola. Es una preferida absoluta del movimiento.

El ajuste no significa meramente una agudización de las condiciones. El ajuste, los sucesivos ajustes y la situación actual significan un cambio total de las reglas de juego. No podemos aplicarle los criterios anteriores, en el sentido de que se ha agudizado la situación. Nosotros, que tenemos una cierta práctica, hemos podido comprobar que los problemas son absolutamente distintos, según donde se desarrolle nuestra práctica. No podemos, por ejemplo, plantearnos meramente medicamentos esenciales en las villas, porque el problema es que no hay medicamentos de ningún tipo. Este cambio en la composición, este cambio hasta en los valores que se va presentando entre distintos sectores de la sociedad argentina, los que están en la sobrevivencia trabajando 16 horas por día, los que no tienen trabajo y tienen que recurrir a cualquier cosa para sobrevivir, estas contradicciones internas en la sociedad tan hábilmente manipuladas por los "formadores de opinión", nos demuestran que realmente hay que analizar la profundidad de esta situación y todos los condicionantes. Incluso el mensaje hegemónico, con la cuota de corrupción generalizada e "inevitable", también genera una respuesta distinta de cada sector. Esto en el marco de esa sensación de no confianza mutua y de atomización que hablábamos ayer. La forma en que se ha encarado: haber puesto una visión desde la práctica y una visión desde la teoría en forma de pregunta, nos parece muy significativa, porque particularmente en el MOSIS, hemos participado en esa confusión de la diferencia entre teoría y práctica. Hemos sufrido y lo han sufrido otros compañeros, discusiones confusas frente a esa situación. A estos compañeros le hemos reprochado su excesivo teoricismo y nos hemos dado cuenta que no hay teoría sin práctica, ni práctica sin teoría. Lo que puede ocurrir, es que estos están encubriendo distintas concepciones y distintos planteos. Lo que sí ocurre es que si sigue estando vigente este problema, aparecen también dos cuestiones. Una es la cuestión de los códigos que se suelen generar entre los que desarrollan un tipo de práctica y los que desarrollan otro tipo de práctica "más teórica", que hacen dificultoso el acceso de uno a otro sector. Esto tenemos que salvarlo. Contribuyen a esta confusión y a mantener vigente la situación, aquellos que hacen una "militancia" de una y otra situación. Hacen una militancia antagónica con los otros compañeros. No tienden lazos, no tienden canales para el enriquecimiento mutuo, que es lo importante. Creo que esto es un error que impide crecer, porque nadie puede crecer sino es enriquecido por las otras prácticas y las otras teorías. Uno diferencia estas teorías para entender algunos aspectos, pero son una misma cosa y se impide un normal avance conjunto. En esto debemos trabajar durante estas Jornadas. Teniendo en cuenta la

práctica que hemos desarrollado y los aportes que hemos recibido de estos compañeros de diferentes prácticas, es que nos sentimos muy entusiasmados con el debate que se va a generar desde ahora. Comenzaremos con el trabajo de Tanoni, leído por la licenciada Olga Marelli.

Lic. Olga Marelli: El título del trabajo es “Desarrollo, la pobreza, la salud y el ajuste”. ¿El ajuste es una variable nueva? Hoy la novedad es el ajuste. Me pregunto desde cuando los ajustes de las economías públicas y privadas se realizan echando mano a los recursos que pertenecen o deberían pertenecer al bienestar o a la salud de la población. Repaso la historia de la civilización y veo que sistemáticamente la variable que se usó es el trabajo, el salario, la salud o la libertad de los pueblos. Esta apropiación se lleva a cabo por encima del amor al prójimo y por encima de las leyes de los hombres. Mucho camino se ha recorrido desde las democracias helénicas hasta el capitalismo moderno. Lo único nuevo es la tecnología moderna para mover básicamente las variables económicas en el tablero de la producción y distribución de riqueza de una nación. Otra cosa nueva que encuentro son los complicados cálculos matemáticos, con los cuales los epidemiólogos pueden hoy medir hasta el riesgo diferencial a enfermar y morir si se cambiase la exposición al riesgo de ser pobre en América Latina. Por ejemplo, nuevo es inentendible jergonza, con que eufemísticamente se pretende explicar las causas y la necesidad del ajuste. Como no es nada nuevo, 150 millones de pobres muy afectados por el ajuste mantienen como sus ancestros, el silencio in-conmovible. La vocinglería proviene de la tecnocracia que trata de explicarlo y de la bullanguera clase media, a la cual le llega circunstancialmente al cuello la tarea del ajuste. El movimiento obrero consecuentemente con su historia, pone sus codos y empuja para equilibrar la balanza de la distribución primaria, haciendo uso de las herramientas que sabe manejar hace más de un siglo. Para este movimiento u organización, el ajuste es su hermano bastardo. Nació con él, en los inicios de la revolución industrial.

LAS DEUDAS Y DEUDAS DE TODOS:

Por todo lo anterior, considero más productivo que rasgarse las vestiduras filosofando sobre el ajuste, tratar de resolver tres preguntas:

1. ¿Es posible alguna forma más o menos justa en la distribución de la riqueza nacional, para asegurar una compensación social básica en la situación actual?
2. ¿Es posible organizar los recursos del Estado y los del pueblo para financiar sus necesidades de salud y por ende reducir el costo por enfermedad y muertes evitables?
3. ¿En el supuesto de respuestas afirmativas a los dos primeros interrogantes, es el actual sistema de salud el instrumento útil? Por ahora vamos a afirmar que

cualquier nación que haga uso de la autodeterminación y de la democracia, puede disponer y asegurar al conjunto social una inversión social suficiente. Esto es, sin duda, una aseveración técnico-política inmensamente superada por ideas, doctrinas, principios, políticas y filosofías expresadas desde hace más de 2000 años, en todo el discurrir de la historia de la convivencia humana. Para demostrar si es verdad en el aquí y ahora, deberemos conocer algunos términos de la ecuación económica que determina la calidad de vida y la sobrevivencia en un país. Estos términos constituyen el abc de un ajuste social y son:

a) El monto al que asciende la riqueza generada por la viejísima articulación del capital y el trabajo y también el monto que a cada una de esas partes le toca en la distribución primaria de la riqueza que ambos construyen.

b) El monto que ambas partes y por separado reciclan por las arcas del Estado, que llamo tributo.

c) El monto que luego el estado y el conjunto social asigna para la inversión social incluida la salud, distribución secundaria o gasto social, como lo llaman los economistas. Estas cifras pertenecen al mágico mundo de los economistas y econométricos, que generalmente se pierden en el berenjenal de información que llega al público. Pero están disponibles, buscando se las encuentran. Veamos pues, algunos datos de la década de 1980 en nuestro país.

En a), es importante saber que sólo una quinta parte va a parar a los bolsillos de los trabajadores. Son tres décadas de pérdida sostenida de la proporción que le corresponde a los asalariados, a partir del idílico *fifty-fifty* de los años 1950. En b) comienzan a aparecer las patas de la sota. De los 8.000 millones por año, todo en dólares, que se suele tributar de impuestos directos, 1.600 millones los ponen los empleadores y el Estado como tal y 6.400 millones los trabajadores. Se debe agregar que para éstos representa un desembolso del 30% de sus ingresos netos y negros. Para los primeros, es una ínfima parte de su participación en las utilidades. Con este tributo obligatorio, se sostiene la seguridad social, la salud, el sistema previsional y programas de viviendas populares. Hay un segundo tipo de tributo, impuestos directos, indirectos y otros de los cuales sabemos que ingresa menos de la mitad de lo que debiera ingresar. El fraude fiscal y la evasión impositiva es fenomenal en el país. En algunos rubros sólo superado por Haití en la lista de países del continente. Se calcula que por año, se volatilizan unos 1500 o 1.800 millones de dólares. Queda, por fin, el impuesto inflacionario que lo pagan todos, pero lo sufre el asalariado con lo cual estos aportan al fondo solidario un 40% de sus ingresos. Pero hay más en este punto b) del abc. Por el simple trámite del trabajo en negro, se escamotean de las cajas de la seguridad social, incluyendo seguro de salud, unos 500 a 700 millones por año. Se estima que hoy existen unos 2 millones de trabajadores incluidos en este tipo de retribución sin aportes. Presumiblemente, para aumentar el margen de utilidad del sistema pro-

ductivo. De este capítulo, es fácil deducir por que la mitad de los argentinos están a la intemperie, quedaron fuera de una cobertura protectora incluidos los ancianos. Al poncho solidario le están robando la mitad. También se debe destacar las exenciones impositivas, los subsidios al aparato productivo, lo que queda de él y el déficit de las empresas del Estado. Anotemos dos cifras básicas, para los dos primeros ítems, 3000 millones anuales y alrededor de 1400 millones la segunda. Aunque en el gran circo de los comunicadores sociales, las empresas del Estado administradas por incapaces o corruptos, son las estrellas del déficit en las cuentas fiscales. En el punto c) es necesario mencionar que se gastan unos 5.000 millones y que representan algo así como el 5% del producto bruto interno nacional.

LAS CUENTAS EN EL ALMACEN

Ahora vamos a hacer algunas sumas y restas. Partiremos de muy humildes y conservadores supuestos, como que es imposible modificar por ahora la distribución primaria de la riqueza en la nación y que los trabajadores y asalariados continúan aportando más del 70% de los impuestos directos. Su modesta participación como aporte a la paz social y al equilibrio del endeble aparato productivo nacional. Es decir, en otras palabras, soportando con sus salarios, olvídense de a) y sumen por año: 1) Pérdidas de las empresas del estado, 2) Fraude fiscal y evasión impositiva, 3) Exenciones, promociones y subsidios, 4) Evasión de aportes a la seguridad social. Ahora divida por 30 millones, o sea el número de pobladores de este suelo, ¡eureka! nos queda 680 dólares a cada uno. Es el momento de volver al punto c) del abc, el gasto en salud. Representa este rubro unos 200 dólares por cabeza por año para cuidar la salud y curar la enfermedad. En promedio, en realidad son unos 50 dólares si se trata de un cabecita negra y hasta 500 en otro tipo de cabeza, promedio al fin. Recuperados los 680 y sumados a los 200 de salud que hoy se gastan, hacemos 880 dólares. Olvídense de los 1600 que se despilfarran en Estados Unidos. Ponga los pies en la tierra, que aunque a veces huele a colonia, es nuestra tierra y hagamos un ajuste social de la economía. Preveía 400 dólares por habitante por año para salud, 480 de los recuperados asignémoslos para reforzar el sistema educativo y previsional. Si le parece, podríamos destinar unos 180 para pagar intereses de la deuda externa. Pregunta. ¿Cuánto servicio y acceso a la salud se puede asegurar con 300 dólares por habitante por año, el doble del gasto actual? Entramos así en la tercera pregunta que nos hicimos al comienzo. No creo necesario su análisis cuando el tema es el ajuste.

Conclusiones resumidas: a) El ajuste, sus fundamentos, metodología y consecuencia son tan viejos como la historia del hombre. b) El ajuste diseñado por políticos o economistas que sólo miran y se afligen por la columna gastos en las

cuentas públicas, es perverso e imprudente, es quizás una traición. c) El ajuste realizado mirando el debe y el haber permite una política de ingreso público que puede asegurar una suficiente inversión social, incluido un buen sistema de salud aun desde el contexto de la crisis permanente. d) Asegurando el financiamiento, queda por resolver cómo es un sistema de salud basado en la justicia social, organizado en función de las necesidades y aspiraciones del pueblo, eficiente para evitar enormes gastos innecesarios, solidario y capaz de evitar 15.000 muertes innecesarias por año, para comenzar.

Lic. Sonia Fleury Teixeira: Inicialmente, quería agradecer la invitación que me permite estar aquí con vosotros. Tengo varios problemas. Uno es el idioma y el otro el estar debatiendo con una persona que no está. Es la primera vez en mi vida que voy a debatir con una persona que no está. Otro problema es estar debatiendo con una persona que yo no conozco, en su propio país y que no conozco su propia historia, en este país. Me acuerdo que la última vez que me pasó algo parecido, pero la persona estaba presente, fue en España. Alguno de los que están aquí se acordarán. El trabajo era de un español muy bien visto por la gente que organizaba el evento y me quedó la tarea de debatir su trabajo. Yo soy muy agresiva, entonces comencé a hacer las críticas. Había una señora en la primera fila que comenzó a pelear conmigo. Era su mujer. ¿Por eso pregunto si la mujer o los hijos de Tanoni no están? (Risas). Ella se preguntaba cómo una persona extranjera tenía la osadía de estar debatiendo el trabajo de una persona que tenía tanta importancia para el grupo. Esa era mi función. Por eso, pido perdón porque voy a debatir, a pesar de todo.

La pregunta que quiero plantear inicialmente, es la misma con la cual él empezó y finalizó el trabajo. Esta es: ¿existe algo nuevo en la crisis y el ajuste? La exposición concluyó que no, que no hay nada nuevo, que los ajustes son desde siempre lo mismo y que penaliza al trabajo en relación al capital, a la salud y a la libertad. Creo que hay una parte de verdad, pero hay otra parte que no concuerdo con eso. Concuerdo en cuanto a que en esa crisis y en el ajuste que se repite, América Latina tiene un rol y una inserción en el capitalismo mundial, con su situación de poca autonomía, de dependencia económica, financiera y política. Las formas de esa dependencia en sí cambian. Por eso, ahora no somos más exportadores de productos primarios y nuestra inserción es de exportador de dinero. Exportamos el capital líquido, y por eso, en las estadísticas de los organismos mundiales, uno puede ver que América Latina se transformó, en los últimos años, en una exportadora de capital líquido para los países del primer mundo. Consigue dinero haciendo acuerdos con el FMI. De esta forma se devuelve mucho más del que se consiguió y en forma de dinero mismo. Porque antes también ocurría lo mismo, pero se devolvía en forma de mercancía y de productos primarios. Este

es un aspecto estructural conocido por nosotros. Seguramente coincidiremos en que en nuestros países, la que paga es la población más pobre; que esos ajustes se dan en ese arreglo que se hace, tanto a nivel internacional como internamente en las naciones, en los acuerdos político-financieros. De esta manera, los que estaban en peor situación son los perjudicados y más aún los de mejor situación. Esto fue y es igual en todas las crisis que pasó América Latina. Creo que para tener una estrategia correcta frente al ajuste, es necesario evaluar no sólo el aspecto estructural sino también el coyuntural. Lo que tiene de singular, de específico esta crisis es que la relación de América Latina con el mundo desarrollado está cambiando profundamente. Los países se están organizando como bloques en los cuales nosotros no estamos y siempre estuvimos. América Latina estuvo siempre en el juego mundial del capital, de la reproducción de capital y por primera vez no estamos, ni para ser explorados. Estamos dejados. Creo que es un aspecto importante, porque nos plantea una serie de problemas distintos a resolver. Desgraciadamente, desde la izquierda, siempre intentamos hacer una unión de los pueblos de América Latina, por el carácter político-ideológico, contra el imperialismo. Nunca alcanzamos nada. Pero ahora, por primera vez, nuestros dirigentes se están uniendo y viendo que no hay solución a través de ese camino, ya que la realidad internacional los echó fuera de los bloques que se organizaron.

El segundo punto que creo importante, es que América Latina no tiene claro, en este momento, cuál es su modelo de desarrollo. No hay claridad de las clases dirigentes ni de las izquierdas. No hay un proyecto nacional desarrollista. Ese proyecto de Estado nacional desarrollista se acabó. No hay nada que ocupe su lugar. Creo que la ausencia de un proyecto se está debatiendo, pero no está claro para dónde vamos a desarrollarnos. Estamos discutiendo meramente como vamos a sobrevivir en esta crisis, si pagamos o no pagamos, pero no hay un proyecto de cómo salir y cómo desarrollarse. No podemos quedarnos en el problema de si pagamos o no pagamos. Este es un aspecto muy distinto al de la crisis del treinta donde sí se firmó un proyecto desarrollista muy claro. El otro problema es el rol del Estado. Hasta ahora, tanto para la burguesía como para los trabajadores, la izquierda, el Estado en América Latina, tenía un papel, un rol fundamental en la conducción del proceso de planificación y organización, de subsidios o de lo que sea. Ahora, hay una crítica que viene del liberalismo sobre su rol. Hay que desestatizar la sociedad, pero también hay que aclarar cuál será su rol. Tenía el rol más importante que aplastó incluso a la sociedad. Pero ahora no está claro, si ser el que piense estratégicamente y no el que preste servicios.

Otra cuestión que está cambiando es la relativa a la identidad de las clases y la composición de los pactos políticos en la correlación de fuerzas. Yo no concuerdo con el trabajo anterior cuando dice "el movimiento obrero consecuentemente con su historia, pone sus codos y empuja para equilibrar la balanza de la

distribución primaria...”, el pone toda la cuestión de las clases como que sigue igual. Creo que no es así, que hay cambios importantes en las identidades de las clases. Hay un cambio en esta crisis, especialmente en la clase media. Creo que eso va a marcar profundamente, porque si en la crisis del treinta, fue la crisis que dio origen al rol fundamental que ocupó la capa media y la burocracia desde los años 30 hasta los años setenta, creo que ahora el cambio se está basando en el rol de las capas medias y la burocracia. Estas están sufriendo muchísimo porque no están tan próximas en medios financieros a la élite y no se encuentran hegemoneizadas por un proletariado que tenga un proyecto que las pueda tener a su lado. Están perdidas. Creo que, en otros momentos de la historia, pudieron ser aliadas importantes de los obreros, pero hoy se pueden ver afectadas profundamente, porque puede existir un aumento del corporativismo, cada uno defendiendo su parte, para sobrevivir a la crisis con una disminución de la solidaridad.

Otra cuestión es la ideología que es profundamente distinta en esta crisis. Las crisis anteriores planteaban la importancia de la solidaridad, del Estado como instrumento de la planificación para cambiar la situación de crisis. Ahora, estamos viendo una vuelta al pasado y un planteamiento al individualismo, del liberalismo, del mercado, en contra de todas las formas estatales, públicas y solidarias. Creo que es un momento bastante diferente. Luego, voy a volver sobre este punto.

Otro punto que debemos considerar es que asociado a esta crisis, no como parte de ésta, pero sí en la coyuntura, se asocian dos cosas importantes: una es la crisis del socialismo real, que nos tiene colocados a nosotros desde la izquierda, sin tener más sus banderas, sus consignas, sin saber cómo defender y si todavía hay espacio en la sociedad para colocar los valores solidarios y socialistas. Creo que eso está afectando profundamente, y no permite plantear en este momento una propuesta solidaria para salir de la crisis. Esto se debe al derrumbe del socialismo real.

Otra cosa que se asocia a esta crisis es la cuestión de las fuerzas productivas. Con el desarrollo de las mismas fuerzas productivas se han transformado en destructivas y esto nos influye a todos, ya sea a la derecha o a la izquierda. Creo que todos nosotros somos desarrollistas, todos sabemos que el mismo Marx hablaba del desarrollo de las fuerzas productivas como el motor de la historia, junto con la lucha de clases. Pero las fuerzas eran siempre vistas como productivas. Nunca eran vistas desde una óptica ecológica o de otro tipo, que plantean la posibilidad de que fuerzas productivas se transformen en destructivas. Esa es otra forma de plantear los problemas sociales. La planificación puede llevar a la desagregación, que el Estado puede llevar a una mayor privatización. Entonces, creo que se crearon muchos mitos que ahora, de alguna manera, están superados.

Para concluir, creo que existen cosas profundamente iguales en esta crisis, pero hay cosas nuevas que deben ser vistas y estudiadas.

Otra cuestión de importancia, es lo que se refiere a democracia. ¿Si democracia es igual a justicia social? Este es un punto que se trató en la ponencia. Se dijo que democracia no implica necesariamente una mejor distribución de los recursos en inversiones sociales y en justicia social. Se brindaron una serie de ejemplos sobre la tributación regresiva, las evasiones, la pérdida de las empresas estatales, los subsidios y todas las formas que pueden mostrar que no necesariamente la democracia lleva a la justicia social. Yo concuerdo con esto, pero quiero plantearlo de otra manera. La democracia no es igual a justicia social, pero la democracia es el mejor camino para llegar a la justicia social. No hay otra forma. No es un resultado inmediato de la democracia, pero es el camino para llegar a un proyecto de justicia. Creo que no debemos quedarnos en la cuestión de la democracia abstracta, tenemos que profundizar y pensar por qué en algunas situaciones, en algunos contextos la democracia lleva a la justicia social y en otros no. ¿Qué pasa en América Latina, que en democracia la injusticia aumenta? Creo que no hay que negar la democracia, pero hay que analizar el contexto que la restringe y condiciona. No nos podemos quedar sólo con los términos democracia, descentralización, participación. Hay que entender el sistema político que vivimos, que construimos, que puede incluso impedir que la democracia sea el camino seguro para la justicia social. El sistema debe ser pensado como un todo. Por ejemplo, creo que es una visión muy simplista hablar del Estado y la burguesía como cosas malas y de la clase obrera como algo bueno. Esto es una visión muy maniqueísta.

Nosotros tenemos un sistema en el que todos participamos. No es un Estado malo y una sociedad buena, creo que hay una mediación entre estado y sociedad que debe ser analizada. Esa mediación es la que da contenido. Es el Estado una creación de la sociedad y por tanto es la sociedad misma. Hay que analizar cuáles estructuras vinculan los intereses particulares al Estado. Creo que en este punto América Latina presenta particularidades, que son las estructuras corporativas, estructuras clientelistas, de una cultura extremadamente elitista, prebendaria, el ciudadano es el cliente que paga el servicio al sector público en búsqueda de un privilegio, pero no de un derecho. Hay cuestiones culturales, organizativas, ideológicas, una cultura política de todo, Estado y sociedad que se articula. Hay obligaciones y mediaciones entre Estado y sociedad que pueden impedir incluso la gobernabilidad y el éxito de la democracia.

Pasando a la afirmación final de que viviendo en un contexto de crisis se puede asegurar un buen y eficiente sistema de salud, el autor hace una serie de cálculos. Creo que cae en la misma trampa que ha denunciado al inicio, la de los economistas, porque llega a un cálculo de 400 dólares per cápita y podría garantizar un sistema de salud. Yo no voy a discutir la matemática, porque no entiendo nada de eso. Pero aun siendo verdad llegamos a una situación que no es eco-

nométrica, que es política. Dónde se colocan esos dólares si es que sobran. Es una cuestión de estrategia política. Esto no se decide haciendo cuentas.

Para finalizar, quiero dejar una idea. El ajuste no es apenas financiero-económico, es un ajuste fundamentalmente ideológico y político. Se está planteando un nuevo pacto político, a nivel internacional y a nivel nacional de cada uno de nuestros países, para dar condiciones de legitimidad y gobernabilidad para el capitalismo, en la situación actual. Esa decisión de alojar el dinero es una decisión político-estratégica, en un contexto de ajuste político-ideológico en que se plantea un nuevo pacto social que garantice la gobernabilidad en el capitalismo. Gracias. (*Aplausos*).

Dr. Horacio Barri: Sigue la ponencia de Mario Testa, por tanto, y dada la magnitud y la profundidad de los análisis, anoten para poder hacer el debate a posteriori.

Dr. Mario Testa: Mi ponencia, que tengo por escrito, que voy a leer en parte y comentar también, es un poco extensa.

Quiero plantear esta cuestión de la teoría y la práctica, tratando, no diría de acercar los dos términos, sino de mostrar como éstos están indisolublemente unidos, tal como lo señalaba nuestro coordinador. El decía que no es posible una teoría sin práctica, ni una práctica sin teoría. Este va a ser el centro de lo que quiero destacar en esta oportunidad. Para hacer eso voy a ponerlo en los marcos en que han sido definidas estas V Jornadas de Atención Primarias de la Salud. Por eso voy a comenzar con el tema de salud y crisis. En nuestro país, nunca hubo una salud demasiado buena, sin embargo hubo momentos en que se podría afirmar que había una situación bastante aceptable, tanto desde el punto de vista del Estado de salud de la gente, como desde el punto de vista de los servicios que se prestaban. Sin embargo, había carencias parciales en diversos órdenes, en condiciones de vida, en ambientes ecológicos, diría también y sobre todo en la conformación de una sociedad que fuera realmente humana, todas estas carencias parciales estaban esperando una oportunidad para mostrar su potencialidad, en términos negativos claro está. Y yo diría que esa oportunidad ya llegó en forma de crisis y muchas veces hemos hablado de este tema de la crisis. Lo que es importante destacar ahí, es cuales son las diversas concepciones que están detrás de este término, que todos aceptamos muchas veces, sin reflexionar demasiado acerca de qué significa. Yo diría que hay varias interpretaciones. Hay una interpretación que considera a la crisis como un fenómeno puramente económico, yo diría que esta es la preferida de una derecha agiornada, de una derecha puesta al día, y que se manifiesta muy bien en este país, en este momento. Todos los problemas que hay que solucionar son económicos para esta concepción. También se puede entender esta cuestión en clave politológica, que es muy importante en este mo-

mento, sobre todo cuando se está desarrollando paralelamente a esta reunión un congreso internacional sobre ciencia política en esta misma ciudad. Incidentalmente, un poco para ejemplificar algo que decíamos ayer, creo que lo decía Hugo Spinelli en el acto inaugural, para mostrar la marginalidad en la cual nosotros estamos, en uno de los periódicos más prestigiosos de la derecha argentina, que es *La Nación*, en el día de hoy, aparecía en una misma página la noticia de este congreso de ciencias políticas y sobre otra reunión internacional que se está realizando que es la de la institución psicoanalítica y por supuesto, no había ninguna noticia sobre esta reunión que nos convoca en este ámbito y con esta magnitud. Yo decía, entonces, que si entendemos la crisis en clave politológica, la veremos como una desarticulación del Estado, como un desmembramiento. Inclusive podemos llegar a pensar la crisis en términos de ideología o de cultura. Sonía lo mencionaba recién, y creo que es muy pertinente este aspecto de la crisis como crisis de ideología. En cualquier caso, las consecuencias sobre la salud de la crisis van a ser las mismas. Y son las mismas que estamos viendo en este momento, tanto en los aspectos que afectan a la población como en lo que afecta a la institucionalidad de las instituciones que se dedican a prestar servicios para atender los problemas de la salud de la población. Creo que no hace falta detallar con precisión los números que demuestran este deterioro. Ayer nos decía algo de esto Hugo Spinelli, cuando abrió estas Jornadas y seguramente vamos a oír y ya hemos oído algunas cifras realmente escalofrantes con respecto a lo que está ocurriendo en el país.

Yo quisiera, en cambio, dar una visión en este momento un poco más personal de este problema. Hablar en términos, no tanto desde el punto de vista científico, sino desde el punto de vista de cómo nosotros estamos percibiendo estos fenómenos y yo creo que cada uno de nosotros podrá contar una cantidad de anécdotas acerca de lo que está ocurriendo. Estas anécdotas van a hablar, seguramente, de desprotección, de injusticia, de falta de respuestas a necesidades apremiantes, de maltrato, de comportamientos sumisos para poder alcanzar alguna atención que de otra forma resultara imposible. También de comportamientos autoritarios como reacción ante condiciones que se han tornado intolerables en el trabajo. Eso que la psiquiatra paulista Ana Pita, llama "tener el dolor y la muerte como oficio", pero junto a todo esto también, vamos a encontrar y lo vemos todos los días, los sacrificios individuales, la búsqueda de respuestas agudizando el ingenio para poder enfrentar algunos problemas en estas condiciones duras. Y estas respuestas se dan a partir de gente que no acepta entregarse a esta especie de inmoralidad total que leemos todos los días en los periódicos y que en este país es un verdadero festín de inmoralidad. El no entregarse a esto es la única forma de pensar en una recuperación de la conciencia moral. Una recuperación que se está abriendo camino paso a paso y que ya no teme los abusos de un po-

der incontrolado y de un país sin historia. El deterioro de la salud es visible desde hace tiempo. Es visible mirando desde afuera y también pensándolo desde adentro. Los carteles que propagandizan estas Jornadas y que tienen delante de ustedes, muestran una de esas visiones exteriores. Sin embargo, este deterioro no corresponde solamente a las instituciones que atienden a los pobres. Está alcanzando también a instituciones que atienden a los ricos. Hay dos anécdotas que podría relatar pero que no lo voy a hacer. Ocurrieron en el CEMIC y en el Instituto del Diagnóstico, que son instituciones para ricos y que también me mostraron el deterioro organizativo que alcanza entonces a todos los niveles de la sociedad.

La discusión que teníamos ayer en la mesa redonda, cuando se discutía el tema de mujeres y salud, fue precisamente Sonia Fleury, que señaló la necesidad de pensar el problema de mujer y salud desde el punto de vista de género, no solamente de clase. En el sentido de que esto abarca ya a todos los niveles de la sociedad y no solamente a los pobres. Yo diría que este memorial de agravio que está generando la crisis, exige respuestas a varios niveles y de estas respuestas vamos a hablar más adelante. Antes vamos a hablar de la relación que existe ahora entre pobreza y ajuste. Precisamente frente a esta situación de crisis, la respuesta que se le está encontrando es tratar de realizar un ajuste, y yo creo que las condiciones de crisis requieren realmente algunas medidas de políticas que ordenen estos procesos. Sin embargo, las dificultades que se están generando a partir del ajuste que se está tomando, incide fundamentalmente sobre los pobres, sobre los más desposeídos. Entonces se está agravando, se está produciendo un empobrecimiento de los más pobres o para hablar en los términos en los que he escrito, una agudización del empobrecimiento en los viejos pobres, pero también están generando nuevos pobres. Es decir, aquellos que éramos de la clase media en una época y que estamos siendo paulatinamente arrojados en esta subcategoría de nuevos pobres, es decir pobres recientes, que no lo éramos hasta hace algún tiempo y estamos pasando a formar parte de este grupo tan significativo. Y para no hablar de ese enorme grupo tan significativo que es la llamada clase pasiva y digo llamada porque creo que deberíamos dejar de llamarla pasiva porque está muy activa y nos ha deparado algunas notables sorpresas en su accionar. Cuál es la teoría que sustenta esta práctica del ajuste, que hace recaer sobre los pobres y no sólo sobre los trabajadores, este impacto feroz del ajuste. Es precisamente una de las tres interpretaciones que yo hice antes de la crisis, es aquella que entiende la crisis como un problema exclusivamente del ámbito económico. Yo creo que esta interpretación privilegia ciertos aspectos de la crisis, por ejemplo el problema de la deuda externa.

Entonces, para poder salir de la crisis hay que resolver el problema de la deuda externa, hay que pagar la deuda porque ésta es la condición que exigen los pa-

ses centrales para seguir prestándonos plata, ¡Dios no lo quiera!, porque de esa forma seguiremos, como hemos seguido aumentando nuestra deuda a medida que la pagamos. Quiero decir, esto tiene que buscar una vía de solución, pero esta solución que se ha buscado agudiza el problema en lugar de resolverlo y lo agudiza precisamente porque hay una interpretación que hace de una teoría falsa, el fundamento de esta práctica. Sobre esta cuestión hay un acuerdo bastante generalizado, si uno ve los términos de esta discusión, no encuentra en la misma voces disidentes. Sin embargo, a pesar de este acuerdo generalizado, lo que esta teoría no explica es cuál es la razón por la cual el ajuste tiene que realizarse precisamente sobre los pobres. ¿Por qué tiene que ocurrir este fenómeno? que Escudero mencionaba ayer, una feroz y brutal distribución regresiva de los recursos en nuestro país, donde el 20% de la capa superior de la población percibe algo así como el 70% del ingreso y que el 20% inferior percibe algo menos del 1% del total. Esto muestra las consecuencias del ajuste hecho de esta manera. Es decir, que el ajuste nos debe llevar a buscar no sólo el significado de la crisis y de los términos en que se plantea su resolución, sino también el sentido, entendiendo el sentido como la forma en que se viven los problemas de crisis y ajuste. Porque este sentido no es igual para todos.

Están los que padecen las consecuencias del ajuste y están los que disfrutan de las consecuencias del ajuste. Y este es un hecho que no se puede dejar de lado. Hay un desfasaje. Por eso es que hay una sensación en nuestro país en el cual la clase dominante, la burguesía, que supuestamente es la que lidera el desarrollo en el país capitalista, no tiene un comportamiento adecuado en esta situación. Es un grupo, que a nuestro entender ha abandonado toda ética para transformarse en vividores de rentas, vividores en el peor sentido del término posible. Pongan ustedes toda la calificación negativa que se les ocurra. Cualquiera sea su origen, y de esto sabemos mucho, porque leemos todos los días, la importancia que tienen en este país los traficantes de narcodólares. Entonces, es posible mediar comercializando cocaína, prostitución, sangre, niños, armamentos, o cualquiera de estas prestigiosas mercancías que forman una lista importante en lo que está ocurriendo en la economía nacional argentina. Hay que agregarle a esto algunas otras cosas como el aprovechar a los discapacitados para importar automóviles de lujo y otras delicadezas a las que se dedica la clase dominante argentina. Juntos ustedes ahora, si quieren, la crisis y el ajuste y tenemos el panorama completo. Yo diría que tenemos que repensar este problema en términos de un desfasaje que hay que tratar de poner en claro.

Nuestra argumentación hasta aquí se ha sustentado en nuestra experiencia cotidiana, trabajar, comprar alimentos o vestidos, pagar los gastos de la casa o el alquiler, leer el diario, cuidar los chicos, hablar con los amigos, ver televisión, ir a concentraciones en defensa de, pagar los servicios, ir al cine, hacer el amor,

dormir. En esta práctica de la vida es la que está en el origen de nuestro conocimiento directo de la crisis. Porque cada una de las actividades que acabo de mencionar ha sufrido para cada uno de nosotros, de una u otra manera, las consecuencias de la crisis y el ajuste. Trabajamos peor, compramos menos, tenemos dificultades para pagar los gastos imprescindibles, leemos el diario de otra manera, solamente los titulares para ver si hay alguna noticia que nos salve o alguna catastrófica que mande todo al demonio, descuidamos a los chicos, hablamos de cosas distintas, de momentos más felices, nos drogamos con la televisión, comemos menos, vamos menos o no vamos al cine, hacemos menos el amor, dormimos menos. Sin embargo, y a pesar de esta experiencia, existe una franja muy amplia de la población y acaso éste sea un grupo muy representativo, sea una muestra de lo que voy a decir, que considera acertada la política de ajuste. Piensa que a través del sacrificio tolerado, saldremos adelante. Hacia una nueva situación de bienestar. Sobre esta duda, cabalga una política que de no existir la ambigüedad señalada podría ser calificada como genocida.

Mi pregunta es ¿por qué la duda? ¿Cuál es la raíz de la ambigüedad y cómo se compagina una experiencia tan rica con una actitud tan ingenua o tan pobre? Entonces quiero destacar ahora, el hecho central que quiero enfatizar enormemente en este momento, la relación entre la teoría y la práctica. Digo que toda teoría, todo conocimiento comienza con una práctica. No hay ningún conocimiento que no comience con una práctica. Esto ya nos lo enseñó Piaget, nos lo dijo con toda claridad, mostrando como la primera práctica que se realiza en la vida, el niño que recién nace, una práctica instintiva, es la que da origen a todo un proceso que se va a desarrollar a lo largo del tiempo, que no va a terminar nunca, que permanentemente va a estar realizando una práctica y aprendiendo, incorporando esa práctica en la formación de ese ser, en la formación de esa persona, de ese individuo. De manera que vuelva después esta formación al terreno de la práctica. Este es un circuito permanente, no se interrumpe jamás. Tiene algunas diferencias en el sentido de que conforma primero un individuo y una personalidad. Esto se sigue desarrollando después, pero ya en otros términos. Al llegar a la adolescencia, esto sufre un cambio, aunque se sigue reforzando permanentemente.

Pero todo conocimiento, toda teoría, toda ciencia, no puede sino comenzar con una práctica y vuelve a una práctica. Entonces, también se señaló en esta mesa, acá hay un problema de proceso, de intermediación, de funcionamiento permanente, de permanente ida y vuelta de la práctica al conocimiento y del conocimiento a la práctica. De la práctica a la teoría, a la reflexión teórica y viceversa. Esto es un circuito, es algo que está integrado, que no puede interrumpirse. Reafirmo entonces, no hay práctica sin teoría, pero toda teoría comienza siempre con una práctica. Creo que el fragmentar esto, el separar estas dos cuestiones, el pensar que hay teorías que no tienen relación con una práctica, nos lle-

va a consecuencias muy negativas. Pienso que estas consecuencias las hemos oído muchas veces con afirmaciones y con propuestas que deberíamos calificar como demagógicas y que no pueden ser aceptadas. No es verdad que estas propuestas tengan el sentido que se le ha querido dar durante mucho tiempo. No es cierto que el pueblo nunca se equivoca. No es cierto que el pueblo siempre tiene razón. No es cierto que hay que hacer lo que el pueblo quiere. Lo que es obligación es que recojamos las experiencias y reflexionemos sobre esas experiencias.

Hay dos formas de plantear las cuestiones de la práctica, como una práctica no reflexiva o como una práctica reflexiva. Hay dos momentos de la práctica, una que se realiza sin pensar, como respuesta simple frente a los problemas enfrentados y una práctica que se hace después de la reflexión, frente a los problemas que se nos presentan. Quiero ser enfático con respecto a esto. Creo que el pueblo, es decir nosotros, debe aceptar como base de sus haberes las prácticas de la vida cotidiana, su propia experiencia interiorizada, en forma de preconocimiento precientífico, como lo llama Habermas, si ustedes quieren conocimiento precientífico. Para construir sobre el mismo un proceso reflexivo interno a nosotros mismos y digo nosotros como grupo, no como individuo. De carácter dialógico, de diálogo, mediante el que vayamos construyendo propuestas, pero sobre todo construyéndonos como los actores de esas propuestas. Este proceso reflexivo es la manera como entendemos la ciencia. La construcción de teoría como parte indisoluble entre práctica y teoría, ambos fragmentos de un único proceso, de una reconstrucción del saber que conduce a nuevas formas de práctica indisolublemente comprometidas con la realidad. Es falsa la disyuntiva que nos lleva a planteamos una elección entre teoría y práctica. La práctica sin teoría consolida la ideología del atraso. La teoría desconectada de la práctica, no sólo es inútil, sino falsa. La integración de la teoría con la práctica en una secuencia que comienza y termina por la práctica, forma una de las espiras de la permanente dialéctica del hacer y el saber hacer transformador de la vida.

Creo que la síntesis más ajustada de este proceso es la que han formulado dos autores, P. Berger y T. Luckmann, quienes afirman que la sociedad es un producto humano, es una realidad objetiva, el hombre es un producto social. Frente a esta situación se plantea la pregunta de qué hacer. Yo diría que frente a esta pregunta nosotros tenemos que pensar también permanentemente en términos de procesos, en términos de intermediación, en términos de construcción histórica. Pero para no eludir este tema, debemos dar respuestas en el caso de los trabajadores de salud, por lo menos en tres niveles de nuestra práctica, 1) a nivel que llamaría las líneas de producción del trabajador que se enfrenta directamente con el problema, 2) a nivel de la organización frente a los problemas y 3) a nivel de la formulación de las respuestas. El caso más grave, para nosotros trabajadores de la salud, es el primero, el de la línea de producción. Saber qué respuesta dar

frente al drama insólito que todos los días tenemos que enfrentar frente al cual todos los días tomamos contacto. Una de las panelistas de la mesa de ayer lo presentaba muy dramáticamente cuando citaba las respuestas que un paciente daba frente a las propuestas de un médico insensible frente al drama que tenía por delante. El caso de una mujer embarazada con varios hijos que no podía mantenerlos, que no tenía cómo alimentarlos o vestirlos y la respuesta del médico era que debía hacer frente a eso, que debía tener su hijo o arreglársela como pudiera. Este es el drama, la tragedia vista de los dos lados del mostrador. Creo que frente a esto nos encontramos con una situación muy dura y que genera problemas de mucho sufrimiento. La cuestión es cómo transformamos este sufrimiento. Cómo hacemos algo creativo de este sufrimiento. Cómo buscamos respuestas frente a este sufrimiento. Estas respuestas en estas circunstancias no pueden ser respuestas individuales. No podemos cada uno de nosotros soportar el peso de esta cuestión por nosotros mismos. Entonces, mi única formulación frente a ésto, es que tenemos que buscar la manera de juntarnos. Tenemos que tratar de superar esta relación absolutamente individual que muchas veces establecemos con el problema. No tenemos soluciones que dar como individuos, pero sí podemos buscar alguna atenuación del sufrimiento, en términos de enfrentarlo en forma colectiva. Entonces tenemos que juntarnos con nuestros compañeros de trabajo y juntarnos también con las personas que del otro lado están sufriendo el problema y buscar soluciones colectivas, aun en la línea de producción. Y esto es una apelación directa a todos nosotros como trabajadores.

Esta búsqueda necesaria de articularnos para buscar no la solución definitiva de los problemas, pero sí la atenuación del sufrimiento. No hay resolución en este nivel, esto no resuelve los problemas en forma permanente, pero va generando las condiciones, va creando la intermediación, el proceso que lleva a formular las cosas de otra manera, que lleva a crear otras condiciones que nos permitan enfrentar estos problemas en una forma colectiva que es donde van a comenzar a surgir posiblemente la resolución. Que será una resolución circunstancial, no será la misma para todas las condiciones similares en todo el país. Tendrá que estar adaptada a las situaciones locales, ayer lo decía Hugo Spinelli, no es lo mismo lo que pasa en Buenos Aires que lo que pasa en Las Pirquitas y la solución tampoco es la misma. En consecuencia esto tiene que surgir como un problema local. Yo creo que esto se da no sólo en este nivel que llamo la línea de producción, sino que se da también en los otros niveles, en particular en el nivel de la organización de la asistencia. Y creo que este nivel es fundamental y es aquí donde ha aparecido como consecuencia del ajuste y se ha agravado una carencia que ya era preexistente, que es esta que el Estado ha dejado de preocuparse por este problema organizativo, ya lo va a solucionar la empresa privada, esta es la teoría. Es mentira, no lo va a solucionar, lo va a agravar, como ya queda demostrado cuan-

do se encarga a la empresa privada la resolución de los problemas organizativos de la salud. Entonces, yo creo que acá de nuevo hay que trabajar en la dirección de reconstruir los lazos de solidaridad. Hay que trabajar en la dirección de generar respuestas a partir de la articulación entre diversos grupos de profesionales. No podemos seguir manteniendo el aislamiento de los médicos por un lado, los enfermeros por otro, los bioquímicos, los farmacéuticos. Y no podemos mantener este aislamiento frente a la población en general. Hay que buscar formas organizativas que nos permitan enfrentar estos problemas en forma colectiva, que nos encontremos y nos reconozcamos como sapos del mismo pozo. Somos nosotros los que a través de nuestra organización, vamos a buscar la forma de generar estas respuestas. No es suficiente. No lo es porque hay un nivel donde se generan las políticas y este nivel también es fundamental. Creo que en todos estos terrenos están ocurriendo cosas. No es cierto que todo es una catástrofe en el país.

Creo que están ocurriendo cosas y estas Jornadas son un ejemplo de ello, porque acá nos enteramos de muchas cosas que pasan. El año pasado nos contaron que en Río Negro tenían un proyecto de salud mental en el cual se planteaba la desmanicomialización. Ese proceso ha avanzado significativamente en este último año. Seguramente, Hugo Cohen y la gente de Río Negro, nos van a contar en qué estado de situación se encuentra esto. Lo que era un proyecto de ley, podemos afirmar, que hoy es una realidad. En consecuencia esto es un avance muy significativo. Creo que debemos juntarnos y apoyar lo que está ocurriendo y tratar de resolver las carencias que el proyecto tiene. También vendrá Hermes Binner que vino el año pasado, que es el secretario de salud del municipio de Rosario y nos va a decir como siguió aquello que comenzó entonces y que significó una transformación del funcionamiento de los hospitales del municipio. Con medidas tan esotéricas como eliminar la corrupción en la secretaría de salud consiguieron un pequeño detalle, disminuir el gasto de los hospitales en un 70%. Oye-ron bien, dije 70%. Esto se logra no porque Hermes Binner sea Superman, sino porque contó con un grupo que estaba dispuesto a apoyar estas medidas. Se conformó en el sostén de esta transformación organizativa. No se si tendrá algo que ver, pero en este momento es candidato a la vicegobernación de la provincia de Santa Fe. Ojalá triunfe el candidato que lleva a éste como vicegobernador. Ninguna de estas propuestas que he mencionado surge espontáneamente en forma directa de la práctica, aunque ésta es el origen de su surgimiento, sino como solución reflexiva frente a los problemas que la vida propone. Esta reflexión es parte de lo que se conoce como ciencia o teoría. La solución no reflexiva es el rechazo o la huida. Los que estamos aquí pretendemos algo mejor que eso. Pretensión que se fundamenta en una recuperación de nuestra propia historia.

Hablaré unos pocos minutos más para referirme a lo que yo entiendo es el problema principal al que nos vemos enfrentados, que no es el problema econó-

mico. Este es lo suficientemente grave para no poder descartarlo. Pero no se terminan los problemas del país con el tema económico. Creo que hay un problema que está dramáticamente presente o mejor dicho dramáticamente ausente, porque no se habla de él, que es el problema de la integración de la sociedad. Esta cuestión excede en mucho, a mi modo de ver, la cuestión económica. Entonces, pasa con esto algo que es bastante frecuente con otros problemas, hay una invisibilidad de la cuestión, en que medida estamos integrados o desintegrados. Y hablo de invisibilidad puesto que de esto difícilmente se habla, no es noticia de primera página. Esto ocurre, tal vez porque todos entendamos, con algunas diferencias, lo que tiene que ver con la economía, todos estamos afectados por eso. Nos alcanza o no la plata para pagar las cuentas y esto es una cuestión económica y el dinero es el mecanismo de intermediación de esta cuestión económica. Entonces no podemos dejar de pensar en ello y sus consecuencias. También todos entendemos lo que pasa con la política, porque tiene que ver con el poder, la forma de intermediación de la política. Todos tenemos clara conciencia de esta cuestión del poder, algunos más que otros, pero todos sufrimos las consecuencias del poder, en términos globales o en términos personales. Ayer hablamos de mujer y salud. Las mujeres conocen sobre esto del poder alguna cosa.

En cambio, en el caso de los problemas de integración, estamos hablando de la cultura, de la ideología. Lo decía Sonia hace un momento. En este terreno las cosas son muchos más difíciles y acá existe una íntima relación entre las cuestiones sociales y las individuales. Se manifiestan simultáneamente como significado y como sentido. Es decir, como algo que es objetivo, como algo que es la forma en que vivimos esas cosas que ocurren en la sociedad. Sentimos muchas veces la imposibilidad de resolver las situaciones de carencias individuales y entonces yo insisto que esto nos debe llevar a buscar las soluciones desde la acción colectiva. Por otra parte, tenemos una sensación de aislamiento y abandono casi absoluto que muchos estamos sintiendo. No precisamente los más desfavorecidos que es simétrica con la despreocupación y la frivolidad que se constituyen en signo distintivo de los grupos de elites en nuestro país.

Para terminar quisiera señalar un último punto, que está más desarrollado en este artículo, pero que voy a mencionar en términos muy sintéticos. Creo que hay un problema en el cual nosotros debemos recuperar nuestra historia, historia entendida como recuperación de lo que fuimos en algún momento. Como una manera de buscar las raíces en lo que aconteció en el pasado. Como forma de poder formular cosas hacia el futuro. Esto establece una distinción entre algo que es una temática que sistemáticamente reaparece cuando se discuten estas cosas, es la cuestión de la planificación. Esta plantea muchas veces las cosas hacia adelante. Como vamos a hacer en el futuro. El excelentísimo señor presidente de la Nación, ha dicho que en diez años más vamos a ocupar el puesto número veinte

en el ranking mundial. Esto me sugiere algunas ideas, como la imperiosa necesidad que tenemos de integrar las cuestiones de la medicina social con las formulaciones de la salud mental. Yo creo que es imperativo. (*Aplausos*). Creo también que se debe buscar la integración de esta reunión con la de ciencias políticas que se está realizando en este momento en el país. Creo que sería fundamental. Pero como decía, esta concepción respecto de que vamos a estar entre los veinte primeros puestos del ranking mundial ¿y por qué no entre los diez primeros? es una idea que surge de pensar que la historia comienza hoy. Creo que es imperativo recuperar una idea de historia que entienda el presente como futuro del pasado y como pasado del futuro, que recree esta continuidad. Para que realmente podamos pensar en nuestras propias raíces y plantear desde esas raíces nuestro desarrollo futuro. Esto puede ser hecho si nos pensamos como nación, como una sociedad integrada, en la cual los problemas culturales e ideológicos deben permanentemente ocupar el centro de nuestra reflexión. El centro de nuestra teoría y nuestra práctica, de esta articulación que es imprescindible para poder seguir siendo el país que queremos ser. (*Aplausos*).

Dra. Catalina Eibenschutz: Primero quiero felicitar profundamente a Mario, no sólo por el contenido de su ponencia, sino también por la forma tan seductora en la que Mario habla. Quiero agradecer también a los organizadores de este evento, por permitir mi participación.

Para mí es un momento marcado, como para muchos de los que están acá, por un indiscutible avance de las fuerzas conservadoras a nivel mundial. También por un desconcierto generalizado por la derrota de la izquierda. Haber organizado una reunión de esta magnitud, es un impulso para las fuerzas progresistas de toda América Latina, en especial para México, donde, por el momento, es impensable una reunión de este tipo, por lo que para mí es doblemente emocionante. Además es un honor comentar a Mario Testa, porque es un maestro para mí en estos caminos y lo quiero mucho.

Después de todas estas felicitaciones, en todo comentario hay que empezar por disentir y yo voy a comenzar por disentir con algunas cosas. Una de ellas es su definición tan tajante y basada en Piaget, de ahí disiento, de que todo empieza por la práctica. Todo empieza por la práctica en la historia individual del sujeto, pero para nosotros adultos que estamos en cierta práctica, esta separación entre teoría y práctica, que él tampoco comparte, se hace todavía mucho más difícil de plantear. Toda nuestra práctica de adultos empieza por una teoría. Lo que nos hace posible tener una práctica es tener una teoría. La naturaleza no la retratamos, la realidad tampoco y en la práctica no actuamos simplemente como un retrato, sino actuamos en base a una teoría, reconocida o no, explícita o no, que hemos venido construyendo durante todos los años en nuestra vida. Entonces, no

conuerdo en que todo empieza y termina con una práctica. Empieza en la historia individual, en la psicogénesis del niño, tal como dice Piaget, pero no en los adultos. No empieza así en la práctica. En el momento de conocer y hacer la práctica, estamos poniendo en juego la teoría y la práctica. Estamos haciendo observables algunas cosas de la naturaleza, en base a la teoría. Por lo menos eso se dice desde la perspectiva de Piaget. El problema que yo me planteo ante esto es una autocrítica y una crítica a todos nosotros, que es gracias a esta crisis y a este momento de desconcierto tan profundo, ¿que fue lo que hicimos con la teoría? La transformamos en una forma de velar la práctica y en una forma de velar la realidad. Es un primer nivel de autocrítica ¿Qué hicimos con la teoría? No si la teoría estaba equivocada o no, ¿Qué hicimos nosotros con la teoría? ¿qué fue lo que permitió que la teoría en lugar de aclarar la realidad, la hiciera más turbia? Hasta llegar a decir casi que si la realidad no concuerda con la teoría, peor para la realidad. Frase generada en la UAM-Xochimilco, por los alumnos.

El otro punto que voy a tratar más adelante es el del poder. Respecto al asunto de la crisis, concuerdo con casi todo lo que Mario señala y además lo quiero felicitar porque es tan poco acartonado, tan fresco para plantear nuevas cosas. A lo que Mario dice de la crisis sólo le agregaría: ¿si esta crisis es real o no? Y creo que es un análisis que debemos hacer. Si es real o es impuesta, para conseguir un proyecto. No es que hay alguien malo detrás frotándose las manos, debemos abandonar esa idea, qué tan necesario fue meter a nuestro mundo artificialmente en una crisis para poder conseguir ciertas cosas. Nosotros estábamos acostumbrados a oír que las crisis eran producto del capitalismo mismo y que se presentaban casi fuera de la voluntad de los hombres. Creo que dentro de las cosas nuevas que nos tiene desconcertados de este momento actual, es precisamente que ésta fue diferente a las otras. Tendería a pensar que esta crisis fue una necesidad para que se rearticulara de alguna manera, el mundo con esta teoría de la globalización, que parece que ahora es lo más importante. Es una forma de ver el asunto. Yo creo que es una crisis producida artificialmente. Déjenme darles un ejemplo muy simple. Baja el precio del acero que producimos los países latinoamericanos porque los países centrales ya no necesitan tanto acero. Ustedes se han puesto a pensar si las necesidades de acero están cubiertas en los países latinoamericanos? No, en el propio país que fabrica el acero es evidente que no. Es evidente que hay manos que no necesitan modernizarse, no es necesaria la maquinaria. ¿Por qué ahora nos dicen que nos tenemos que modernizar para poder competir en el mercado internacional y nos hacen este rejuego que es muy tramposo? Quiero dejar aquí este punto, porque creo que hay mucho de ideológico, hay todo un proyecto masivo de comunicación que nos mete a discutir cosas de las que a veces hay que tomar cierta distancia, a ver si son tan reales como ahora nos la creemos.

Había pensado tocar tres puntos comentando la ponencia de Mario. Uno que era la similitud y diferencias entre México y Argentina; otro, que era la discusión de algunos aspectos teóricos que él plantea; y un comentario sobre las alternativas. Para dejar tiempo a las preguntas, voy hacer mucho más corto lo que iba a plantear de México, pero sí quiero señalar un desacuerdo con un comentario de Sonia. Creo que no estamos tan afuera del mundo ni tan marginales, por lo menos en México estamos muy cerca de los Estados Unidos que no nos permite ser marginales. Estoy en este momento tragándome mi planteamiento de hace un año en Río, donde sostuve que el TLC, Tratado de Libre Comercio, no podía caminar. De hecho lo tenemos sobre las rodillas, es un modelo de la modernización, es una forma de la modernización que nos la están vendiendo como si fuera la única. Es otro de los proyectos ideológicos masivos de los que nos están convenciendo. Hay un solo camino a la modernización y ese camino, para nosotros, es el TLC. Este tratado se da para el resto de América Latina en un ambiente muy curioso y déjenme decir que esto del ajuste a mí me sorprendió como centro del análisis, porque no es tan frecuente hacer de esto el centro del análisis, es más bien la modernización de la que luego voy a hablar. En cuanto el mismo tratado, se da para México, en un ambiente bastante bien calculado en donde estamos en la discusión si América Latina es una o no es una. Discusión que lleva muchos años y que ahora Mario dice que habrá que actuar como nación.

Creo que habría que recuperar a América como una, que realmente seamos una, totalmente iguales. En este proyecto de globalización mundial, hay un proyecto para América Latina. Se caracteriza por un crecimiento de influencia geográfica, donde nos comen a los mexicanos la parte norte del país, pero el proyecto es global, porque es divisorio, ¿vamos a dividir entre naciones, cuando las presiones son uniformes? Si hay un proyecto, y en salud es muy claro para América Latina, es el proyecto actual, Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo, control de salarios, en fin toda una serie de cosas que son uniformes para toda América Latina. Al mismo tiempo nos dividen en países. Ese es el ámbito en el que México ha entrado a jugar muy hábilmente en su modelo neoliberal, a pactar con los Estados Unidos, haciendo pactos bilaterales con el resto de América Latina y obstaculizando desde adentro la creación de un solo club de deudores, que fue como se inició esta debacle que ahora llamamos crisis. En ese ámbito, es en el que se está dando el proyecto de los Estados Unidos para Latinoamérica que si no es una y no esta tan unida, si siguen así nos van a unir económicamente al mismo tiempo que nos dividen políticamente. Esto es lo que digo fundamentalmente para el caso de México. Quiero señalar otro elemento. Toda esta presión del ajuste se da también en un marco de presión por la modernidad. Ahora todo es modernidad y todo el que lucha contra esta modernidad tiene socialmente un carácter peyorativo. ¿Cómo se puede luchar contra la

historia? ¿Cómo se puede luchar por avanzar, todo lo moderno es mejor y está más adelantado? Creo que no se puede luchar contra el avance de la historia, que todo lo moderno debería ser adelantado y que este proyecto de modernidad que se nos está imponiendo no es de ninguna manera el único proyecto de modernidad posible. A nosotros, las fuerzas de izquierda, nos pesca en un momento de desconcierto. Quiero insistir en esto. No hemos podido o no supimos establecer un modelo alternativo. Porque la realidad es muy cambiante. Ahora no nos sirven algunas categorías que en otro momento nos sirvieron para analizarla. No es simplemente una agudización, como decía Mario, hay cosas que cambiaron, algunas de esas cosas que cambiaron las mencionaba Sonia. Estamos ante un mundo nuevo, con una rapidez enorme y con una falta de capacidad de nosotros para responder a él. Falta de capacidad que se traduce mucho en la vida cotidiana como señalaba Mario. Uno tiene a veces la impresión que en América Latina nos han hecho chiquitos, como individuos y como sociedad. Nos han vendido un modelo único de modernidad y un solo modelo posible de democracia.

El asunto de la solidaridad, que señalaba Mario, en el caso de México, el dueño de esta solidaridad en el país se llama Carlos Salinas de Gortari. Mucho cuidado con esto. Cada vez que escucho hablar de solidaridad y concertación me sale urticaria. Porque ese es el discurso central del modelo de política social que establece Salinas y que ha sido extraordinariamente útil para las próximas elecciones que tendremos el 18 de agosto. Quisiera hacer una pequeña reflexión acerca de lo que significa la modernidad, de una forma un poco caricaturesca. Para eso he creado una lista de los trece pecados capitales en la modernidad, entendiendo a estos pecados como parte de un proyecto real de comunicación masiva, ideológica y con una penetración impresionante. El primer pecado consiste en tener trabajo fijo, seguro y bien remunerado. Eso no es moderno. El segundo es tener derecho a la seguridad social. Deberíamos sentirnos mal por tener derecho a la seguridad social, esa cosa paternalista que no nos dejaba desarrollar y que ya cambió con la modernidad. Perder tiempo "alborotando" en manifestaciones de protesta en lugar de producir eficientemente y con responsabilidad. Solidarizarse con el prójimo, sin que esta solidaridad pase por el presidente y su programa nacional de solidaridad. El quinto, tener nostalgia de las revoluciones, este es un pecado muy importante. El sexto, adquirir el cólera por malos hábitos higiénicos y además tener el mal gusto de morir. (*Risas*). El séptimo es el no entender que el aumento salarial es la única causa de la hiperinflación, lo cual lleva a todo un cambio de teoría de la función del salario en nuestra sociedad. El octavo es no entender que reproducirse como conejos es agredir a los países y a la nación. El no entender que la familia pequeña vive mejor. El noveno pecado es el negarse a entender que la privatización es una medida justa, ya que lo injusto es tener un Estado tan rico en países tan pobres, (sic. Carlos Salinas de Gorta-

ri, nuestro querido presidente). El pecado décimo es no darse cuenta que el SIDA es un problema de las bajas pasiones del ser humano y no un problema de salud pública, declaraciones de nuestro ministro de Salud, Dr. Pumarte. (*Risas*). El decimoprimeros es pretender que la atención a la salud sea financiada con fondos públicos, cuando la enfermedad es el resultado de la desidia de los individuos que no quieren cambiar sus estilos de vida, que se niegan a autocuidarse y por lo tanto se enferman. Le cuestan al Estado, que es muy pobre y además está en crisis. El pecado número doce es insistir en esa costumbre atrasada y anti-higiénica que es hacer el amor. El décimotercero es insistir que hay explotación cuando en realidad somos incumplidos, flojos, ineficientes, incultos e incompetentes y no somos capaces de crear empleos. Por eso los empresarios son nuestra salvación. (*Aplausos*).

Gracias a los medios masivos de comunicación, dentro de este decálogo, las formas de pensar actualmente se alejan cada vez más de las formas de producir. Rompiendo afortunadamente, creo yo, en los hechos con nuestro ergido esquema mecanicista de que la estructura determinaba la superestructura como un simple reflejo. Estamos frente a una nueva y más eficiente forma de generar ideología; en el peor de los sentidos como señala Mario. Son los medios masivos de comunicación los que han preparado, en gran parte, el terreno ideológico para el avance de la privatización y de este modelo neoliberal que es viejo y nos lo venden como nuevo. Es fundamental dentro de esto repensar las relaciones entre el estado y la sociedad. Tenemos que ser muy cuidadosos de no confundir el Estado con el gobierno, error cometido muchas veces. Tenemos que llamar la atención que es el gobierno el responsable de las políticas y ahora nos sorprendieron los gobiernos neoliberales cuando se plantean transformar el Estado. En México hay un proyecto del gobierno neoliberal de transformar el Estado. Afortunadamente todavía no lo consigue. No lo consigue porque el Estado de alguna manera, y volviendo al análisis marxista tan mal trabajado y en desuso actualmente, el Estado es la expresión de la lucha de las contradicciones de la sociedad. Y si queremos cambiarlo debemos hacerlo por la fuerza y desgraciadamente vemos lo que está ocurriendo en el momento actual o reconocemos, como decían Mario y Sonia, que toda la sociedad en definitiva es parte decisiva de lo que ocurre en el Estado. El Estado no es un ente malo al servicio de la horrorosa burguesía sino que es un ente creado también con la forma como los dominados manejamos nuestras contradicciones o reclamamos la solución de ellas. Quisiera en este momento lanzar una reinterpretación o una teoría original que he venido pensando gracias a las primeras inspiraciones de Mario, al respecto del poder. Ustedes se han dado cuenta que cuando la gente habla del poder es el otro el que tiene poder, el otro género, o el escalón burocrático inmediatamente superior. El poder nunca lo tiene uno. Yo sostengo que eso no es cierto. En relación a esto he tratado de defi-

nir cuál podría ser una definición más completa del término poder, que nadie lo ha podido definir en la literatura.

La única fuente de poder, según yo sostengo, es la materialidad de los cuerpos vivos de los hombres. Ahí radica el único y verdadero poder en la sociedad. Las relaciones de poder que se establecen, que es a lo que generalmente llamamos poder, son relaciones sociales que se basan en la expropiación del poder de los cuerpos vivos. Esta expropiación se manifiesta en decidir en qué forma se gasta la energía de cada uno de los seres humanos. No en términos de cantidad de energía sino en cantidad de seres humanos. De ahí es que si queremos tener poder, en esta definición voy a ahondar un poco más, se relaciona mucho con esta propuesta muy emotiva que hizo Mario al final, de estar juntos el mayor número posible y buscar cosas colectivas ya que esa es la expresión de poder. Decidir conjuntamente cómo gastamos la energía de nuestros cuerpos. Esta definición ubica el poder no en el polo del que supuestamente lo tiene sino en el de todos los hombres. Es decir invierte la relación. El poderoso no tiene poder, se apropia de él mediante mecanismos ideológicos o violentos que extienden un velo sobre las fuentes de poder. Una falsa conciencia que hace aparecer como dueño del poder al que realmente no lo tiene. El poder lo tendría de esta manera el pueblo. Pero el pueblo en cuanto a seres vivos. Todos y cada uno de los seres humanos vivos que habitualmente se los expropia mediante la cohesión y la falsa conciencia. La necesidad, el saber, el dinero, nos hacen ubicar al poder en el poderoso, cuando en realidad se trata de una explotación y una expropiación de nuestra energía vital. La democracia, en estos términos, no sería otra cosa que recuperar el poder del pueblo para el pueblo, en función de proyectos colectivos. No en una simple suma de opiniones individuales como se nos presenta desde una perspectiva del modernismo de occidente. No hay que olvidar que el ejercicio del poder comienza con el derecho de disentir. Pero la democracia pasa por el derecho a disentir en función de proyectos colectivos, no nada más por el derecho de disentir individualmente. Eso también se escamotea con mucha frecuencia. Yo no me puedo extender más a este respecto, pero los invito a que reflexionemos todos juntos en el ámbito de estas Jornadas sobre esta definición de poder. Quisiera sólo agregar una cosa más, todos los trabajadores de la salud actuamos directamente sobre la única fuente de poder de la sociedad. No sólo actuamos sobre el dolor y la muerte. Actuamos sobre el poder, sobre la fuente de poder. Podemos transformar esto en una acción positiva, si es que esta definición de poder se ajusta realmente a todas las críticas. Yo la estoy sometiendo, como una propuesta no terminada, a las críticas que surjan al respecto. Esa es una de las explicaciones del por qué la práctica de la salud y los médicos tienen tanto poder, como algunos dicen.

Tengo algunos comentarios sobre los tres niveles de los que Mario habló, los

cuales comparto casi totalmente, excepto la última. No comparto el que la formulación de las políticas sea el único nivel de globalización posible. Creo, y he aprendido recientemente que tal vez más que la formulación de las políticas, en términos de poder es la implementación de las mismas y que muchas veces nos despistamos muchísimo en el campo de la formulación, que no por eso es menos importante. No hay política por más bien formulada que no tenga la resistencia, sino genera sus propias estrategias. Sino cuenta con las energías de los cuerpos humanos; sino es un proyecto democrático, compartido, no hay política de salud que funcione. Sea quien sea el que la propone. Cuando digo sea quien sea no es a nivel de desprestigiar la política neoliberal, que se puede luchar contra ella, sino también haciendo resistencia a través de su implementación. Y la resistencia se hace a veces inconcientemente. Sólo dos palabras más acerca de la referencia que hizo Mario a la vida cotidiana. Todos recordamos la época en la que la sola mención de la palabra vida cotidiana, era causa de acusaciones despectivas sobre el carácter pequeño burgués de la preocupación. La realidad nos ha llevado a retomarla debido a su casi destrucción en el momento actual. La lucha por la salud debe pasar necesariamente por la dignificación de la vida cotidiana. La recuperación de las relaciones solidarias, el tiempo libre con alternativas humanas para su uso, la felicidad del amor y el buen humor, son elementos necesarios para la salud y el desarrollo de las potencialidades humanas. Tendríamos que pensar en una sociedad que garantice esas condiciones, sin anular ni negar la riqueza de cada individuo. Sin negar que esto se hace sobre contradicciones. De repente nos han borrado las contradicciones.

Como reflexión final, sólo quiero mencionar que concuerdo plenamente con Mario respecto al papel de la historia y la necesidad de construirnos como sujetos históricos autoconstruibles, pero difiero en que las contradicciones que él señala como aparentes, que no las tocó ahora, pero señala en el texto, a mí me parecen reales y fundamentales para el avance. Sigo considerando que las contradicciones son el motor de la historia y sostengo que tenemos que aprender a construir una sociedad y a nosotros mismos mediante una reconciliación que no niegue las contradicciones sino que las supere para generar otras nuevas. Debemos buscar las contradicciones, conocerlas, superarlas y no negarlas en una reconciliación superficial. La modernización vigente no es la única posible, es nuestra responsabilidad colectiva el comenzar a definirla.

Por último, quiero referir una frase escrita por Hugo Semelman, que es muy sugerente. Dice: "lo anterior, al hacer historia política, supone la organización del conocimiento histórico a partir de las exigencias determinadas por los proyectos de construcción social. Ello da como resultado la subordinación del pensamiento teórico e ideológico al momento histórico que contiene las potencialidades de futuros posibles. Lo que nos lleva a la apropiación de la realidad a tra-

vés de análisis, de acciones y proyectos ubicados en el interior de un horizonte histórico pero no de un esquema teórico". Esta cita nos abre el camino para pensar en la realidad, sin tratar de reducirla a una teoría. Al igual que los planteamientos de Mario que incitan a pensar sin miedo para transformar una realidad. Aceptemos la invitación. (*Aplausos*).

Pregunta: Sobre el concepto de crisis, ¿se puede ampliar un poco más?

Dra. Catalina Eibenschutz: Que esta crisis es distinta a las demás y a lo que se aceptaba como la teoría de las crisis, porque fue una crisis que le llamaron con estagnación. Sin meternos en los elementos de la crisis social que señala muy bien Mario como crisis económica. Fue una crisis que no tuvo sobreproductividad, como había pasado con las crisis anteriores. Fue una crisis sin inversión, acompañada de una falta de producción, además de todas las otras cuestiones. Fue una crisis que no significó el empobrecimiento de ciertas capas de la sociedad. Cuando se habló de la crisis del 29, fue una crisis capitalista global de la sociedad, como lo fue en Europa en los años treinta. En este momento no fue en ninguno de los países donde la crisis ha afectado profundamente, una crisis global de la sociedad, fue una crisis muy selectiva. No fue acompañada con aumento de la producción, no se resolvió a pesar de que había un aumento del enriquecimiento, no se produjo un aumento de la inversión. Es una crisis de características bastante similares. De todas formas no soy tan especialista en crisis, si alguien más quiere ampliar al respecto, pero estos son rasgos que la diferencian de las crisis anteriores.

Preguntas: Considerando los cambios en las estructuras sociales, especialmente en la clase obrera, ¿piensa usted que a la misma le cabe un rol trascendente como protagonista en la construcción de un nuevo sujeto histórico de cambio? El Mercosur ¿puede ser alternativa de desarrollo latinoamericano con perfil propio, o es sólo hacer una "vaquita" contribución general para pagar la deuda común? ¿cree usted que existe democracia sin justicia social? ¿qué comprende por democracia?

Lic. Sonia Fleury Teixeira: Empezando por la última en relación con la democracia, hay una definición formal de democracia que es que la alternancia del poder se establece por reglas claramente definidas. Y que no hay nada que impida a la gente llegar al poder. Esa es una definición formal de democracia que es la más sencilla y la más usada por los politólogos. Eso no implica necesariamente justicia social. Puede haber un gobierno autocrático que llegó al poder por un golpe militar y que podría ser por alguna razón más justo, más socialmente dis-

tributivo, que otro que haya llegado al poder a través de un proceso democrático. Hay un proceso democrático, pero sus resultados no son democráticos. Esta es una definición formal de democracia como proceso, pero la historia ha mostrado situaciones en que los procesos son democráticos, la alternancia del poder ha generado condiciones para que los sectores populares se organicen y pasen a exigir de sus gobernantes una justicia social mayor. Entonces, este proceso puede ser definido, sin que esta definición implique justicia social en una definición formal. Pero el proceso histórico ha mostrado que es propicio para una justicia social mayor.

Con relación a los cambios de las estructuras de la clase obrera, creo que nunca se ha pensado que ésta tenía un rol aisladamente, siempre se pensó que ella tenía que pactar, que generar una relación de fuerzas frente a las otras clases que estaban hegemónicas por la burguesía o por el latifundio. Se pensaba en un bloque de clase obrera y campesinos, pero ésta creo no es la situación que se plantea ahora. Hay otra posibilidad, que es el rol de las capas medias. El capitalismo cambió específicamente en nuestro caso, las políticas sociales hicieron una profunda transformación en la estructura de los trabajadores sociales. Estos son trabajadores de capas medias, pero muy sensibles a las cuestiones de los trabajadores obreros. Y que pueden ser aliados de importancia si no son aislados, sino son tratados como enemigos. Pueden ser aliados por la proximidad por su objeto mismo de trabajo, por la proximidad con las cuestiones que vive la gente que está dominada y oprimida. Este es un fenómeno más moderno, creo que el término de bloque obrero-campesino no puede ser usado hoy. Pero la cuestión no debe colocarse sólo como una cuestión de clases sociales, hay otras segmentaciones de la sociedad que tienen que ser incorporadas por esos bloques progresistas de trabajadores. La cuestión de las mujeres, por ejemplo, es una cuestión de género y tiene que ver con la cuestión de clases, pero no se reduce a esta cuestión. La cuestión de las fuerzas destructivas tiene que ver con el capital, pero no se reduce a la acumulación capitalista. Hemos visto que los países socialistas fueron los que más contaminaron el mundo. Entonces, hay cuestiones que están involucradas en la lucha de clases, pero que no pueden ser reducidas a la lucha obrera. Mientras la clase trabajadora en general, puede hacer alianzas amplias, tener entre sus consignas luchas que le permitan defender las cuestiones de la clase, creo que puede ser el sujeto histórico del cambio.

En cuanto a si el Mercosur puede ser una alternativa válida para el desarrollo latinoamericano, creo que la realidad impone cuestiones objetivas, incluso para su transformación. Cati, me provocó cuando dijo que hay un proyecto que no viene de la sociedad latinoamericana, sino que viene de afuera. Pienso que hay un lugar para América Latina, no sé si un proyecto, pero si hay un lugar de desheredados pero que tiene importancia. Un lugar en el que América Latina hace

parte del dominio político de Estados Unidos, más que del dominio económico. Yo no creo que la acumulación capitalista vaya a pasar necesariamente por América Latina. Pero el capital político-ideológico que América Latina representa para los Estados Unidos es muy importante. Incluso, es importante porque la división del mundo hoy, es muy interesante. Antes teníamos una división política y económica. Teníamos el bloque de los Estados Unidos, el bloque capitalista, por un lado y el bloque socialista por el otro, en competencia ideológica y política, pero también había una base material. Hoy no es así. Tenemos a los Estados Unidos como el gran dominador del mundo, que maneja todas las coordenadas. En la guerra del Golfo, mostró con claridad quién manda en el mundo. Pero desde el punto de vista de la acumulación, hace años que pierde, frente a los japoneses, los asiáticos y países europeos como Alemania. Hay una clara contradicción entre la reproducción del capital y la reproducción de la dominación política. En este sentido, creo que el rol que América Latina tiene para los Estados Unidos, en cuanto a su dominio político e ideológico es extremadamente importante. Por eso el Mercosur puede ser importante para nosotros. Podemos constituir una base objetiva para actuar en esa contradicción que se establece en el lugar de los Estados Unidos dentro de la configuración mundial y el lugar subordinado pero contradictorio que está reservado a los otros.

Pregunta: En el día de ayer y hoy nuevamente, en la exposición de Mario Testa se hizo referencia a la falta de cobertura periodística de estas Jornadas, por parte del diario *La Nación* y se dijo "cómo seremos de marginales que ni figuramos en ese periódico de la derecha". ¿No será que somos marginales porque se reconoce y se concede a *La Nación*, a la derecha, la función de definir quién es marginal y quién no? Es que para tener identidad, frente a aquellos adversarios, frente a los que se desea existir, nos pongan en el lugar de la existencia?

Dr. Mario Testa: El problema tal como yo lo veo, es que si uno se refiere a problemas sociales, no tiene existencia el que quiere, sino el que puede. La referencia a aparecer o no en *La Nación* o en cualquier otro medio de comunicación, es efectivamente, un reconocimiento de existencia, pero este reconocimiento de existencia no se da, para usar un término que proviene de la reflexión filosófica, no se da en sí. No tiene existencia porque nos reunamos aquí y discutamos ciertos problemas. Socialmente no existimos, sino en la medida que nos ganamos el derecho a existir. Voy a poner un ejemplo que quizás sea más fácil de percibir. Un problema no existe socialmente, sino en la medida que haya la capacidad de ser problematizado. Para ser todavía más específico, si en algún lugar de este país existe en este momento, una tasa de mortalidad del 80 por mil, y no me cabe

ninguna duda que en muchos lugares de este país debe existir una tasa de mortalidad del 80 por mil, eso no es un problema, lo cual cualquier epidemiólogo me diría que es una barbaridad, pero yo digo que no es un problema social sino en la medida que haya un grupo social con la capacidad, la fuerza y el poder suficiente para decir acá hay un problema y que eso no pueda no ser oído por el conjunto del Estado. Esta es la cuestión. Entonces nosotros podemos reunirnos, decir cosas muy importantes, pero no existimos en la medida que no consigamos constituirnos como actor social. Yo no estoy de acuerdo con lo que decía ayer una compañera que dijo "nosotros somos parte del Estado", nosotros no somos parte del Estado sino en la medida que nos constituyamos como un actor del Estado. Podemos decir que estamos haciendo esfuerzos para constituirnos en un actor del estado, pero no lo somos. Y como no lo somos no aparecemos en *La Nación*. A mí no me gusta aparecer en *La Nación* porque generalmente dicen cosas horribles de mí. (*Risas*). Pero en este caso, creo que será bueno que apareciéramos. Este es un derecho que debemos ganarnos y lo ganaremos en la medida en que nos constituyamos como actores sociales del Estado. Esto quiere decir, en términos más precisos, en qué tengamos conciencia de quienes somos, de qué es lo que somos y nos organicemos para expresarlo.

Pregunta: ¿Podríamos profundizar sobre los trece pecados capitales? Sobre todo ver el impacto o la fuerza con que se ha modificado y se está modificando nuestra ideología y nuestra cultura.

Dra. Catalina Eibenschutz: Sí, efectivamente, yo vengo hablando hace un tiempo de que estamos en la Edad Media moderna, donde hay una sola manera de ver el mundo, una sola salida que es la neoliberal que casi nos tienen convencidos a todos por la vía de los hechos y por nuestra relativa incapacidad de ver, ante la situación real del mundo, por donde podemos generar nuevas alternativas, pero mal que bien nos han puesto a los asalariados la bota en el cuello hasta matarnos de hambre. Por lo menos en México, una vez que nos tuvieron muertos de hambre, nos venden un modelo como el único posible que es el de los estímulos al trabajo donde el salario cambia de función. El salario no está pensado en la nueva modernidad, como aquel que garantiza las condiciones ínfimas para ser explotados por el capital. Garantiza una serie de cosas y el resto se garantiza creando una sociedad meritocrítica, en base a lo bien que se porte esta sociedad; y por la vía de los hechos la mayoría de nosotros hemos ido aceptando esta forma de sobrevivir. Si se investiga, se dan estímulos; si se publica, se dan estímulos y si se publica en el extranjero, se dan más estímulos. Ahora, si se publican dos por año, o sea, investigaciones muy superficiales o que ya estaban hechas antes, se dan todavía más estímulos. Eso es lo que yo llamo una sola forma de

ver las cosas. Todo esto se traduce en una nueva ideología y en una nueva cultura. Y si, ojalá salgamos pronto de la Edad Media, en menos tiempo de lo que fue el Renacimiento europeo. Como las cosas van tan rápido es de esperar que nosotros también.

Pregunta: Gracias por la nueva óptica del poder. Para la gente que puede entender el ajuste como único mecanismo, Mario dijo que las hay, pregunto si no hay riqueza sino sólo miseria, ¿por qué no nos la distribuimos con más equidad y justicia de forma que nos toque a todos por igual?

Dra. Catalina Eibenschutz: Es una linda pregunta. Ojalá pudiéramos distribuirla así. Para resolver la inequidad, hay que ser inequitativo. Si lo que vamos a hacer es distribuirla miseria, entonces si nos va a tocar más miseria a los que menos tenemos y menos a los que más tenían y ser profundamente inequitativos. Hasta el momento actual, toda la historia nos enseña que éste no es un problema de moral. Ojalá fueran todas buenas intenciones. A veces en nombre de las mejores intenciones y con buenas intenciones se han hecho las mayores barbaridades de la historia. Es difícil hacer sociedades equitativas. Ya sabemos que la sociedad capitalista es terriblemente inequitativa e injusta. Estamos ahora ante una realidad, que la sociedad socialista que nos garantizaba esa equidad, también fue inequitativa. O debemos esperar un poco más de tiempo a ver si es cierto que fue inequitativa. Lo que si está claro es que no es un problema de moral. Diría que no es tan inmoral ni tan injusto pretender superarse y me parece terrible decir que nos repartamos la miseria. Quisiera que nos repartiéramos la riqueza, porque además sostengo que no somos tan míseros como nos dicen que somos.

Pregunta: Al hablar de poder y desde esta nueva óptica de energía, sin desconocer la expropiación del poder en las relaciones tradicionales de clase y género, ¿no podríamos buscar en la marginalidad, entendiendo como tal estar al margen de los espacios de expropiación, un desarrollo democrático como proyecto colectivo del poder de la marginalidad. Sin estar tratando siempre de dialogar, en desigualdad de fuerzas, con los espacios tradicionales de dominación?

Dra. Catalina Eibenschutz: Yo estoy en desacuerdo con esta pregunta. Creo que generar el poder de la marginalidad, es hundirnos más en la marginalidad. Hay que generar un proyecto de poder, a lo mejor desde la marginalidad, si alguien se quiere asumir como marginal, para discutirlo en un espacio democrático con el conjunto de la sociedad. Estoy de acuerdo con lo que dijo Sonia hace un rato sobre la democracia, pero dejemos de hablar de democracia de la pareja, és-

ta tiene que ver con el conjunto de la sociedad, con proyectos colectivos. No entiendo un proyecto democrático visto desde la marginalidad para resolverse en la marginalidad. Los proyectos democráticos tienen que ver con el conjunto de la Nación. Sólo agregó a lo que dijo Sonia, con lo que estoy totalmente de acuerdo, es el asunto de que no son los proyectos los que son democráticos. Lo que es democrático es la forma de ejercerlo, la forma de buscar el consenso. No hay democracia sin espacios democráticos, donde se enfrenten, se discutan, se debatan diversos proyectos que se autodenominan democráticos. Cualquiera de nosotros que nos consideramos democráticos, vamos a decir que nuestro proyecto es democrático. La historia nos da algunos ejemplos. La forma de imponerlos es lo antidemocrático, pero además el proyecto en sí no tiene característica de democrático o no. Un proyecto constituido es más o menos justo, pero no más democrático. La característica de democrático es la forma de ejercicio de poder que conlleva ese proyecto y la forma de discusión que conlleva.

Pregunta: Según la definición de poder, el equipo de salud se apropia del poder individual de las personas a las cuales debe servir aunque sea momentáneamente. Pasamos a ser poderosos o esclavos de los poderes individuales, en cualquier caso, ¿cómo se canaliza nuestro poder vital?

Dra. Catalina Eibenschutz: Quiero recordar que no es una definición de cantidad, sino de individuos que consumen su energía de otra manera. Cuando el equipo de salud se apropia del poder individual de las personas, está actuando como habitualmente actúa en la práctica social de la salud. Lo que daría un cambio más democrático, aunque les suene ridículo, es que la comunidad o el resto de las personas, se apropiaran y decidieran sobre la forma con que el equipo de salud gasta su energía. En otra ponencia que voy a participar, sobre educación, planteo que toda la educación, también en el marco de la modernidad es una educación culpabilizadora del paciente. Nunca se le ha enseñado al paciente y no lo hemos logrado tampoco en los espacios de lucha democráticos, a exigir. Yo no veo por qué los pacientes tienen que saber tanto de salud en nuestro caso y cómo se transmiten las enfermedades, de arquitectura para construir su propia casa, de plomería para constituir el drenaje. Resulta que la pobre gente que forma la comunidad, que son comunidades reprimidas, tienen que saber de 20 mil cosas para sustituir "a"... Creo que tiene que definir como ese "a" de los servicios utiliza sus conocimientos para beneficios de ellos, que es un cambio sustancial. En este sentido, será la población la que se apropiara de la forma como gasta su energía el cuerpo de salud. Déjenme decirles de partida que no es nada fácil para el equipo de salud por más democrático que sea.

Pregunta: La clase trabajadora hoy sigue siendo el actor histórico del cambio ¿o quizás deberían ser llamados mejor actores sociales?

Lic. Sonia Fleury Teixeira: Si no comprendí la pregunta, el compañero puede traducirla. La pregunta apunta a los nuevos actores sociales, al rol de la clase obrera y la mediación corporativa desde los sindicatos obreros hasta el Estado, como se plantea esa mediación. Creo que el hecho de que en América Latina el corporativismo de la clase obrera y su relación con el Estado sea tan marcada, no es una cuestión de bondad o maldad de la clase obrera, sino es una cuestión estructural del tipo de capitalismo que tenemos que genera una clase obrera tan fragmentada, con divisiones tan marcadas que las clases ms homogéneas, pueden considerarse como una clase nacional y hacer pactos de tipo nacional. Pero una clase como la que nosotros tenemos, con segmentaciones tan profundas, genera una perspectiva corporativa. Se puede ver que incluso comparativamente los países de América Latina tienen distinciones muy importantes. Los países con las clases más homogéneas aunque corporativas, extendieron los beneficios sociales de una manera más universal. Estos son Argentina, Uruguay, Chile, México, Brasil, pero también tenemos corporativismo, tenemos una estructura de bienestar social más pobre y más segmentada porque es un reflejo de la misma clase obrera.

Creo que lo importante que se está planteando es que los individuos se pueden organizar de otras maneras y no exclusivamente en la forma sindical. No podemos absolutizar la cuestión sindical, incluso en países donde parte de la clase trabajadora no se puede sindicalizar porque está en el mercado informal de trabajo. En países como Brasil, por ejemplo, que el 50% de la clase obrera no puede sindicalizarse porque no pertenece al mercado formal de trabajo, la izquierda no puede absolutizar la forma sindical como única forma de expresión de los intereses políticos. De esta forma quedaran al margen una parte significativa de la clase trabajadora. Por eso creo que los nuevos actores sociales, los movimientos barriales, los movimientos de mujeres, de vecinos, ellos tienen la capacidad de poner en la escena política una parte significativa de la clase trabajadora, que no podía ser representada por la forma que se usó en Europa. Allí sí, la forma sindical representaba a toda la clase trabajadora. Para nosotros es una forma extremadamente importante que tiene características políticas muy duraderas, pero en nuestro caso deja al margen una parte significativa de trabajadores. De esta forma sólo puede ser corporativa. Creo que una unificación entre los sindicatos, los partidos y los nuevos actores sociales puede ser un aporte importante para romper las mediaciones estrictamente corporativas.

Preguntas: ¿Cómo se puede actuar coherentemente frente a la realidad y

elaborar programas y ponerlos en práctica, como por ejemplo la planificación familiar, cuando estructuras fuertes como la iglesia se oponen ejerciendo el poder sobre las políticas sanitarias? ¿Beatriz Sarlo sostuvo que si los socialistas de fines del siglo XIX fueron excelentes editores, los de fines del siglo XX deberíamos ser excelentes comunicadores sociales, fundamentalmente de la televisión. Bajo la organización capitalista, la libertad de prensa es libertad de propiedad de los medios de prensa. ¿Cómo pueden las fuerzas progresistas acceder a los medios de comunicación, en países que como los de América Latina éstos están en manos de los sectores más reaccionarios de la sociedad? ¿Cómo luchar contra la poderosa acción de los medios de comunicación?

Dr. Mario Testa: Yo creo que son preguntas que van en la misma dirección que la anterior y la reflexión que me provoca es similar a la que hice antes. Creo que la cuestión esta en torno de cómo se constituyen los actores sociales, como se transforma este grupo en un grupo que deba ser oído cuando dice algo, a nivel del Estado, a nivel de esta articulación de distintas fuerzas sociales que son las que debaten la política. Todo lo que podemos decir aquí es muy interesante, ¿pero cómo transmitimos? esta es la cuestión. Esto tiene que ver no sólo con los medios de comunicación social, sino que tiene que ver en qué medida somos un grupo que debe ser oído. Esto es una cuestión que nadie nos la va a regalar. Depende de nosotros y de características muy específicas, como quienes somos nosotros, qué es lo que hace que nosotros seamos un grupo. Es fácil decir que somos un grupo porque venimos a las Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Eso no es suficiente para constituirnos como un actor del Estado. No somos un actor del Estado, pero sí somos un grupo que tiene algún nivel de intereses que nos homogeniza, que nos unifica. Por eso estamos aquí. Creo que Sonia lo decía recién con mucha claridad cuando se refería a la clase obrera. Qué es lo que constituye a la clase obrera como clase. Son los intereses homogéneos que son gestados a partir de una cierta realidad. Ella decía en Europa, la clase obrera es distinta a la de América Latina, porque allá estuvieron sometidos a una presión similar a través de una historia que fue similar para todos los que se iban transformando en estos obreros manufactureros, en obreros industriales. En América Latina es distinto lo que pasa con la gente de las ciudades y la del campo; lo que pasa en los polos de desarrollo y en los de no desarrollo; lo que pasa con las etnias, ayer una de las personas que intervino es de la comunidad mapuche. Entonces, que tienen que ver los mapuches con los porteños. Es decir, hay una fragmentación tan fenomenal que es difícil reconstruir una unidad de grupo que nos dé la fuerza, la organización y la conciencia para ser este actor social que queremos ser. Tenemos vocación de actor social. Cuando consigamos serlo, cuando

estemos organizados, cuando hayamos entendido los problemas de los otros que forman parte de nuestro grupo, recién entonces podremos tener acceso a los medios de comunicación. El problema no son los medios de comunicación de la derecha, el problema son los medios de comunicación de la izquierda que tampoco nos dan pelota. Acá tenemos una cuestión muy clara. No tendremos acceso en la medida que no hayamos logrado construirmos de esa manera. Acá hay un problema de constitución y ahora le puedo dar respuesta a un comentario que hizo Cati antes, este problema de constitución de los actores sociales, es el problema que nosotros tenemos por delante. Es el problema fundamental de nuestro debate. Por esta razón apelé a Piaget, en algún momento, porque él explica con mucha claridad a través de su trabajo de 40 ó 50 años estudiando la psicogénesis y la epistemogénesis infantil. Efectivamente, esto es lo que nos hace entender cómo ese ser se transforma en un sujeto. Y Piaget llega hasta la adolescencia y de allí no pasa. Nunca estudió gente que pasara los 13 ó 14 años y justamente dice Cati, nosotros somos adultos. Sin embargo, el proceso de transformación en el que estamos involucrados, sigue las mismas líneas de desarrollo que Piaget marcó. Será muy difícil en este momento, profundizar este tema. Pero creo que es en esta búsqueda de la construcción, la autoconstrucción de los sujetos, sea a nivel individual o colectivo, donde se encuentran los secretos de por qué tenemos o no acceso a los medios de comunicación; tenemos o no cierta capacidad de gestar ciertas políticas; de influir sobre los problemas que es la búsqueda que estas Jornadas y otras reuniones como estas están intentando. Es la búsqueda que hace el MOSIS y otros movimientos que se gestan en todo el país. Insisto entonces, es esta construcción la que permite entender cómo se accede a estas diversas expresiones que son las que nos permitirán en el futuro construir políticas alternativas.

Dr. Horacio Barri: Cuando ayer hablábamos de la necesidad de la organización, el primer problema a superar, me parece, es ese inmediato sentido de *ghetto* o secta que le damos a las organizaciones. Ese crecer para adentro y no para afuera. Lo lanzo como comentario personal con respecto al tema de los medios de comunicación, porque a veces no solo ocurre que no nos dan pelota, sino que tampoco nosotros les damos pelota o partimos de un prurito anterior. Llegamos a acordar con el medio en los términos que suponemos que es el medio y lo tomamos como una cosa homogénea. El medio tiene contradicciones internas que se expresan también en las fuentes de poder que son los trabajadores de ese medio, que hacen bastante para superar la esquizofrenia que les provoca dar los mensajes que algunos tienen que dar e incorporar estos mensajes que algunos tienen que dar. Habrá que discutir si este tipo de mensaje que queremos dar está dicho de la forma correcta. Me parece muy importante que lo reflexionemos dentro del marco de estas Jornadas. Habrá un espacio para esto. Habrá que ver el tema de la

difusión de estas Jornadas, cómo la hacemos. Hay un grupo de compañeros en los medios que intentan nuestra difusión. No debemos considerarlo como una cosa homogénea. Debemos abrir canales para salir de los *ghettos*.

Pregunta: Esta dirigida a toda la mesa. En el estado de diáspora en que se encuentran las fuerzas populares y progresistas. ¿Es posible pensar que en el mediano plazo puedan crear una alternativa que confronte dentro del marco democrático, con el proyecto neoconservador vigente, con éxito?

Dra. Catalina Eibenschutz: Si no lo creyera, no estara aquí. Creo que de esta forma se contesta la pregunta.

EL HOSPITAL PUBLICO: SU SITUACION EN EL MARCO DE LA CRISIS

Mesa redonda

COORDINADORA:

Silvia Chiarvetti

Presidenta de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires

PANELISTAS:

Lic. Carlos Casinelli, Secretario Adjunto ATE-Cap. Federal

Dr. Alejandro Chames, Colegio de Bioquímicos y Farmacéuticos de la Cap. Federal.

Dr. Luis Migueles, CONAMER (Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud).

Dr. Giglio Prado, Comisión Interhospitalaria del Conurbano y Provincial - CICOP -

Dr. Pedro Villa, Asociación de Profesionales de la Salud de Salta- APSADES-Salta.

Dr. Enrique Visillac, Presidente de la Asociación de Médicos Municipales.

Lic. Silvia Chiarvetti: El tema del hospital, para la mayoría de nosotros, es un viejo tema que nos ha ocupado ya mucho tiempo hablando de él y participando en actividades y reuniones acerca del mismo. Sin embargo, el hospital público contextualizado hoy, en el marco de la reforma del Estado y la política de ajuste ha visto agravada seriamente su situación.

Por otra parte, la crisis que soporta el país en toda su dimensión y en algunos de sus aspectos más crudos como la desindustrialización, la caída del salario real, la subocupación y la desocupación han agravado el quiebre del sistema de Seguridad Social, demandando, por lo tanto, nuevos sectores de población exigencias al hospital público. Entonces el hospital, a mi entender, jaqueado entre ésta polí-

tica del Estado que tiende a desligarse cada vez más de él y al mismo tiempo, exigido en nuevas demandas por vastos sectores de la población debe encontrar una respuesta y una redefinición. Y esa redefinición, quién puede producirla?

Nosotros pensamos que esa redefinición es producto de la participación de los distintos actores sociales que discurren en el hospital público. Hoy esta mesa está integrada por algunos de esos actores sociales pertenecientes a organizaciones sindicales y profesionales, que si bien no claudican de sus principios de defender los intereses propios del sector al que pertenecen, no olvidan tampoco que el sentido más profundo de las organizaciones intermedias implica el bien común. En nuestro caso, la salud como bien social. En ese sentido yo quera decirles también, que según dicen los manuales de dinámica de grupo, una mesa redonda está integrada por miembros que tienen posiciones divergentes y opuestas, es decir que en general se organizan, algo así como dos bandos, y que las mesas redondas son elegidas con ese criterio, es decir que sus integrantes saben que van a oponer y confrontar posiciones. Yo creo que ese no ha sido el criterio con el que esta mesa ha sido elegida. Entiendo que aquí va a haber disenso, diferencias, puntos de vista distintos, ópticas propias de cada uno de los sectores pero creo que también va a haber acuerdos, entendimientos, pensamientos y preocupaciones compartidas. Si algo de esto sucede, bueno, creo que no habremos cumplido con el mandato de la mesa redonda, pero sí quizás habremos aportado algo a la reconstrucción del tejido social.

Lic. Carlos Casinelli: Me ha tocado romper el fuego, vamos a ver si le ponemos un poco de calor a esta reunión. La gran tentación que se presenta en estas oportunidades es hablar solamente desde el lugar que uno ocupa, desde el lugar del trabajo específico. De qué mal que estamos, cuánto nos cuestan las cosas y qué ingratitudes a veces se reciben, sobre todo desde un lugar tan sensible como son los lugares donde pasa la vida y la muerte. Pero entendemos que eso solamente sería insuficiente. Que alcanzaríamos la satisfacción de haber socializado todas nuestras carencias, que haríamos un excelente ejercicio de catarsis, pero que habría sido mucho el esfuerzo y poco lo que nos llevaríamos. La idea es aceptar el desafío, desglocalizar la situación por la que atravesamos nosotros y los trabajadores en su conjunto, definir el marco de la crisis para luego describir y analizar el hospital y su crisis, desde lo concreto, desde lo tangible, porque esta crisis como la padecemos la conocemos muy bien. El objetivo, por lo menos impuesto desde ATE y transmitido por mí, será desmitificar algunas de las tantas mentiras de esta política neoliberal, con la que nos despertamos a la mañana y nos solemos dormir a la noche. Tres mentiras que se podrán sintetizar con una primera, que es invocar la crisis para explicar absolutamente todo; segunda mentira: a partir de la crisis decir que, como hay crisis, no hay plata, y que por eso

estamos como estamos, y la tercera mentira, que sintetizaría a las otras dos, será que en virtud de que hay crisis, y porque hay crisis no hay plata, es necesario este ajuste.

Primera mentira entonces, invocar la crisis para explicar y justificar todo lo que se hace. Lo primero que consideraríamos es que esta crisis, que de verdad existe y en grado sumo, no es neutral, no le pega a todos por igual. Hay una mayoría que debe hacer todos los deberes y una minoría que puede gozar de todos los derechos. La crisis además no es inocente, no es que vino porque vino, llegó, se quedó y nadie la puede explicar, sino que esta crisis tan real de inocente no tiene nada: es dolosa. Esto significa que hubo una decisión política de producir esta crisis como una forma determinada de acumulación. Y esto no es retórica, esto se refleja en la estructura socioeconómica que tiene nuestro país, que no es una estructura socioeconómica cualquiera. Es una estructura que nos demuestra palmariamente cómo se reparte y cómo se distribuye en este modelo; es una estructura que nos muestra, que si dividimos la población de a 10%, podemos encontrar, con datos objetivos y técnicos que el 10% de la población que tiene mayor nivel socioeconómico se queda para sí, se apropia, del 35% del ingreso nacional. Que si a eso le sumamos las dos capas que le siguen, esto significa que el 30% de mayores recursos en este país se queda con el 65% de la riqueza nacional. Y si miramos hacia el otro extremo, vamos a observar que el 20% de menores recursos, solamente se queda para sí con el 4,8% de esa misma riqueza. Es hora, también, de desmitificar el tema de la torta, que la torta se achicó: en realidad la torta sigue siendo siempre la misma, lo que ha cambiado es la distribución de esa torta. Esa cosa que separa al capital del trabajo y que en el año 1954 les daba —nos daba— a los asalariados el 51,5 de ese Producto Bruto Interno, de toda la riqueza que en este país se producía, ha descendido dramática y tristemente a alrededor del 20%. Quiere decir que, a igual tamaño de la torta, nosotros los asalariados nos quedamos, de todo lo que producimos, solamente con el 20%.

Esto demuestra que, invariablemente, la mayoría postergada se pauperiza todos los días a partir de hechos muy primarios, pero también muy vitales. Vitales porque nos habla del trabajo, de la educación, del salario, de la calidad de vida, del vivir. Y a modo de ejemplo y muy rápidamente: esta crisis, en este marco, y en este contexto de esta distribución, nos habla de que, por ejemplo, uno de cada tres argentinos en situación o en condición de trabajar, o no tiene trabajo o su trabajo no le alcanza para sobrevivir. También nos habla de que hoy existe el 35% menos de obreros en la industria manufacturera con respecto a 1970; significa que 21 años después tenemos el 35% menos de obreros, pero como la población, en términos vegetativos, ha crecido, significa que ese porcentaje de disminución de obreros se puede sintetizar en alrededor de un 40%. La producción in-

dustrial hoy es similar a la de 1970, pero teniendo en cuenta también el mismo parámetro de crecimiento de la población, podemos decir que hoy producimos menos que hace 21 años.

Existen 15 millones de personas con serios problemas de vivienda. Esto significa el 45% de la población argentina que, o no tiene vivienda o vive en pésimas condiciones. Encontramos 14 millones de argentinos, esto es un 42%, sin agua potable; 21 millones de argentinos, 64% de la población, sin red cloacal. Recordemos que la Argentina fue el primer país latinoamericano que construyó una red de servicio cloacal, y hoy se encuentra en el número 14 en Latinoamérica. En Formosa, el 91% de las enfermedades que padece la población tienen un origen hídrico, esto es, relacionado con el agua. Y en Florencio Varela, partido que cobija a 300.000 habitantes, —acá nomás, a 40 minutos del Obelisco— solamente el 10% de la población tiene agua corriente y solamente el 7% tiene cloacas. El salario medio de la administración pública cubre del 15 al 18% del valor de la canasta familiar. Hay 10 millones de argentinos que, según lo definen los técnicos, tienen las necesidades básicas insatisfechas, esto es: viven mal y tienen hambre. A tal punto que el INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) ha tenido que inventar una nueva clase de pobres: ya no solamente existen los pobres estructurales, aquellos que nacen pobres y posiblemente morirán pobres, sino aquella clase marginada, empobrecida que teniendo condiciones, posibilidades y potencialidades para vivir mejor, hoy se encuentra marginada y tocando la miseria. Es aquella parte de la comunidad que, teniendo un auto, no lo puede usar porque no puede comprar la nafta; teniendo vivienda propia tiene que cerrar habitaciones porque se caen; teniendo estudios tienen que trabajar de cualquier otra cosa distinta de su profesión y que tienen que hacer abandonar a sus hijos la escolaridad porque no la pueden mantener. Esa es la nueva clase que existe en la Argentina.

En 1953, el consumo de leche por año por habitante era de 95 litros. En 1987, eso bajó a 45 litros por año y por habitante. Esto significa que descendió más de la mitad, con todo lo que implica el consumo de leche en el organismo humano.

El abandono estudiantil es otro reflejo más de la crisis y de cómo se desenvuelve. Hace dos meses, un funcionario de Sanidad Escolar presentó un informe en una conferencia de prensa que decía que el 50% de los alumnos que comienzan la escuela primaria no la terminan, que del 52 al 58% de los alumnos que empiezan la secundaria no la terminan, y que del 60 al 75% de los que empiezan la terciaria o la universitaria tampoco la terminan, y esto se debe al descenso de la calidad de vida. Como último dato, en el marco global, la Municipalidad de Buenos Aires informó que en 1990 el año había cerrado con un dato muy escalofriante para la tercera edad: más del 30% de sus miembros estaban desnutridos o

mal nutridos; a esto habría que agregar la tercera edad en el conurbano y en el interior.

Todo esto es a modo de ejemplo de que la crisis no está repartida: está concentrada en quienes, justamente, nos quedamos con la menor porción de la riqueza nacional.

La segunda mentira es que, partiendo de la base de que hay que aceptar la crisis en los términos del sistema dominante, esto lleva invariablemente a la falta de dinero, respuesta habitual de cuanto funcionario entrevistamos para reivindicaciones diversas. Y esto es mentira. No solamente es mentira en distintos ámbitos nacionales, sino que particularmente es mentira en el área de la salud. En la Argentina el gasto en salud se estima en alrededor de 6.000 millones de dólares, cifra que no es para decir ;“cuánta plata!”, pero tampoco es para decir que no significa nada. Significa una porción considerable de dinero que, *per cápita*, alcanza los 184 dólares por habitante por año. Ahora, el tema es ver adónde va esta plata, cómo se gasta y quién la financia. Respecto de dónde va, el cálculo que hacemos es que dividimos los sectores —o los subsectores de la salud, aclarar— de acuerdo al número de camas, y encontramos que el subsector público —hospitales, centros de salud y dispensarios— junto con el sector de las obras sociales tienen, conservan o mantienen, son responsables del 70% de las camas hospitalarias en el país. El subsector privado, por razones obvias, conserva solamente el 30% de las camas. Lo lógico sería pensar que el gasto en salud está repartido en proporciones similares. Sin embargo, es inversamente proporcional: el sector salud y obras sociales, con el 70% de las camas, gasta el 30% del gasto en salud, y el sector privado, solamente con el 30%, se apropia del 70% de los 6.000 millones de dólares. Y más grave aún es ver cómo se financia esto. En 1986, la Argentina destinó casi nueve puntos del Producto Bruto Interno a los gastos en salud. Es interesante ver cómo están compuestos esos nueve puntos: el 22% tiene que ver con aportes del sector público, esto es, recaudación impositiva, impuestos que pagamos. El 37% proviene de la seguridad social y el 41% proviene del gasto directo de la familia. Esto significa que es el pueblo el único que financia el gasto en salud, con una originalidad, que lo hace tres veces: a partir de los impuestos, a partir de la seguridad social, coseguros y plus, y a partir del consumo interno en su mercado interno.

Y para redondear, podemos decir que en el año 87 a 88 el presupuesto nacional, que el Tesoro que financió la salud, —destinó para la salud— el 3,7, mientras que para las Fuerzas Armadas y para las Fuerzas de Seguridad destinó el 11,1. Esto significa, compañeros, que en la Argentina se ha instaurado un nuevo negocio: el negocio de la enfermedad, porque es a partir de la enfermedad donde los grupos dominantes lucran. Ganan plata si nos enfermamos, porque si nos enfermamos consumimos remedios, nos internamos, nos operamos, nos hacemos

análisis, nos sacamos radiografías, estudios diversos. Eso significa un modelo de país determinado. Que tiene todo un correlato en índices sanitarios: la tuberculosis, erradicada en el año 1954, y después de haber cumplido medio siglo de haberse descubierto la BCG, hoy nos muestra dramáticamente que cada ocho horas muere un argentino por tuberculosis; tres millones de chagásicos, de los cuales 300.000 son enfermos; el paludismo crece -al estribo del siglo XXI a los argentinos nos matan algunos mosquitos-; la tos convulsa mata chicos; las cesáreas son un negocio; la salud mental no es más salud mental, la locura se encierra y se cronifica en estructuras manicomiales, las colonias y los neurosiquiátricos son depósitos de pacientes y de trabajadores; Argentina ocupa el primer lugar en América Latina en índice de suicidios, y el medicamento más vendido es el Le-xotamil. Frente al listado modelo que hizo la OMS de 379 medicamentos que cubren el 95% de las patologías, la Argentina ostenta el registro de 8.000 medicamentos. Frente al mercado farmacéutico de Estados Unidos, que libera al mercado no más de 10 medicamentos por año, en este año, de enero a abril, la Argentina ha autorizado 159 medicamentos. El gasto en medicamentos se estima que en Argentina es de 60 a 65 dólares, mientras que en Brasil es de 15 dólares y en México de 12 dólares.

Y en este marco se encuentra el hospital público. Con falta de equipamiento, irracionalidad en el equipamiento, descalificación y deterioro del personal -en esto es ostensible la ventaja que lleva enfermería, personal más vulnerables por estar en mayor contacto con la patología, se estiman en 50.000 las enfermeras que faltan-, es el único país en el mundo que tiene menos enfermeras que médicos. La información que nosotros tenemos, a partir de la Sociedad de Enfermería y de una publicación reservada que tiene el Ministerio de Salud y Acción Social, es que hay más médicos que enfermeras, y todo esto junto con las malas condiciones de medio ambiente del trabajo, que harían un festín a la psicopatología del trabajo. Sin embargo, a pesar de la caída en la calidad de prestaciones, es mayor la demanda de pacientes que pasa por el hospital. Se estima en un 30% superior a los últimos años y el 40% de la demanda tiene que ver con gente que tiene su propia obra social.

Esta masa de datos sirve para ilustrar que, evidentemente, no puede haber recuperación del servicio de salud si no hay recuperación del equipo de salud. Nosotros somos conscientes de que no estamos brindando el servicio que la gente se merece: brindamos el servicio que podemos, que lo hacemos a partir del compromiso, de la abnegación y de asumir como propio el dolor ajeno. Sabemos que el servicio que se merece la población depende de una política que contemple las necesidades de las mayorías populares. Y esto no se consigue con voluntarismo solamente, sino con poder, poder que se construye todos los días con el otro, reconstruyendo el protagonismo popular, reconstruyendo la solidaridad y luchando

incansablemente por la justicia social. Para llegar al tercer mito, al tema de la necesidad del ajuste.

Toda circunstancia humana es pasible de convertirse en una forma de establecer diferencias entre los hombres. Aquellas situaciones que por su universalidad tenderían a igualar con la salud, el dolor, el sufrimiento, hoy son tomados también como elementos de esa forzada separación entre una mayoría postergada y una minoría del privilegio. No solamente se conculca el derecho a la salud, sino también el derecho al alivio, al tratamiento y al consuelo. Es mentira que esta es la única solución: no es la única, hay muchas soluciones, y de todas las posibles ésta es la peor. Ahora, esto depende de una decisión política de la dirigencia y de cada uno de nosotros. Decisión política que ya la sintetizaba Carrillo en 1948 cuando decía que “la solución sanitaria debe ir acompañada de una solución económica y social, y que ésta era una decisión política”.

Y como para finalizar, yo me permitiría leer unos renglones que tienen que ver con la fundación de un hospital, que nos marca que cuando existe una ideología desde este lado, y esa ideología está impregnada de afecto, se pueden hacer muchas cosas. Y esto dice así: “En la ciudad de General San Martín, Provincia de Buenos Aires a los veintidós días del mes de abril de 1954, con la asistencia del presidente de la Nación y distintas autoridades, se inaugura el Policlínico Eva Perón, con destino a la asistencia médica integral de niños, mujeres y hombres. Y esto se efecta teniendo en cuenta el siguiente concepto de Eva Perón: “Yo creo que al dolor de los que sufren es inhumano agregar otro dolor por pequeño que sea. Por eso mis hospitales quiero que sean alegres, con paredes decoradas con arte, sin camas blancas, con ventanales amplios y cortinados hogareños, como para que ningún enfermo se sienta en el hospital”. Gracias. (*Aplausos*).

Dr. Pedro Villa: En primer lugar quería expresar mi agradecimiento en nombre de la Asociación que represento a los organizadores de estas Jornadas por habernos permitido participar de ellas. Quería contarles que el motivo de mi presencia en esta mesa redonda no es a título personal, sino que yo represento a una Asociación que tiene ya su historia en Salta. Es la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Salta, que nuclea a más de 1.200 profesionales de la salud, no solamente médicos, sino bioquímicos, odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, en fin, no quiero olvidarme de ninguno de los integrantes del equipo de salud, pero todos los profesionales universitarios que desempeñan su ámbito tanto en salud pública como en bienestar social en la provincia integran nuestra Asociación.

Referimos al hospital público y dentro del hospital público encuadrarlo dentro de la crisis exige, a esta altura de las Jornadas, el intentar no repetir algunos temas que ya se han ido diciendo. Casinelli ya se ha referido al marco global de

la crisis y fundamentalmente a su impacto a nivel nacional, los condicionantes nacionales. En nuestra provincia, en Salta, la historia del hospital público no escapa a lo que ha sido en el resto del país. Un hospital, una institución, fundamentalmente creada para asistir a la enfermedad y para asistir al carenciado. Sin embargo, a partir del advenimiento de la democracia, a partir de 1983-1984, se han producido una serie de situaciones, una decisión política de revertir esta situación y de constituir al hospital con un rol diferente, dentro del marco de la atención primaria de la salud, que es el tema que nos compete en estas Jornadas, en la cual todo el esfuerzo del equipo de salud se centra más en la prevención, que en la enfermedad.

Esa fue la base fundamental de un plan de salud que se denominó Ramón Carrillo, y que en nuestra provincia a partir de ese momento, avalado por una clara decisión política y como consecuencia de un mejor funcionamiento en los distintos servicios de salud, ha ido produciendo rápidamente algunos logros, si bien era un camino que recién se iniciaba y que exigía muchas correcciones, ya iba mostrando sus primeros logros.

Este proceso, digamos que dentro del marco de esta crisis que estamos intentando analizar, se ha revertido, sobre todo a partir de esos cuatro años, y es lo que intentaremos en este ámbito realizar: fundamentalmente, una denuncia de lo que está sucediendo en nuestra provincia; vamos a intentar dar un panorama provincial, que es el interés de esta mesa, ya que al nivel nacional se van a referir el resto de los integrantes.

Esta crisis responde a algunos determinantes estructurales. A nivel nacional, la República Argentina no crece en términos económicos desde hace más de 20 años. El Producto Bruto Interno, el PBI, en 1970 era de 70.000 millones de dólares y en 1990, veinte años después y con un 30% más de población, disminuyó a 65.000 millones de dólares. Sin embargo, y coincidiendo con lo que recién decía Casinelli, esa torta no está bien distribuida ya que el porcentaje, la participación porcentual dentro del ingreso en el total de los distintos sectores no es equitativa. Tenemos para darles un solo dato: que el 10% de la población que tiene los mayores ingresos se queda con aproximadamente el 45% de la participación dentro de ese PBI Y que, además, en el transcurso del tiempo, este tipo de distribución injusta se ha ido agravando: en el año 1961, la participación de este mismo sector era del 39% del Producto Bruto, y en 1990 ha aumentado a casi el 45%. Otro análisis dentro de la injusta distribución de la torta, es la participación de los trabajadores dentro del Producto Bruto. Para no irnos ya a 1945-1950, damos el dato de que en 1974 la participación de los trabajadores dentro del PBI era del 45% y en 1990 es de aproximadamente el 22%.

Otro de los determinantes estructurales de la crisis de la República Argentina es la aplicación de incorrectas políticas de ingresos y egresos. Hay niveles muy

altos, escandalosos, de evasión impositiva y previsional y, encima de eso, hay una injusta distribución de la presión tributaria. El 70% de la presión tributaria descansa sobre impuestos que gravan fundamentalmente el consumo y los salarios y no así las ganancias, el consumo suntuario o el capital improductivo. La mayoría de los ingresos, el Estado los percibe de quienes tienen menos y el grueso de sus egresos es, en forma de transferencia y subsidios, hacia los sectores más poderosos, desde el punto de vista económico. Por otro lado, hay una caída importante y continua del salario real, lo cual unido a un aumento progresivo en el pago de adicionales no bonificables -lo que se denomina pago en negro- y a los índices crecientes de desocupación significan una disminución en el ingreso real de las obras sociales que, por otra parte y como todos sabemos, han sido enajenadas permanentemente del manejo de sus verdaderos dueños que son los trabajadores.

Otra situación a considerar es el creciente costo de la atención médica, pero fundamentalmente a raíz o a partir de una política desarrollada por las empresas multinacionales del medicamento y la tecnología. Aquí no hay un costo de la atención médica en cuanto al acto profesional sino que lo que aumenta el costo en la atención médica es, ante todo, la tecnología, los aparatos, los medicamentos, los análisis, lo que hacía referencia hace un rato el panelista anterior.

Todo esto ha producido una brecha cada vez mayor entre el costo de la atención médica y una disminución de los recursos reales de las obras sociales que, necesariamente, se ha ido cubriendo en este análisis -o en este modelo, aclarando los aportes individuales de los distintos trabajadores: plus, coseguros, aranceles diferenciados, bonos de contribución, lo cual agrega otra situación que es una transferencia o un vuelco de la demanda del sector de las obras sociales hacia el hospital público.

Qué es lo que sucede al nivel de la provincia de Salta?

En primer lugar debo decirles, para los que no conocen Salta, que la nuestra no es una provincia pobre. Es muy común, bueno, todos decimos que la Argentina no merece estar como está, porque tampoco es un país pobre. Bueno, Salta está en una situación que no es de pobreza; en cuanto a sus recursos humanos tiene más de 800.000 habitantes, es una de las provincias que más ha crecido en los últimos años desde el punto de vista demográfico: en cantidad de habitantes ocupa aproximadamente el séptimo lugar dentro del contexto de las provincias argentinas. En cuanto a su ubicación de tipo geopolítica, está localizada dentro de una zona estratégica, limita con tres países vecinos: con Chile, con Paraguay y con Bolivia, además de limitar con otras seis provincias argentinas -que no las nombro porque me voy a olvidar de alguna, lo cual la coloca en una situación de privilegio, como una bisagra entre distintos polos de desarrollo, fundamentalmente el Mercosur a nivel Atlántico y el Pacto Andino a nivel Pacífico.

En cuanto a su producción agrícola es una provincia que tiene muchísimos recursos: el tabaco, la caña de azúcar, cereales, legumbres. Posee importante producción y reservas de hidrocarburos; tiene recursos fluviales, turísticos, energéticos, etc.

Sin embargo, hay, por supuesto a nivel provincial, una serie de políticas que han llevado a un agravamiento de esta crisis que veníamos analizando a nivel nacional y del cual voy a dar algunos ejemplos:

Política agropecuaria: Hay una injusta distribución de la propiedad de la tierra en Salta. Según los datos del censo agropecuario de 1988 —y voy a dar números redondos para que se entienda más—, sobre aproximadamente 5.800.000 hectáreas en condición de ser explotadas, sólo se encuentran en producción menos del 10% de las mismas. En cuanto a la propiedad de la tierra, el 70% de esta cantidad de hectáreas —el 70% de las tierras en Salta— están en propiedad de 190 productores, y el 30% restante se divide en más de 4.500 pequeños y medianos productores. Otra situación en cuanto a la política agropecuaria es que esta pequeña cantidad de propietarios, quienes tienen el 70% de las tierras, dan trabajo a aproximadamente 8.000 obreros agrícolas permanentes, mientras que el sector que posee el 30% de las tierras emplea a más de 23.000 obreros.

En cuanto a la política industrial: La industria manufacturera en Salta participaba en el año 1970 con aproximadamente el 18% del Producto Bruto provincial, cifra que ha pasado en el año 1990 a menos del 8%. El 80% de las compras en general que hacen a la industria manufacturera se realizan fuera de la provincia —equipamientos, indumentaria, alimentos, etc.— con lo cual son recursos que no se reciclan dentro del circuito industrial de la provincia.

En cuanto a la política impositiva—siempre refiriéndome a nivel provincial— el gobierno salteño denuncia o refiere de que la recaudación provincial no alcanza a cubrir el 4% de los gastos del Estado provincial. Sin embargo, se oculta en esta descripción lo que se deberá recaudar y quiénes son los principales evasores impositivos de la provincia. Para darles una cifra más, en el año 1986, del total de ingresos de la provincia de Salta, el 60% eran recursos de coparticipación, de origen nacional, y el 40% eran recursos propios de la provincia. Esta relación de 60% de recursos nacionales a 40% de recursos propios se ha transformado en el año 1990 en una relación de 90% de recursos de coparticipación y 10% de recursos propios.

En cuanto a la política salarial ha habido a lo largo de estos últimos años una importante caída del salario real, en 40 meses se ha cobrado fuera de término, sobre 43 meses de gestión de este último gobierno; en 40 meses se ha cobrado después del día 10, de los cuales en 20 meses fue después del día 20. Ha habido más de 225 días hábiles, lo que significa prácticamente un año calendario, de no prestación de servicios por falta de pago en término, y en este mismo período ha

habido períodos de más de veinte meses de congelamiento salarial, aún en período de hiperinflación. Bueno, la política sanitaria ha marcado un abandono de la decisión política y la consiguiente apoyatura técnica y financiera al plan de salud, a la que hacíamos referencia al comienzo, falta de objetivos claros en relación al sostenimiento de programas sociales, por ejemplo programas de cobertura de atención primaria, que han registrado una brusca caída dentro de los índices de población cubierta: del 38% en el año 1986 ha disminuído a un 28% en el último año.

Hay una permanente desmotivación y desaliento del recurso humano, lo cual generó una fuerte emigración tanto de profesionales a otras provincias como de horas profesionales al sector privado. Hace cuatro años el 50% de las horas profesionales eran de dedicación exclusiva, cifra que no alcanza en este momento al 20% de las horas, con lo cual se han perdido aproximadamente más de 20.000 horas profesionales para el sector público.

La situación sanitaria actual de nuestra provincia: me voy a referir a algunos indicadores que producen, digamos, lo que nosotros denominamos las cifras del ajuste en nuestra provincia. La mortalidad infantil en Salta aumentó de un 30,1 por mil en el año 1987 a un 35,8 por mil en el año 1990. Cabe destacar que en igual período la mortalidad infantil a nivel nacional disminuyó de un 26 por mil a un 23 por mil. Eso significa que en Salta se incrementó en un 16% en cuatro años el riesgo de morir de la población menor de un año. El 45% de estas muertes son evitables con tecnología elemental; el 38% de la mortalidad infantil no ha tenido atención médica durante su última enfermedad.

La mortalidad materna en Salta aumentó del 11 por diez mil en 1987 a 15 por diez mil en 1990, lo que significa que hoy se mueren un 27% más de madres que hace cuatro años. La mortalidad materna en Salta es tres veces mayor que la media nacional, que es de 5 por diez mil. El 25% de los partos continúa siendo domiciliario, y los controles en los embarazos no alcanzan al 3%.

La desnutrición infantil: la desnutrición en menores de 2 años aumentó de un 18,5% en el año 1988 a un 24% en 1991. Uno de cada cuatro niños menores de 2 años, es desnutrido; el mismo indicador en niños de 2 a 5 años aumentó de un 7,9% en 1988 a un 11% en 1991. Veinte de cada cien niños desnutridos tienen riesgo de muerte inminente.

Tuberculosis: el número de casos de tuberculosis aumentó de 914 en 1987 a 1328 en 1990; en igual período, el número de defunciones por tuberculosis aumentó de 89 a 150.

Bueno, hay más cifras a las que, en honor al tiempo, no voy a hacer referencia pero que, en definitiva, no hacen sino mostrar la situación a la que ha llevado el ajuste en nuestra provincia. Creemos que estas Jornadas deben constituirse en un ámbito en el cual podamos realizar la denuncia de lo que está sucediendo,

pero no como para quedarnos en esto sino, como para tomar conciencia de la gravedad de la crisis: hay sectores que pagan con enfermedad y con su vida el ajuste al que estamos haciendo referencia. Nosotros a nivel de nuestra Asociación en Salta hemos intentado -retomando lo de la mesa redonda de ayer a la mañana- constituimos en actores sociales dentro de lo que son los distintos ámbitos de nuestra provincia, si bien no tenemos poder, en estos momentos y luego de cuatro años de intensas gestiones, de intenso trabajo en muy distintos ámbitos, hoy es imposible que cualquier gobierno de Salta no tome en cuenta o no llame a nuestro gremio a participar, por lo menos, en la discusión de los distintos temas.

Esto mismo lo hemos logrado con estrategias primordialmente participativas, de allí la importancia de la atención primaria que nos ha brindado este entrenamiento. Hemos intentado no realizarlo desde un punto de vista corporativo, en defensa de nuestros intereses sectoriales, sino integrándonos a distintos sectores de la sociedad: nuestra permanente intención de constituir distintos frentes sociales junto con los docentes, con los trabajadores del Estado, con los jubilados, etc., lo cual nos ha producido, si bien no hemos conseguido muchos logros, -y esto ya lo vamos a ampliar en el taller que vamos a tener estos días sobre problemática gremial, pero que acá en los paneles que están colocados debajo del escritorio: puede resumirse en cierta forma lo que significan cuatro años de acción gremial y de acción de nuestra Asociación para intentar modificar las políticas de destrucción del hospital público, para intentar, por lo menos, crear un espacio de resistencia como denominamos nosotros, intentamos -y creo que es uno de los mayores logros que hemos tenido- que, en estos momentos, el tema de salud en nuestra provincia, sea un tema central dentro de la sociedad.

Si nosotros logramos a nivel nacional constituimos en actores sociales, constituimos en una alternativa a esta crisis, poder juntar las experiencias que cada uno de Uds. deben tener y que deben ser similares a ésta en las distintas provincias, creo que habremos logrado el objetivo de estas Jornadas.
Nada más. (*Aplausos*).

Dr. Alejandro Chames: La salud pública involucra una gestión de gobierno a través de sus organismos específicos y sus diversas jurisdicciones, el ordenamiento administrativo, las actividades sanitarias programadas, el mantenimiento de un complejo conjunto de trabajadores especializados -profesionales, técnicos, auxiliares, etc.- y expertos en saneamiento, vivienda, asistencia social, etc. que comparten responsabilidades y labores en los equipos interdisciplinarios.

El tratamiento integral de la salud implica acciones de prevención, promoción y rehabilitación. Su reparación, que representa el amplio campo de la atención médica, es la más gravitante por sus efectos directos y su influencia integral en

la problemática del sector y la población.

La asistencia médica global concentra la mayor parte de la actividad privada, la seguridad social, las organizaciones comunitarias y el Estado, cuya función comprende el conjunto de las demás gestiones sanitarias: enfermedades epidémicas, endémicas, sociales, crónicas, neoplásicas, salud materno-infantil, atención odontológica, saneamiento ambiental, inmunizaciones, dispensación de medicamentos, etcétera.

La falta de recursos adecuados, presupuestarios, edilicios y humanos, la deficiente coordinación y racionalización de los medios existentes y la insuficiencia de planteles y personal adiestrado afectan seriamente su desenvolvimiento y explican la crisis actual del sector, cuyas manifestaciones son muy evidentes. Las restricciones financieras, las falencias normativas y las trabas burocráticas que alteran la continuación de los programas se reflejan y proyectan constantemente en todos los niveles organizativos.

Esta compleja problemática requiere una gestión estatal más efectiva, expresada en una mejor coordinación, legislación social y prioridad presupuestaria que debe confluir en una meta deseable: el sistema integrado de salud, que refleje la realidad socioeconómica actual. El esfuerzo de la sociedad en su conjunto puede movilizar los medios para lograr las soluciones efectivas y permanentes que pueden resumirse en las propuestas siguientes:

1) El Estado debe orientar, dirigir y controlar toda la actividad relacionada con la salud pública, garantizando este derecho social básico, sustentado en la provisión de recursos suficientes para satisfacer este objetivo.

2) La política sanitaria implementada debe converger decisivamente en el nivel de bienestar y calidad de vida comunitaria.

3) Los recursos científicos y técnicos disponibles deben incrementarse progresivamente y estar al servicio de las necesidades reales de la población, manifestándose a través de una medicina accesible, integral y eficiente.

4) Los profesionales de la salud deben gozar de satisfactorias posibilidades de desarrollo y perfeccionamiento humano, social y técnico.

En el orden de la crisis del hospital público podemos afirmar lo siguiente:

En el vasto panorama de la salud, el análisis del hospital público merece una consideración especial por sus efectos directos sobre amplios sectores de la población, su posición frente a la organización privada y la seguridad social, y su preservación futura afectada por la desidia oficial. Como eslabón fundamental en todo sistema de atención médica y actividades asociadas, eje central de las necesidades vitales de la población, las entidades comunitarias y las profesionales del sector, representa uno de los principales protagonistas dentro del esquema preponderante del Estado. Los objetivos básicos comprenden la integración en su zona de influencia, la apertura a la comunidad, la búsqueda del paciente, el

análisis de los problemas de su medio y los grados de complejidad acorde con el progreso general de las ciencias médicas.

Lamentablemente, y a pesar de las declaraciones oficiales, su relevancia histórica se deterioró gradualmente al perder terreno como prestador frente al sector privado, financiado esencialmente por las obras sociales, la disminución del número de camas, los cierres totales o parciales de establecimientos zonales arraigados, el mantenimiento de servicios no rentables y otros factores afines que determinaron su decadencia progresiva.

La reducción del espacio en el campo de la atención pública se relaciona con un desgaste paulatino de las plantas físicas, paliadas por remodelaciones parciales e insuficientes. No existe un plan de nuevas construcciones, salvo raras excepciones, que no se habilitan o funcionan parcialmente por falta de previsiones o escasez de recursos. Los presupuestos crónicamente restringidos, el equipamiento trabado por regateos burocráticos, la insuficiencia constante de planteles humanos y otras falencias asociadas, el incumplimiento de la carrera hospitalaria, los problemas de las residencias, etc., señalan claramente la magnitud de las dificultades existentes y el riesgo de desaliento y escepticismo generalizado con su gravitación negativa frente a una demanda creciente de servicios acentuada dramáticamente por la crisis socioeconómica.

Esta situación injusta, producto de una política oficial culposa, estimuló el incremento de las instituciones privadas de índole lucrativa y agravó el cuadro, pues además de no aportar soluciones básicas se constituyó en una traba insalvable para importantes sectores de la población de menores recursos.

La reversión de esta crisis hospitalaria demanda el apoyo decidido del poder político, la estabilidad institucional y un cambio doctrinario profundo. Y las medidas correctivas indispensables deben ser las siguientes:

1º) Acrecentar las partidas presupuestarias para la reconstrucción del sistema y promover oficialmente su desarrollo y expansión.

2º) Coordinar efectivamente sus servicios de acuerdo con el nivel de complejidad asignado y aprovechar plenamente sus recursos ampliando los horarios de atención.

3º) Planificar la rehabilitación, remodelación y utilización de las unidades existentes, e implementar programas de mantenimiento preventivo de las plantas físicas equipos, instalaciones fijas e instrumental.

4º) Adaptar su funcionamiento a las características y necesidades del área correspondiente y facilitar la participación comunitaria en su accionar.

5º) Adecuar el reequipamiento de las unidades a un previo relevamiento, redistribución y aplicación de las instalaciones existentes.

6º) Jerarquizar su función como eje de integración de los establecimientos periféricos para la atención primaria y las demás acciones de salud.

7º) **Modernizar los mecanismos** administrativos vigentes.

8º) **Actualizar los planteles** profesionales, técnicos y de servicios, mejorando las condiciones laborales, la remuneración y las opciones para su capacitación. Respetar el cumplimiento de la carrera hospitalaria y facilitar la labor de las comisiones interdisciplinarias. Finalmente, canalizar la vocación profesional y social con fines científicos y humanísticos. Nada más, gracias. (*Aplausos*).

Dr. Enrique Visillac: En primer lugar, quisiera agradecer a los organizadores por haberme invitado y, de alguna manera, poder expresar el pensamiento de una institución como es la Asociación de Médicos Municipales, en relación a la situación por la que está atravesando el sector del hospital público dentro del marco de esta crisis que nos agobia a todos.

Las previas disertaciones indudablemente a uno lo obvian en el sentido de tener que *explayarse* en muchas cosas que creo que ya han sido dichas y que es fundamental tratar de no reiterarlas porque, en principio, estoy de acuerdo perfectamente con ellas.

No obstante, creo que tratar el problema de la atención médica bajo ningún punto de vista se puede hacer deslindándolo de todos estos conceptos previos que nosotros hemos escuchado de los que me han precedido. Indudablemente, la crisis significa, para ser muy breve en una determinación de qué es una crisis, una falta de continuidad, una discontinuidad, muchas veces, en algún proceso que se lleva a cabo —en este caso yo creo que es un proceso global, porque es una crisis total— y que indudablemente antes de la crisis y después de la crisis seguramente nada es igual y que se tienen que producir, se tienen que generar cambios para que evidentemente se pueda solucionar esta crisis, cuyo origen, cuya causa yo creo que ya es redundante expresarlo, intentar aclarar.

Lo grave, yo entiendo, que los cambios que se quieren producir o que se quieren poner en práctica para, de alguna manera, poder solucionar la crisis, en mi opinión creo que agregan aun más gravedad a esta crisis. Y en el terreno de la salud, donde todos hemos repetido y repetimos que consideramos a la salud un bien social, para sintetizarlo, en este tipo de modelos que se implementan con la intencionalidad de superar la crisis, la salud, como otras cosas esenciales del hombre, pasan a transformarse en un bien económico, en donde todo cuesta, todo tiene que pagarse, todo tiene un valor y por lo tanto, se empieza o se comienza a vislumbrar la pérdida de ese derecho que uno lo puede sintetizar en algo que es indelegable, algo que es inalienable para el ciudadano, para el ser humano, y que alguien tiene la obligatoriedad de brindárselo.

Esta situación que nosotros estamos viviendo, incluso en el ámbito de la Capital Federal y, más puntualmente, en los hospitales municipales, nos trae como reflexión que, evidentemente y recordando un poco lo que decía Casinelli, esta-

mos agregando dolor al dolor. ¿Por qué decimos esto? Porque indudablemente en los hospitales municipales que tienen una cantidad notable de déficit, se está intentando, por ejemplo, introducir un arancelamiento, porque el arancelamiento se puede observar desde muchos ángulos, pero acá quienes de alguna manera han tenido que implementar y poner en práctica esto, lo han hecho de una forma absolutamente anárquica, sin ninguna organicidad y con la única finalidad de poder solucionar problemas de índole económica.

Entonces, lo que en un principio alguien o nosotros mismos pudimos haber compartido, en el sentido de que las personas que tienen cobertura, las personas que tienen de alguna manera alguien que pueda hacerse cargo del gasto, pueda pagar. En este momento yo doy como ejemplo en muchos hospitales municipales a la gente que directamente se asiste y que no tiene en muchos casos cobertura y en otros casos ni siquiera para poder concurrir al hospital, se le exige el arancel o, eventualmente, se lo lleva a situaciones que yo creo que son francamente denigrantes como para ir y conseguir algún certificado de pobreza, un certificado que les autorice—valga la redundancia— a atenderse sin el cobro.

Esto se inscribe en lo que decíamos anteriormente. ¿Qué hace el Estado, en este caso el Estado municipal? Se quiere, indudablemente, desprender de una de sus obligaciones fundamentales y trascendentes como es mantener la salud de todo aquel que quiere atenderse en los hospitales. Trata de hacer frente a un presupuesto inadecuado en salud mediante este cobro directo a la población que, por supuesto, trae como consecuencia un incremento de la preocupación y de la angustia y acá no es cuestión, tal vez, de empezar a contar hechos anecdóticos, porque no tienen, o no hacen al hecho global pero, indudablemente muchas veces, el hecho anecdótico, transmitido en una situación dramática demuestra indudablemente la deshumanización, la falta de comprensión y el desconocimiento de las autoridades, de quiénes va dirigida la política regresiva que está estableciendo en este momento en lo que se refiere a la parte de salud. Porque hay gente que se va sin atender del hospital, hecho que yo puedo comprobarlo y corroborarlo fehacientemente. Y gente que, debido muchas veces a la acción individual del médico, no tal vez tanto de las políticas, estas personas van a realizar acciones a lo mejor de prevención, o de promoción, o de protección y se van sin atender, como yo puedo ejemplificar con exámenes como puede ser el Papanicolau, que será preventivo, porque no tienen el dinero para poder pagarlo, y esto podemos confirmarlo. Es decir, que este tipo de hechos hacen, indudablemente, a esa política que yo les decía que era regresión regresiva. Si cuando uno tiene una política general, donde el Estado asume responsabilidades, seguramente tendremos alguna vez algún plan que sea nacional, de salud o al menos lo más parecido a un plan nacional.

Cuando se aplican estas políticas neoliberales, donde todo cuesta y la salud

es un bien económico, indudablemente se establecen políticas regresivas, y se está volviendo, se está vislumbrando el volver a principios de siglo donde la salud es una cosa que el Estado, o alguna asociación de voluntarias o caritativas pueden darle a la población carenciada, es decir, se vuelve un poco a la práctica de eso que había sido absolutamente solucionado como era la medicina caritativa o de beneficencia, hospitales que, indudablemente, han desaparecido o tendrían que haber desaparecido, para transformarse en verdaderas instituciones donde se practique una medicina acorde a las necesidades de la población.

Pero nosotros no podemos, indudablemente como decía en un comienzo, inscribir esto en un problema sectorial, en un problema exclusivo de lo que se refiere a la salud pública. Y esto lo vemos nosotros en lo difícil que va a ser para el equipo de salud poder revertir esta situación, porque yo creo que es reiterativo decirlo, pero vamos a repetirlo una vez más: la salud, los índices, las tasas indicativas, bajo ningún punto de vista pueden tener modificaciones con la prestación exclusivamente de la atención médica, esto, como lo dicen las encuestas, y a veces son muy interesantes, las encuestas que la misma población responde en relación a cuáles son sus prioridades, nosotros nos encontramos con que a lo mejor responden que la prioridad es la vivienda, o que la prioridad es su preocupación por la falta de un salario que le permita sobrevivir ya, o la preocupación es que no tengan educación, o la preocupación es que no tengan redes cloacales o, bueno, educación, entonces para muchos que ven todo desde un modelo médico hegemónico piensan que ese grupo poblacional, y yo lo he escuchado muchas veces, no les interesa la ecuación enfermedad-salud. Y es absolutamente distinto: este pueblo, esta población nos está dando realmente una lección porque lo que le importa son, precisamente, las causales de la enfermedad, es decir, solucionando estos temas, seguramente, vamos a poder disminuir muchos índices que se han ido agravando, como lo expresaron acá recientemente y que, mientras no actuemos en políticas o de acción social o socializantes globales, abarcativas de toda la problemática, indudablemente no vamos a poder solucionar este problema aislado de la atención médica que, obviamente, no es de la atención médica sino de la salud de la población, o sea que es de la salud pública.

Por eso, yo creo que el hospital público, ante este panorama presentado por los que me precedieron y por la situación, tiene una ardua tarea porque, yendo ya al problema real y actual, el hospital tiene, como expresaba recientemente la coordinadora de la mesa, un incremento de la demanda notable, basado en tres hechos fundamentales como son la pobreza, la falta de cobertura de un gran grupo de la sociedad por problemas indudablemente de desocupación o por empobrecimiento y, tercero, obras sociales que, en muchas ocasiones, no pueden brindar porque tienen también graves dificultades económicas y de supervivencia.

El hospital tiene que dar respuesta a una demanda creciente, a los hospitales

de la capital se les agrega una demanda creciente también del conurbano, por los graves problemas que nos van a expresar quienes representan al conurbano en esta mesa, y este aumento de demanda y esta obligación y necesidad de dar respuesta ya directamente a la enfermedad, obviando todo esto que dijimos antes que es fundamental y trascendente, pero la realidad es que la gente cada vez se enferma más porque la crisis, como ustedes saben por todo lo que dijimos, aumenta el índice de patologías y enfermedades, algunas de ellas ya erradicadas y que vuelven a irrumpir en el teatro de la salud pública o de la salud de la población.

¿Cuál es la respuesta? Bueno, la respuesta es cada vez menos elementos, cada vez políticas más aberrantes en recursos humanos, cada vez políticas de mayor inestabilidad de todos los que se desempeñan y, fundamentalmente, una política no participativa, que es otro de los aspectos en que nosotros debemos hacer hincapié y, de alguna manera, revertir, que es la falta de consulta a todos los que de alguna manera trabajamos en esto de la salud y también a la comunidad que, indudablemente, desde hace muchos años se repite con extraordinaria frecuencia la importancia de la participación de la comunidad, la importancia de que sea consultada en cualquier plan —si alguna vez se hiciera algún plan— de salud y esto creo que es otra cosa que jamás ocurre pese a que existen ordenanzas, por ejemplo a nivel municipal, que perfectamente establecen la participación de la comunidad, como hay una ordenanza que habla de los consejos comunitarios hospitalarios, pero jamás se han puesto en práctica.

Todo esto, que para muchos seguramente sería una mesa, a lo mejor, contestataria, sin tratar de poner como siempre se dice, es decir uno tiene que llevar planes alternativos. Nosotros justamente tenemos planes alternativos, pero ustedes fíjense que los que trabajamos a nivel de los hospitales que indudablemente sin todo lo que decíamos anteriormente se pueden llevar a cabo. Los planes alternativos, las repuestas para que esto no sea meramente una respuesta ante la crisis yo creo que deben partir, fundamentalmente, de los nuevos espacios que se tienen que constituir en la sociedad para que de alguna manera se participe activamente. Yo creo que nadie tiene la posibilidad, de poder dar una respuesta alternativa sin trabajar con todo el tejido de la sociedad altamente destruido y gravemente lesionado por todo este tipo de políticas que se están llevando a cabo.

Esta es la respuesta porque uno puede llevar un modelo muy lindo de hospital que seguramente va a ser impracticable o que no va, a lo mejor, a responder a las necesidades de la comunidad. Así que yo creo que el plan, y lo que nosotros tendríamos que tratar de lograr de todo este tipo de reuniones es que, precisamente, tenga la posibilidad de ser discutido en todos los niveles y cada vez con mayor asiduidad para poder dar respuesta a esto.

Yo creo que es inadmisibile, que es una injusticia que realmente hace que sea

cada vez menos aceptable, tolerable, que este tipo de actitudes, este tipo de políticas lleven a gran parte de la sociedad a encontrarse en una situación, realmente, de gravedad. Que se inicia, y yo creo que esto es otra de las cosas que nosotros vemos cotidianamente, desde el momento del nacimiento. El individuo que nace hoy en la Argentina y en muchas regiones, ya tiene un *handicap* en contra grave, importantísimo para poder enfrentar seguramente una despiadada lucha por sobrevivir en esta sociedad inhumana y muchas veces alienante. Porque nacen muchos recién nacidos, valga la redundancia, con un déficit congénito, mejor dicho lo trae con sí mismo, con una madre que ha recibido una nutrición deficiente, y que durante el primer año de vida seguramente va a agravar esta situación y después va a tener, durante el curso de su vida, una menor accesibilidad a todos aquellos elementos fundamentales para la formación del ser humano.

Con esto yo quiero decir, y para terminar, que las políticas que no consideran al ser humano como centro esencial de cualquier tipo de política, como centro y donde deben aplicarse todos los esfuerzos y todos los recursos, indudablemente nos van a llevar a un país antisolidario, seguramente sin ninguna capacidad de dar respuesta, ni siquiera de tener una verdadera soberanía y vamos a ser probablemente siempre un país que vamos a depender de otros por no tener el nivel de cultura imprescindible para poder solucionar estos problemas. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Dr. Luis Migueles: Bueno, yo quería aclarar que, además de pertenecer a la CONAMER, en primer lugar, soy residente de pediatría del Hospital de Niños de Buenos Aires y que, en este momento, la residencia del Hospital de Niños y la CONAMER están viviendo un momento muy especial, en realidad, el Hospital de Niños está viviendo un momento muy especial, casualmente o no con estas Jornadas, en el cual la situación de crisis del Hospital se ve en una forma muy aguda, límite, y quizás por eso voy a hacer referencia a algunos casos concretos con la idea de que, teniendo en cuenta la advertencia de Casinelli, que no sea una catarsis sino que sirva a modo de denuncia y de conocimiento de lo que realmente pasa en hospitales de la Capital Federal que clásicamente uno supone que están mejor que en la provincia o en el interior. Esto no es así.

En primer lugar, quería resaltar que la situación socioeconómica de los últimos años nos lleva a situaciones como que el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el año 1988 dice "un 44% de las personas del conurbano bonaerense se encuentran por debajo de la línea de pobreza", esto quiere decir: son pobres estructurales, con necesidades básicas insatisfechas, o son de esa gran capa, que nombró Casinelli, que se va empobreciendo, que antes era clase media.

Desde el 1988 hasta ahora, y ultimamente semana a semana, vemos cómo se cierran fábricas. Cierra La Cantábrica, Acindar, Somisa va a despedir no sé si a

2.500 o 4.500, son otras tantas familias que se quedan sin un sueldo fijo y sin una cobertura. Esto tiene consecuencias graves en la salud de la población. En el año 80 y 86, según datos de la UNICEF, el porcentaje de muertes en menores de un año, muertes evitables, no baja de un 69%, quiere decir que del 80 al 86 no se hizo nada, y esto es un crimen, directamente, que creo que lo tenemos que empezar a denunciar, o que lo tenemos que seguir denunciando y evidenciando como tal.

Estos datos, por supuesto que tomados en forma global en la sociedad, se diluyen con los sectores adonde los ingresos están por encima de la línea de pobreza, pero tomados en forma particular, por ejemplo en Ciudad Oculta, una villa adonde acá hubo representantes hablando, el 40%, según un estudio estadístico realizado en el Centro 5, de los chicos de la villa son desnutridos, casi la mitad.

Ahora, yo también quería resaltar la importancia del hospital público, no sólo para los sectores más carenciados sino para toda la población, porque en el contexto nuestro, de nuestro país, adonde el subsector de obra social se va achicando cada vez más y el subsector privado tiene un funcionamiento con una lógica absolutamente de lucro, nada más, el hospital, como la principal institución efectora de la salud pública es el único que puede brindar prevención, porque, como decía acá Casinelli, el sector privado nunca puede interesarse en la prevención porque lucra con la enfermedad, justamente es su negocio. Entonces el hospital es necesario para todos, no sólo para los más carenciados, lo que pasa es que la falta de hospital para los más carenciados es un crimen, mucho más visible, digamos.

Con respecto a las causas que visualizamos nosotros del deterioro del hospital público, una es una permanente transferencia, a lo largo de los últimos veinte años, de recursos humanos y de recursos materiales como prestaciones no pagas de las obras sociales —o sea, las obras sociales no pagan al hospital—. Esto se debe a un achicamiento de su estructura administrativa a lo largo de estos años por políticas inadecuadas, la falta de una política unificada —en la Municipalidad de Buenos Aires es también causa del deterioro del hospital, aclara— y también puede ser una causa del deterioro del hospital público políticas que actualmente se nos presentan como soluciones y novedosas, como por ejemplo la descentralización hospitalaria, que es una política que, según datos de Ginés González García, en el 88 se viene produciendo a nivel Nación-Provincia-Municipalidad en el financiamiento del gasto en salud, la descentralización ya se está produciendo a lo largo de los últimos veinte años.

Después, quería hacer una descripción de la situación del hospital: en cuanto a recursos humanos, en todos los sectores se ve lo mismo, hay poco personal, el personal está mal pagado, trabaja en malas condiciones y no tiene elementos de trabajo. En el personal de mantenimiento, las consecuencias se ven en la higie-

ne del hospital y en casos concretos, como por ejemplo que, cuando se corta la luz en un hospital, hay que rogar que no coincida con situaciones difíciles como un paro cardíaco, como me pasó hace una semana en el Hospital de Niños, y hubo que salir corriendo al único lugar del hospital que tenía luz por casualidad con el chico en brazos y pidiendo permiso a los gritos diciendo "Llevo un chico en paro" para que las personas que están esperando abran paso.

En cuanto a enfermera, yo quería resaltar que en la Municipalidad de Buenos Aires, las enfermeras se van, egresan de la Municipalidad: es una forma concreta de transferencia del recurso humano, muchas veces altamente capacitado. El porcentaje del total de las enfermeras de la Municipalidad profesionales es 39%, mientras que 59% son auxiliares. La mayoría de las enfermeras que se van son las profesionales, las más capacitadas que, por las malas condiciones de trabajo a que son sometidas, por los bajos sueldos y por un detalle: que en la Municipalidad no se les paga área crítica, aquellas que trabajan en unidades de terapia intensiva se les paga igual que a una que trabaja en la sala, se van de la Municipalidad. Se van a las clínicas privadas.

Entonces las enfermeras son pocas y son pocas allí donde más se las necesita. Como ejemplo, es clásico decir que en las unidades de terapia intensiva neonatológica, el 80% de la suerte de los pacientes depende del personal de enfermera, entonces uno de aquí debe sacar sus propias conclusiones.

Para demostrar un poco cuáles son las condiciones de trabajo a que son sometidas en la Municipalidad, voy a citar una encuesta sobre accidentes de trabajo realizada por los enfermeros Gaasi, González, Jara y Rodríguez del año 86. Ellos encuestaron a enfermeros de los hospitales Ramos Mejía, Argerich, Elizalde y Muñiz, 280 enfermeros. Una encuesta sobre accidentes de trabajo en el término de un año. Los datos son bastante impresionantes: en un año, del total de encuestados, el 75% habían sufrido un accidente de trabajo. De este 75% con accidentes de trabajo, la minoría, un 21% lo declaró, o sea que esto significa que la Municipalidad, para esta minoría que declaró su accidente de trabajo, tuvo en cuenta el accidente y las consecuencias del mismo, solamente para ellos. Cuando vamos a la búsqueda de causas en la misma encuesta, a ver por qué no lo declaró, resulta que la declaración del accidente de trabajo lleva un trámite que incluye siete subtrámites distintos con presentación de por lo menos tres notas y esto significa concurrir a siete lugares, todo dentro de las primeras 24 horas, y si no se hace en las 24 horas no se hace. O sea, ahí vemos por qué no se declaran los accidentes de trabajo. El accidente de trabajo más común era por pinchadura con aguja o cortes, y el segundo en frecuencia eran caídas, que estaban muy condicionadas por el estado del suelo, las escaleras, etcétera.

La misma encuesta dice: "El número de accidentes de trabajo en enfermeros alcanza su pico entre aquellos trabajadores que duermen entre 5 y 6 horas por

día, y disminuye en una forma impresionante en aquellos que duermen de 7 a 8 horas por día". Entonces, una de las causales principales que sacan como conclusión es que el sueldo bajo obliga al poliempleo y esto al poco descanso y esto condiciona a un mayor número de accidentes de trabajo además de otras cosas como, por ejemplo, la forma en que se ven obligados a trabajar, con las consecuencias para el paciente.

El 30% de los accidentes ocurría en áreas ajenas al lugar de trabajo, por el cumplimiento de tareas que no le correspondían. Nosotros, realmente, en el hospital vemos como el sector más vapuleado es la enfermería; las consecuencias de esto es que en el Hospital de Niños de Buenos Aires muchos chicos han sufrido graves complicaciones en las terapias intensivas por falta de personal. Incluso había una poca, que por suerte pasó, adonde faltaban monitores también, entonces, al no haber monitores ni enfermeras, a veces en una terapia intensiva no se daban cuenta, digamos, por falta de gente, que un chico entraba en paro cardiorrespiratorio.

La residencia, en los dos primeros años, funciona prácticamente como la enfermería: tienen la misma problemática, está sometida a un montón de trabajo extra que no le corresponde, es mano de obra barata y, en los dos últimos años, se constituye en una nueva transferencia de recurso humano de la Municipalidad, que forma a las clínicas, privadas que deben estar muy agradecidas. Después de la residencia, el acceso a ser profesional de planta, está restringido por una carrera médico-hospitalaria que no se cumple, además de necesitar reformas y hay pos residentes que pasan diez años en la Municipalidad con contratos anuales o concurrendo en forma adhonoren hasta que obtienen su nombramiento, cuando lo obtienen. Se forman en la Municipalidad y después pasan a trabajar en el sector privado.

El Hospital de Niños, en el consultorio externo de clínica pediátrica, recibió 36.000 consultas en el primer semestre del año 90, 36.000 pacientes consultaron. Esto revela que, a pesar de la situación en que se encuentra el Hospital, la atención que brinda sigue siendo importante. Quería hacer referencia a las políticas de salud de la Municipalidad en los últimos años. La primera es la descentralización, que es la política central de salud de la Municipalidad de Buenos Aires, descentralización hospitalaria. En el año 87 existe un documento del Banco Mundial sobre financiamiento de servicio de salud en países en desarrollo, como los llaman ellos. En uno de los puntos el documento propone textualmente "descentralización de los servicios de salud gubernamentales", esto en el año 87. La Municipalidad en el año 88 sacó una ordenanza, aprobada por el Concejo Deliberante en la época de la Administración radical, donde determina el comienzo legislativo de la descentralización hospitalaria y dice que los hospitales van a financiarse con fondos provenientes de donaciones, de empresas privadas o fun-

daciones, que se van a financiar con créditos de la Municipalidad, que por la denominación se supone que hay que devolvérselos, y con recursos genuinos obtenidos del cobro de terceros. Hemos conocidos muchos proyectos de la descentralización, ninguno de ellos con un estudio previo serio de la situación y en donde los objetivos eran disminuir el gasto y nada más, por lo cual hemos sido también invitados a participar los residentes, pero no hemos participado en ninguno de estos proyectos de descentralización. Con respecto al arancelamiento, que es uno de los puntos dentro de la descentralización, el arancelamiento es una realidad que existe hace muchos años, es una realidad que está encubierta pero que existe. Está concretizada en el cobro de bonos contribución, que por mecanismos un poco perversos como por ejemplo que el que ofrece —un poco entre comillas, el bono de contribución cobra un sueldo mayor cuanto más bonos cobre o venda: se constituye en un arancelamiento. Es decir, lo que actualmente pasa es que hay un doble arancelamiento en los hospitales de la Municipalidad; todavía no en todos pero la tendencia es que sea en todos. En el Hospital Ramos Mejía, en el Fernández y en el Hospital de Niños por ejemplo, existe este doble arancelamiento.

Un estudio muy común que se pide en pediatría, que es para estudiar una infección urinaria sale 480.000 australes. Un estudio mucho más común, que se pide para detectar una infección no clínicamente visible, hemograma, orina completa, radiografía de tórax sale más de 100.000 australes. Nosotros en el Hospital de Niños hemos recabado datos en Estadística de los meses de abril y de junio de este año, comparados con los mismos meses de los cinco años anteriores: en los cinco años anteriores se ve una tendencia a que en junio siempre aumente, en porcentajes que van de un 12 a un 20%, la cantidad de pacientes que se atienden con respecto al mes de abril. Este año, la cantidad de pacientes no solo no aumentó sino que se redujo aproximadamente en un 3 a 4%. Es decir que la tendencia lógica, que es aumentar por la mayor cantidad de infecciones respiratorias en invierno, no se produce, lo que significa que se están atendiendo menos pacientes y el arancelamiento comenzó en la última semana de mayo, es decir que la única variable nueva es el arancelamiento.

Ejemplos concretos de esto es que hay muchos pacientes que van y le piden directamente al médico que por favor los atienda gratis porque no pueden pagar, a pesar de que las autoridades dicen que es voluntario el pago, y hay, por ejemplo, el caso de una persona a la que se le exigió pagar, antes que se retire del hospital después de la internación, creo que eran 200.000 o 400.000 australes y que le dijeron que si no pagaba iba a ser citado judicialmente después.

También quería decir que en el Hospital de Niños de Buenos Aires el cobro directo al paciente saca, más o menos, 500 dólares por día, entre 450 y 500 dólares por día. Esto en un mes alcanza para pagar a la empresa de seguridad del

hospital, la empresa de vigilancia, o sea nada, digamos. Otra cosa es que hace un año no haya empresa de vigilancia en el Hospital y el Hospital no está mejor porque ahora la haya.

Entonces, todo esto nos hace ver, junto con otras políticas como la política de privatización, siempre, siempre, ha significado una erogación adicional al cohe-te de la Municipalidad, con una hermosa ganancia para las empresas que adjudicaban: por ejemplo, en la cocina de mi hospital se multiplicó el gasto por tres, la cosa mejoró un poco pero no tanto como para multiplicarlo por tres y podría haber mejorado siendo estatal porque había proyectos concretos presentados pa- ra que se ofreciera un mejor servicio sin privatizar la cocina.

En resumen, nosotros pensamos que el hospital se va deteriorando en los últi- mos años y, correlativamente, va creciendo el subsector privado de salud. Este subsector privado se maneja con una lógica, o con una estructura, un funciona- miento en el que el lucro es el único objetivo, y donde la prevención de la enfer- medad no cuenta porque, justamente, el negocio es que la gente se enferme y cuanto más se enferme mejor, porque más gasto implica, o sea más ganancia.

Las políticas implementadas, que son básicamente descentralización, arance- lamiento y privatizaciones no son soluciones, al contrario, son problemas. Es lo peor que pudo haber pasado y esto se está incrementando en los últimos años, y ahora, con el advenimiento del arancelamiento, ni siquiera se le da la posibilidad a la gente de ser atendida en el hospital.

Es claro que hay un plan, en los hechos, de destruir el hospital público y bue- no, en este momento, los residentes del Hospital de Niños, junto a la Asociación Médica, a la cual le vamos a llevar la propuesta de que se sumen, estamos desde hace un tiempo denunciando esto públicamente y los invito a hacerse eco de esta realidad que desde el jueves vamos a tratar de que sea una denuncia pública con repercusiones en la prensa. Nada más. (*Aplausos*).

Dr. Giglio Prado: Bueno, como casi todos, queremos agradecer a los organiza- dores por habernos invitado a participar a la Comisión Interhospitalaria del Co- nurbano y la Provincia de Buenos Aires, como casi todos vamos a tratar de ser breves y como casi todos también quiero inscribir mi charla en el diagnóstico de los que me precedieron. De verdad, pero esto de verdad, agradecemos a los que nos han invitado porque este es el ámbito, juzgamos más importante que hay en el país si uno quiere analizar los problemas de la salud y de la enfermedad de nuestro pueblo. Y de verdad creemos que el análisis, todo análisis, debe ser en- cuadrado en los aportes que se vienen haciendo, sobre todo en la mesa de ayer, y en la de algunos de los compañeros que me han precedido, en la descripción del ajuste de la crisis, pero también en la descripción del deterioro del hospital y de algunos aspectos específicos de la crisis que tiene el hospital.

En segundo lugar, debemos decir que lo nuestro en general, en los últimos tiempos, ha sido más cercano a la denuncia, al reclamo, a la asamblea, a los plenarios, a la movilización, que, expresión de esta crisis que estamos viviendo, ha llegado a que hiciéramos récords, realmente, en este tipo de actividades propias de lo gremial, y por lo tanto no ha sido lo nuestro una reflexión en aulas magnas y en talleres, sino que ha sido una reflexión viva, y nosotros creemos que gran parte de lo que está pasando y de la crisis puede recogerse perfectamente de nuestros carteles, de nuestros boletines, de nuestros volantes, de nuestras denuncias, de nuestras solicitadas. Allí sin duda, en los últimos tiempos que han sido movidos desde el punto de vista gremial, se puede ver la verdadera magnitud a la crisis que estamos asistiendo.

La otra cosa que queríamos decir como introducción es que CICOP se encuentra en una disyuntiva también vinculada a la crisis. Como organización, como práctica de los últimos años de los profesionales de los hospitales, sobre todo del Gran Buenos Aires, pero también de toda la provincia de Buenos Aires, nosotros sentimos la necesidad de organizarnos de manera más desarrollada, de crecer como organización, a fin de ser fieles a los intereses de nuestros compañeros, trabajadores, profesionales, de todas las profesiones universitarias vinculadas a la salud y también para tener más eficacia en este concepto que queremos problematizar, o queremos, por lo menos, traer a la atención de los compañeros en estas Jornadas, que es la defensa del hospital público, concepto que no es fácil. Obviamente no podemos defender este hospital, ni este modelo, ni solamente creemos que es hacer lo que no se hace, o pagar los sueldos que no se pagan, o pintar lo que no está pintado, sino que es más grave la cuestión que tenemos que enfrentar.

Entonces queremos decirles a los compañeros, de los cuales hemos recibido muchas veces solidaridad, que estamos abocados a esta segunda fundación de la Interhospitalaria, en medio de una discusión de estatutos en la cual nuestra prioridad es preservar nuestra historia, preservar nuestra práctica de gremio democrático, movilizad, pluralista y participativo.

Pero por supuesto que el hospital público no escapa a la crisis social, política, de Estado, sanitaria en que nos encontramos inmersos. El período de hiperinflación, los saqueos, la política de ajuste, el aumento de la pobreza, todo esto que se ha venido señalando, sobre todo en los cinturones de las grandes ciudades, golpean y atraviesan el deteriorado sistema hospitalario. Nosotros queremos decirles algo, sobre todo creo que muchos compañeros del interior lo van a entender perfectamente, pero Buenos Aires, la ciudad de Buenos Aires, para tomar una de nuestras ciudades, tiene tres realidades: una realidad que es la de la Capital Federal, donde por supuesto que conocemos las dificultades de los compañeros del Hospital de Niños, pero es una realidad, de esta ciudad han sido desalojados los

pobres en la época de Cacciatore, en la época del Proceso, cuando se les pasó topadoras a las villas; otra situación es la del cinturón viejo, la del primer cinturón obrero de Buenos Aires, que fue sembrado de hospitales como el Eva Perón, cuya fundación recordaba Casinelli, que está en ese primer cinturón viejo, obrero, de la ciudad de Buenos Aires, donde están esos hospitales como el Evita — que después se llamó Castex y ahora se vuelve a llamar Evita—, los hospitales de Avellaneda, grandes hospitales que son una realidad; y otra realidad es la del llamado segundo cinturón de Buenos Aires, donde las cifras son absolutamente iguales a las de Formosa en cuanto a agua potable, cloacas, pobreza. Ese segundo cinturón, compuesto por municipios como General Sarmiento, Moreno, Florencio Varela, La Matanza tiene la situación de pobreza más impresionante que uno se pueda imaginar, con un porcentaje de desocupación que, en el caso de General Sarmiento, llega a más del 50% de los padres de familia. No hay una verdadera diferencia de lo que pasa en las provincias más pobres del interior de lo que está pasando en el cinturón del Gran Buenos Aires.

Y ahí no se ha hecho ningún gran hospital, los hospitales que hay han crecido a poncho y no han sido hospitales de la envergadura, ahí no hay nada, no hay nada de Nación, no hay nada de la provincia, hay hospitales municipales que han crecido en medio de la indigencia, y esta es una situación que queremos que se comprenda, porque estamos hablando de municipios como el de General Sarmiento con 650.000 habitantes, que es más grande que trece provincias en número de habitantes, o La Matanza, que tiene un millón de habitantes y un hospital, o Florencio Varela, o Moreno.

Y además, esto se da en el marco de una compartimentación muy estricta, que es una política de no poder aprovechar lo que está donde hace falta. O sea, esto se ve, por ejemplo, en el punto crítico de la derivación de las emergencias. Nosotros estamos derivando, no se puede derivar, si hay un hospital en la provincia de Buenos Aires —si hay una cama de hospital disponible en la provincia de Buenos Aires— a la Capital Federal, no es admitido por el organismo que maneja las derivaciones a la Capital, el CIPEC. Yo puedo tener un traumatismo de cráneo, que se está muriendo, a media hora del hospital, pero si hay una cama en un hospital provincial de Mar del Plata pues se va a Mar del Plata y se mueve un avión, lo cual es una aberración y cuesta vidas todos los días, cuesta vidas de neonatos, cuesta vidas de politraumatizados, cuesta vidas de una cantidad de gente joven absolutamente rescatables con prácticas bien conocidas y elementales de la medicina.

Pero esta crisis, además de este deterioro, de estas aberraciones de falta de organización, tiene otros aspectos que yo creo que son absolutamente profundos y que los tenemos que tomar aunque sea someramente pues no pueden estar ausentes del análisis específico de cómo golpea la crisis, cómo ha entrado en crisis

irreversible nuestra forma de atender la salud y la enfermedad en esta sociedad.

La primera observación que queremos decir es que hay una crisis de ese pacto descrito por Foucault en el nacimiento de la clínica y que refiere que, al finalizar el ciclo del hospital medieval, donde se daba lecho, techo y oración, basado en la concepción de la enfermedad como designio divino, nace el actual modelo de hospital, sobre todo, la influencia clara del hospital francés en nuestros hospitales. Donde los pobres ponen el cuerpo, los médicos aprenden y los ricos financian pensando en el beneficio para sí que puede traerles el avance científico.

Este hecho que está oculto y que está en la base de toda la práctica del hospital, y que hace que se mantenga vivo el hospital a pesar de la crisis, este pacto perverso yo creo que cada vez somos más los que reclamamos que termine. El fin de este pacto es una de las cosas que tenemos que abordar si queremos ceñirnos a la lógica de la salud.

La otra crisis que tenemos que señalar es la crisis del cientificismo y del positivismo, de la medicina de Koch, que busca la causa y el tratamiento de la enfermedad, consideradas como un hecho biológico. Esta medicina sigue predominando en el quehacer de nuestros hospitales y nuestras concepciones. Y hoy creo que están dadas las condiciones, no creo que haya que ser un observador muy perspicaz en nuestros hospitales para darse cuenta que el deterioro de la salud tiene más que ver con factores sociales que con otra cosa, que con hechos biológicos. Eso lo podemos ver en todas las afecciones que a diario asistimos.

Otra crisis que tenemos que abordar para superar este modelo es, por supuesto, la del modelo médico-hegemónico. Modelo asocial, ahistórico, autoritario, asociado a esta concepción biológica de la enfermedad. Hoy, por suerte, somos muchos los que queremos pensarnos en equipo, los que queremos pensarnos participando de la defensa de la salud de nuestros pacientes y de la población, de la que, obviamente, somos parte, y queremos poner esta condición de trabajadores en el centro de nuestras preocupaciones.

También queremos pensar que ha entrado en crisis el hospital como aparato ideológico del Estado, como reproductor de un modelo. Nuestros hospitales son todos escuelas, y si uno llega al éxito en una escuela es porque reproduce determinadas cosas que cree que estén bien. Si nosotros seguimos reproduciendo estos médicos, estas enfermeras, estas prácticas, no tenemos salida, evidentemente, a la crisis que estamos asistiendo, por lo menos no va a haber una salida positiva.

La otra crisis que nosotros tenemos que pensar, y creo que está muy vinculada al abordaje de Casinelli de si hay plata o no hay plata, es que este hospital ha entrado en crisis como política social del Estado. En el marco de este ajuste neoliberal que piensa la salud como un gasto del cual desprenderse, que en nombre de la pretendida eficiencia quiere achicar y quiere privatizar, cualquier cosa

quiere hacer para que le cierren las cuentas a este Estado, así vamos a tener menos profesionales, menos enfermeras, menos mantenimiento, bajos salarios, arancelamiento, qué se yo, todas las cosas que nos están pasando; el desdoblamiento salarial objeto en la provincia de Buenos Aires, un invento que parece tiene historia en Salta (*risas*), el no cobro del aguinaldo. Todas estas circunstancias gremiales que tanto nos movilizan, la única manera de comprenderlas que tenemos, además de analizar el ajuste es, en el marco de que son expresiones de esta política distributiva que entre otras cosas, ha hecho estallar, ha hecho entrar en crisis el pacto federal. O sea, lo que dice reiteradas veces nuestro gobernador Cafiero acerca de que la provincia de Buenos Aires tiene el 33% de todo: 33% de los pobres, 33% de la falta de vivienda y que recibe el 20% de la coparticipación federal, es cierto. O sea, este pacto federal ha estallado, como varias anécdotas últimas lo han puesto de manifiesto.

Y otra crisis que también queremos señalar, que bienvenida sea, es la crisis del hospital encerrado en sus paredes, la crisis del hospital de la demanda espontánea, sin áreas de responsabilidad sanitaria, sin saber con qué denominador trabaja y no articulado a una red, a un sistema de atención primaria de la salud. Tanto las ideas de la atención primaria de la salud como las ideas de la medicina social han contribuido a poner en claro la insuficiencia de este modelo de hospital que nosotros venimos sosteniendo.

Bueno, estos son temas, son ejes que pensamos que tenemos que trabajar si de verdad queremos generar respuestas. En este marco, que describieron mis antecesores y de esto que yo quería explicar, han ocurrido algunos encuentros, que nosotros creemos que son significativos. En el marco de los saqueos, en el marco de la hiperinflación, de la política esta de ajuste, sobre todo después del plebiscito sobre la Constitución en la provincia de Buenos Aires, nos han puesto, como decíamos, en una situación de obtener records en cuanto a marchas, huelgas, protestas, hemos encontrado, los profesionales universitarios que trabajamos en la provincia, alianzas con los trabajadores no profesionales del hospital. Nos hemos visto en manifestaciones con el compañero Casinelli, y esta alianza que pretendemos sea un hecho nuevo, esta alianza con los otros trabajadores del hospital, rompe también con esa historia —empieza a romper, es el principio de un proceso en el que empezamos a romper— con esa visión de que los profesionales universitarios somos una cosa y las enfermeras, los de mantenimiento son otra. También hemos encontrado solidaridad de ida y de vuelta con otros trabajadores en lucha: nos hemos encontrado con los ferroviarios, con los maestros, con los estatales, con los compañeros de Villa Constitución, de quienes insisto, hemos recibido solidaridad y a quienes hemos aprendido a tratar de llevarles nuestra solidaridad.

Y también hemos encontrado alianzas con la población que recurre al hospi-

tal, de su área de influencia, con sus organizaciones barriales, con sus FM, con sus políticos locales. De todas estas cuestiones nosotros pensamos, digamos con moderado optimismo, con moderada expectativa, que existen perspectivas.

Nosotros creemos que, sin duda, que haya un grupo de profesionales empleados en la construcción de un gremio crítico, del viejo modelo de hospital, y la tensión que se crea entre la creciente demanda de atención en el hospital y la política de ajuste que pretende achicar el gasto hospitalario, sumado al encuentro con otros sectores que objetivamente están afectados con la crisis, más el encuentro con los compañeros de la atención primaria de la salud, de la medicina social o desde algunos que, desde el quehacer académico, piensan cómo salir de esta crisis, más otras tantas formas de lucha que existen y que se registran en este tipo de Jornadas, no alcanzan para pensar que nuestro futuro es idílico, pero sí para darnos fuerza en la lucha por la salud, para pensar que está vigente y que este gremialismo que hoy surge de los hospitales en crisis de la provincia de Buenos Aires, junto a otras formas que conocemos como la de los compañeros de Salta, pero también de muchos otros lugares del interior del país, puede ser una parte de un nuevo actor social: un movimiento que, en defensa de la salud y de la vida, le tuerza el brazo a este ajuste y a otro ajuste que sea en favor del pueblo y de su salud (*interrumpen aplausos*).

Lic. Silvia Chiarvetti: Bueno, mientras nos van haciendo llegar las preguntas o preparándose para ellas, vamos a ver si hay algún breve diálogo, porque no tenemos mucho tiempo, entre los integrantes de la mesa, sobre todo porque me parece que el último expositor ha planteado un desafío al haber señalado que, de alguna manera, no todos los actores sociales del hospital son santos. Entonces, bueno, quizás esto motive alguna inquietud o alguna disposición a dialogar.

Dr. Luis Migueles: Yo quería remarcar un concepto que, por ahí por los varios ejemplos que dí que fueron pediátricos o del Hospital de Niños, no quedó claro. Pienso esto por una cosa que afirmó Giglio: que el Hospital de Niños es una situación dentro de muchas. Para que se entienda bien, lo que nosotros queremos decir con respecto a los hospitales es: en todos los hospitales pasa esto, concretamente en todos los hospitales se cobra el famoso bono contribución, constituyéndose en un arancelamiento; hay una tendencia a que en todos los hospitales se arancele, aunque ahora creo que son 5 o 6 en los que está implementado el arancelamiento oficial, o centralizado y en todos los hospitales hay desigualdad, el que puede poner plata obtiene beneficios, o sea tiene acceso a la atención, y si no, no. Como ejemplo, en este momento en el hospital Argerich una cirugía cardiovascular hay que pagar 7.000 dólares, (3.500 dólares es lo que cuestan los descartables, solamente), y si bien es cierto que se obtienen subsidios, esto sigi-

nifica muchísimos trámites y un tiempo también, prolongado, hasta que se lo obtiene.

Dr. Enrique Visillac: Yo también quería aclarar algo que me parece que da un toque más dramático a la situación. Recién lo que escuchábamos con respecto a cómo llega la gente a los hospitales municipales, porque este hecho que contaba recién, la imposibilidad de poder trasladarlos, por ejemplo a la Capital Federal, nosotros, en una encuesta que hemos hecho en el Hospital Durand, por ejemplo, en la parte materno-infantil es un porcentaje que oscila entre un 15 y 20%, que va modificándose de acuerdo a los meses, las parturientas o las mujeres embarazadas, mejor dicho, llegan al hospital directamente en colectivo, porque como no existen medios como para poder transportarse directamente acceden al hospital y saben perfectamente que la única es llegar a veces con trabajo de parto directamente en colectivo porque no tienen otro medio. Y muchos no llegan, es decir, esto es lo importante que yo recalco de lo que decía el que me anteceda, es decir: yo creo que cuesta calidad de vida, cuesta muerte, etc. este sistema de imposibilidad de traslado de los pacientes por una cuestión, yo creo que habría que calificarla meramente de tipo administrativo perverso para la gente que no tiene posibilidad de atenderse.

Y yo me refería, planteando lo que decía recién, que yo he tenido oportunidad recientemente, por un problema así de tipo familiar, personal, que efectivamente en el Hospital Argerich se solicitan alrededor de 6.000 a 7.000 dólares para poder realizarse una operación de cirugía cardiovascular, en un hospital público y donde más barato se consigue, a 3.000 y pico de dólares, es en, por ejemplo, en el Ferrer, que es un hospital nacional. Si no, no existe en la Municipalidad, y tocando un tema que yo creo que es importantísimo, porque hay mucha gente joven y no tan joven que necesita este tipo de intervención, sobre todo de cirugía cardiovascular coronaria, y no existe en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires un sitio donde se pueda realizar en forma gratuita. Y a su vez, tenemos que agregar que las colas de espera pueden llegar a ser de casi 6 meses para poder tener un turno para poder operarse.

Nota de Editores: (La Lic. Silvia Charvetti invita al Dr. Testa a aclarar algo).

Dr. Mario Testa: Sí, yo quería proponer una pequeña modificación al moderado optimismo que pide, o que propone Giglio Prado. Yo propongo en cambio, retomando algo que Gramsci dijo hace 70 años exactamente, que seamos pesimistas pero pesimistas de la inteligencia, es decir con esto Gramsci quería decir examinar con mucho rigor, con absoluto rigor las dificultades a las cuales nos enfrentamos. Las dificultades que son enormes y que han sido muy bien reflejadas por

los expositores en esta mesa. Pero que, al mismo tiempo, seamos extremadamente optimistas, pero optimistas de la voluntad. Es decir, que pongamos todo nuestro empeño en lograr aproximarnos a esto que el compañero de Salta, que Casinelli y que el compañero de CONAMER y que el mismo Giglio proponen, que es que nos transformemos en estos actores sociales, que seamos los que consigamos doblarle el brazo, como muy bien dijo Giglio, a esta política de ajuste.

De manera que no seamos moderadamente optimistas, sino que seamos extremadamente pesimistas y extremadamente optimistas, pero pesimistas de la inteligencia y optimistas de la voluntad. (*Aplausos*).

Lic. Silvia Chiarveti: Aquí vamos a comenzar entonces con las preguntas que ha ido haciendo llegar el público. Hay dos que están dirigidas al Dr. Visillac, pero hay otras que son generales, las voy a leer y vamos a ver quién las toma.

Pregunta: Cómo cabalga esta crisis en las instituciones de formación académica de los profesionales del equipo de salud? ¿Cómo ayuda o agrava la crisis?

¿Cuál es la problemática de salud del personal del equipo de salud, salud psicofísica, alcoholismo, drogadicción, separaciones matrimoniales, etc? No creen que esto hay que denunciarlo? Si no lo hacemos parece que estamos exceptos de la crisis.

Dr. Giglio Prado: Yo soy traumatólogo. Hace unos días viene uno de mis residentes de primer año contando que han hecho un trabajo sobre fractura de tobillo, un trabajo pretendidamente científico. Entonces vienen a casa, me leen el trabajo sobre fractura de tobillo y me agarró un ataque de nervios a mí. Por supuesto que la ciencia ortopédica se podía pasar perfectamente sin el aporte de los chicos éstos y que, aparte definía toda una metodología de trabajo que es copiar los trabajos que ya existen, o sea, copiar peor cosas que ya están descriptas, que están hechas, recontrahechas, etc., etc.

Yo creo que existe la posibilidad de hacer ciencia en los hospitales —en los hospitales pobres como los nuestros— en la medida en que nos inscribamos en cosas como las que hace o propone Gianni Tognoni, de la epidemiología clínica. Yo creo que existe la posibilidad de hacer ciencia en la medida en que nosotros tomemos otras categorías críticas, digamos, no reproducir lo que ya está hecho y de no tratar de copiar los modelos de los “journal” porque nos anotamos en una carrera en la que nosotros nunca vamos a ganar, nos vamos a frustrar permanentemente. Si algo podemos hacer, seguramente es, además, inscribirnos en una teoría, no la teoría de la cantidad de trabajos científicos, sino inscribirnos en la teoría de la importancia de lo que nosotros estamos proponiendo hacer. Analice-

mos y hagamos ciencia sobre las cosas que son importantes. A eso siempre se contesta que, a lo mejor, uno hace un descubrimiento o un aporte que, dentro de diez años, va a ser fundamental para una cosa que va a revolucionar algo. Si es importante dentro de diez años, el tipo que se va a dar cuenta dentro de diez años de lo que era importante y lo que hacía falta saber, lo va a descubrir ahí seguramente. Si no, cuando hablaba de estas cosas, un señor que yo no conocí pero que leí que se llamaba Oscar Varsasky decía: "es como pensar que uno tira un ladrillo y, a lo mejor, ahí construyen una casa y ese ladrillo va a hacer falta".

Entonces, ciñámonos, cuando hacemos investigaciones, al criterio este de qué es lo importante para lo que nos está pasando. Eso es lo que yo les dije a los pibes éstos cuando... —eso se los dije más violentamente, un ataque de nervios digamos— pero creo que sí se puede hacer ciencia de lo que nosotros tenemos en mano y podemos jugar un papel.

Por otra parte, cuando nosotros hacemos este tipo de papel rutinario, gris, etc., etc., todo el mundo dice: "Y, el pibe tiene que hacer currículum". No sirve para nada eso, no le da chapa a nadie.

En cambio, cuando alguien que sí quiere saber lo que pasa, o que sí quiere saber de ortopedia o cualquier otra especialidad, encuentra un trabajo original y que cuenta lo que está pasando y lo que es novedoso, realmente le da la importancia que tiene. Esa es la propuesta que nosotros hacemos en cuanto a cómo manejarlos con este tema de estudiar la realidad a partir del hospital que tenemos.

Lic. Carlos Casinelli: Con respecto a cuál es la problemática de salud del personal del equipo de salud, salud psicofísica, dicen "¿no creen que esto hay que denunciarlo? si no lo hacemos parece que estamos exceptos de la crisis".

En realidad hemos dicho tantas cosas. Nuestra problemática es, en parte, similar a la problemática de cualquier trabajador en un medio ambiente de trabajo que le es totalmente adverso. Esto no es una cosa que pase solamente con los trabajadores de la salud: ver otras áreas del trabajo implica también observar un montón de riesgos porque, lo que está en juego, es el trabajador como persona, y si el sistema no lo toma como tal, lo descuida porque no le interesa. Entonces, desde una fábrica metalúrgica a un taller mecánico, a una panadería o hasta un hospital, se suceden un montón de situaciones totalmente anacrónicas y perversas.

En el caso de salud, se agrava por ahí por el medio ambiente que es ya sumamente tensionante. Nosotros hemos denunciado hace tres años la muerte de dos compañeras enfermeras afiliadas al gremio, una en el Hospital Menéndez, que contrajo tuberculosis y murió y en el Borda, una enfermera que fue atacada por un paciente con un brote de excitación psicomotriz y la mató a golpes.

La cuestión es no solamente denunciar. De hecho, lo hicimos, denunciarnos, tuvimos prensa, fuimos al Ministerio, pateamos la puerta del Ministro, le diji-

mos de todo, salimos por los diarios. Ahora, las compañeras murieron, no las resucitamos.

Esta situación se agrava todos los días, todos sabemos que se agrava. Uno se puede hacer el distraído hasta ahí nomás, porque son tan grotescas las situaciones que pasan que, realmente, estamos en un límite, en un umbral. Ahora, esto no pasa solamente por denunciarlo, como en todos los órdenes, que nosotros denunciemos esto que pasa en un hospital o denunciemos las privatizaciones, o denunciemos el negocio, es parte de toda una reacción que merece y vale la pena. Pero eso es insuficiente.

El tema es cómo nosotros articulamos una fuerza suficiente que impida este tipo de cosas. Muchas veces la angustia económica, el salario, el no llegar a fin de mes hace que nosotros, por lo menos desde nuestro gremio, tengamos que conversar mucho con compañeros que han, o piensan en comprar, la salud, o vender la salud con el famoso tema de la insalubridad o de los riesgos del trabajo. Y nuestra concepción es que más allá del tema del dinero está el tema de que la salud no se puede negociar, más que intentar conseguir un plus o aumentar el plus, lo que tenemos que hacer es modificar las condiciones de trabajo, que hagan que un trabajo sea digno y no nos arruine.

Pregunta: Ante el arancelamiento hospitalario, ¿qué medidas toma o tomará la Asociación de Médicos Municipales?

Dr. Enrique Visillac: Bueno, lo del arancelamiento hospitalario es un hecho que, ante todo creo no organizado sino un hecho ilegal, considerando primero el arancelamiento hospitalario el cobro directo al paciente sin cobertura:

Nosotros hemos expresado, yo creo que si alguno de ustedes han pasado por algunos hospitales habrán visto algunos afiches, carteles, donde expresamos, dentro de nuestra protesta, el no rotundo al arancelamiento hospitalario y de las privatizaciones que encarecen el costo de la salud. Es decir, la posición actual es de rechazo y, lo que estamos realizando, aparte de la campaña de difusión que se agregara a esos carteles, volantes que se reparten a las personas que van al hospital, recetarios en cuyo dorso dice una leyenda, donde está nuestra postura, es precisamente participar de una Comisión donde hemos sentado nuestra posición de, por un lado, rechazo del arancelamiento a las personas que no están con cobertura y en segundo lugar, la exigencia de que se cumplan las leyes, como lo establece la ordenanza creo que 42.438 del año 1988, que está en vigencia y que dice en su artículo 15 que "no debe, bajo ningún punto de vista, pagar ninguna persona que no tenga ningún tipo de cobertura social. Esto es lo que estamos realizando y vamos a seguir en esta posición.

Pregunta: ¿Cuál es la responsabilidad de los médicos de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires en el estado actual de cosas en el hospital público?

Dr. Enrique Visillac: A esta primera parte de la pregunta yo creo que es una situación en la cual el que hace la pregunta opina, en general, como la mayoría de los funcionarios, que piensan que la culpa de que el hospital ande mal la tienen los médicos, sin pensar en todas las deficiencias, en todas las frustraciones y en todos los elementos coexistentes en el hospital que hacen que, realmente, el hospital no funcione.

Por ejemplo, esta pregunta que le vendría bien para poder responder a las autoridades cuando dicen que van a poner, por ejemplo, el control del horario de los profesionales a la entrada, permanencia y salida como si fuera el único problema, realmente el problema central, de que el hospital esté funcionando en forma inadecuada desde hace treinta años o más.

Yo creo que los médicos tienen poca responsabilidad y yo no diría los médicos, diría el equipo de salud, ya no hablaría del médico, hablaría de todos los que trabajamos en la salud. Tienen muy poca responsabilidad y si le diría que son muchos de ellos, con gran sacrificio, muchos de ellos gratuitamente, muchos de ellos dejando cosas muy importantes, son los artífices de que, por ahí, todavía la población tenga una asistencia decorosa.

Pregunta: Fuera de la realidad económica desastrosa que lógicamente afecta al sistema, antes de la idea del arancelamiento, ¿no era un desastre el sistema hospitalario?

Dr. Enrique Visillac: Y bueno, yo mucho no lo entiendo. Yo creo que el arancelamiento todavía no se ha puesto. Creo que el arancelamiento no va a mejorar en absoluto el hospital, si es que a eso se refiere la pregunta. ¿Por qué? Porque, me refiero al arancelamiento con respecto a las obras sociales, lo único que se ha obtenido es una mayor facturación, pero un cobro, realmente, sin ningún tipo de, digamos, resultado y, con respecto al arancelamiento directo de la gente, creo que los 500 dólares ya es absolutamente, o sea los 150 millones de australes que se pueden recaudar en un mes, sólo sirve, como dice muy bien, para pagar la seguridad. En mi hospital, la seguridad cuesta 180 millones de australes por mes y la cocina 2.000 millones. Así que el arancelamiento no tiene sentido. Sí es grave lo de la privatización. Yo creo que el hospital no es un desastre, podría ser mucho mejor, pero creo que el hospital municipal sigue cumpliendo una función bastante importante dentro de la atención de la población. Creo que es un poco duro el término: atiende 6 a 7 millones de consultas externas, tiene más de 200.000

egresos y todo lo que significa la urgencia en la Capital Federal.

Pregunta: No veo al médico municipal trabajando en favor de los centros de salud, sino boicotarlos.

Dr. Enrique Visillac: Yo creo que en los centros de salud son médicos municipales los que trabajan, ya es un problema que no sé, yo no puedo contestar que lo boicoteen. Sí sé que son personal municipal el que los atiende. Desgraciadamente a los centros de salud no se les dá, esto es otro aspecto, la trascendencia que tienen y, desgraciadamente, esto es una cosa que yo precisamente estaba trabajando en estos días. Muchos de ellos no son médicos o profesionales estables, sino que tienen cierta estabilidad. Yo creo que, honestamente, no lo boicotean. Seguramente debe tener sus argumentos quien hace esta pregunta, yo no los veo, no creo.

Pregunta: ¿Usted se atenderá con cualquiera de sus colegas de su hospital y en su hospital?

Dr. Enrique Visillac: Creo que la opinión mía no tiene absolutamente ninguna importancia, es decir, lo que interesa es la opinión de la gente, a lo mejor yo puedo decir que sí, pero creo que eso no es valioso. Valioso sería, realmente, que lo que contiene la pregunta fuera realmente una respuesta así para todos los médicos y para todos los profesionales que se atienden en el hospital y que creo que no es así, buscan otros lugares de atención, los que todavía pueden, muchos tienen que atenderse en el hospital porque realmente no tienen otra alternativa.

No obstante, creo que esta pregunta es valiosa en el sentido de que nosotros debemos propender, y este también es un desafío, a que el hospital tenga el nivel y hay que trabajar, como decía el Dr. Testa, con el optimismo mínimo necesario como para que, de alguna manera, el hospital llegue a ser, bueno, un lugar confiable para toda la comunidad.

Pregunta: ¿Por qué no incluye en la carrera hospitalaria no sólo el tiempo medio, sino también la formación del profesional?

Dr. Enrique Visillac: Bueno, primero quiero decirles yo que la carrera hospitalaria no la hacen los medios de información. La carrera profesional, que es una ordenanza, 41.455, está hecha por el poder administrador, porque es una ordenanza, y que los médicos y los profesionales hemos participado y hemos agregado una cosa. Bueno, yo lo que quiero decir concretamente, rápidamente, la carrera de profesionales es un instrumento que permite la vida, del profesional en cuanto a su ingreso, a su permanencia y no tienen por qué intervenir, en mi mo-

desto entender, en la obligatoriedad, por medio de una ordenanza, de la, como dice acá, formación del profesional. Sería un poco autoritario, quizás poco democrático que una ley obligara a la persona a capacitarse.

Después, cuando va al concurso, bueno, de acuerdo a la capacitación que ha tenido, podrá acceder o no al cargo. Pero yo me opongo a obligar a capacitarse por una ordenanza.

Público: Bueno, pedí la palabra porque coincide con eso lo que quiero preguntar. No sé quién hizo la pregunta, no tengo nada que ver, pero pienso que la ha hecho en este sentido: yo soy médico, soy profesional, por eso aclaro que quiero defender una posición. Hay diferencias del médico al profesional con modelo hegemónico clásico con que nos formó la Facultad que, realmente deteriora el trabajo del otro médico, que es el que se dedica, que es el que se siente trabajador de la salud, que está unido a todo el otro equipo de salud, a todos los integrantes. Es decir, que desde el director hasta el portero es un equipo de salud, somos trabajadores de la salud, y creo que a eso puede haber apuntado esa pregunta. Hay médicos que no cumplen, lo sabemos perfectamente en los distintos lugares en que vivimos, y hay otros que se desviven por el hospital, que a lo mejor en estos momentos el hospital está funcionando gracias a eso. Pero el número de los que no cumplieron, de los que corrieron a la privada, de los que le interesa el negocio de la enfermedad es, a lo mejor, mayor y deteriora. Para el paciente o el usuario que necesita ese hospital tiene esa lamentable imagen, pienso que a eso puede haber ido la pregunta. Gracias.

Dr. Luis Migueles: Yo quería antes de contestar una pregunta que tengo acá, hacer una aclaración acerca de cómo me parece el tema de cuál es la responsabilidad de los profesionales del hospital en la crisis del hospital. Yo creo que hay alguna responsabilidad de algunos profesionales de los hospitales y que coincido plenamente con la compañera que hablara recién de que, aquellos profesionales que yo quiero recalcar que son pocos, son los menos, en cada hospital, son aquellos que tienen el modelo médico hegemónico muy afianzado y que determinan en el hospital —lamentablemente muchas veces también son los que tienen mucho poder adentro del hospital—, dónde van las donaciones, dónde va el dinero y también dónde va el estudio científico, muchas veces, dentro del hospital. Y creo que esta es una responsabilidad que hay que reconocer pero así, digamos: son pocas personas, pero existen. Después, sobre el arancelamiento, en realidad, si bien es cierto que en este momento no todos los hospitales municipales están arancelados, y que el arancelamiento de los que están arancelados coincide con la ideología o la intención de las direcciones de los hospitales que están

arancelados, hay una gran responsabilidad de la Municipalidad que brinda una estructura legislativa, una base legislativa al arancelamiento. Yo, cuando hablé del arancelamiento, no había citado, pero el documento del 87 del Banco Mundial también dice arancelamiento a los usuarios de los centros de salud y, en el año 90, en agosto, hay un decreto, esta vez del intendente Grosso, adonde se habla del cobro directo a terceros, sin aclarar si estos terceros son voluntarios o no, sin aclarar quiénes son los terceros.

Esta es una legislación —creo que justamente ha sido hecha así, no aclarando bien las cosas— pero con la intención de dar una base a las dirigencias de los hospitales para que el arancelamiento se produzca. Y la responsabilidad es tanto de la Municipalidad como de las direcciones de los hospitales.

Y, con respecto a algún concepto que se manejó acerca de cómo estaban los hospitales antes del arancelamiento, no sé, por ahí esto es cierto, digamos que los hospitales estaban mal antes del arancelamiento. Si esto plantea la idea de que con el arancelamiento se pueden mejorar los hospitales, es una idea totalmente falta de sustento, desde el punto de vista ideológico si se quiere, en el sentido de que un hospital público en teoría es sostenido por los impuestos de cada uno, y aunque uno concurra al hospital público como uno paga los impuestos en la Municipalidad, por más que no le haga mella pagar 25.000 australes porque lo atiendan, tiene que tener derecho a decir que no quiere pagar otra vez lo que ya pagó.

Por otro lado, hay un cuadro, en un estudio del INDEC, adonde se analiza cómo consulta la población según niveles de pobreza. Se dividen en pobres estructurales, esto es del año 88 me parece, estudio hecho en investigación de la pobreza en la Argentina en el conurbano bonaerense. Están divididos en pobres estructurales, pauperizados y no pobres. El grupo de no pobres, que uno supone que es solamente esos quienes no les afectara pagar en el hospital, sólo un 7% de los que concurren al hospital público son no pobres, el resto son todos pobres. Bueno, de aquí sacamos las conclusiones de cual es el beneficio que se puede obtener arancelando el hospital.

Pregunta: Quisiera saber si al hablar de arancelamiento hospitalario no se incluye aquel en el cual se factura a las obras sociales la atención de sus afiliados previa captación al ingreso al establecimiento, sin costo ni descuento al paciente, que no paga ningún bono, ni costo hospitalario, beneficiándose así este mismo y el establecimiento público, que reembolsa posteriormente este gasto. En Tucumán, con déficit y altibajos se está realizando el arancelamiento en el SIPROSA (Sistema Provincial de Salud). Firmado: Dra.Soria, de Tucumán.

Dr. Luis Migueles: En realidad, nosotros creemos que hay una maniobra de la Municipalidad en largar en paquete una sola medida, que es: dar la responsabilidad al hospital de generar como ellos dicen verbalmente recursos genuinos. Por un lado, se hace todo junto esto, por un lado se le da a las administraciones de los hospitales la responsabilidad de la facturación y cobro directo a las obras sociales desde mayo de este año, en oposición a lo que era antes, que la Municipalidad en forma centralizada facturaba y cobraba a obras sociales.

Esto nosotros no lo discutimos; sí creemos que es un mecanismo que tiene que ser mucho mejor implementado porque las administraciones de los hospitales están tan achicadas, con falta de elementos, tecnología, personal capacitado, etc., que no pueden realizar un cobro a las obras sociales. Y una de las causas por las cuales las obras sociales no son captadas es que porque el paciente miente, pero miente que no tiene la obra social porque sabe que tiene que hacer tantos trámites, actuar como empleado de la obra social y empleado de la Municipalidad, y, entonces la causa es, en realidad, que las administraciones de los hospitales no están bien provistas para hacer trámites por sí mismas y poder facturar y cobrar a las obras sociales. De todos modos, con una buena administración, por lo menos comparada con el resto de los otros hospitales municipales, el Hospital Garrahan llega a reunir, creo que menos del 30% de su financiación con facturación a obras sociales, es decir que eso no es una solución, por sí mismas. Y a mí me gustaría saber, por curiosidad, si en Tucumán lo que la doctora llama arancelamiento se refiere al cobro este a las obras sociales o al cobro directo al paciente. Nosotros hacemos hincapié en el concepto de que nos oponemos al cobro directo al paciente, y queremos hacer bien la distinción, digamos. No sé cómo es en Tucumán, no sé si es todo o sólo se cobra al paciente.

Dr. Enrique Visillac: Yo quería agregar otra cosa sobre el arancelamiento, problema que es altamente preocupante, porque ya que nombró al Hospital Garrahan. Yo creo que tenemos que tener en cuenta que esto manejado por directores de hospitales que no tengan algún concepto claro de qué es la salud pública y lo que es el empobrecimiento de la población, está trayendo ya inconvenientes importantes y puede llegar a ocurrir, como pasa en muchos servicios, que cuando uno va a derivar a un paciente a un hospital público, le van a solicitar o le solicitan si tiene obra social, como me ha pasado personalmente en servicio con el Garrahan. Entonces se está, de alguna manera, y con esto yo no quiero denostar bajo ningún punto de vista lo que decía él de arancelamiento de las obras sociales, sino que se corre el riesgo de que el individuo que no tenga cobertura no interese al hospital porque no da plata, porque volvemos al principio. Yo creo que es desderrable de la medicina, o de la atención médica como algo económico nada más, entonces cuando un paciente va a una ventanilla si tiene cobertura seguramente,

de seguir implementándose este tipo de cosas así prioritarias, va a encontrar mejor o mayor posibilidad de internación porque va a dejar su respectivo cheque que aquel que no tenga ningún tipo de cobertura. Esto tenemos que tenerlo en cuenta también porque va a ser un problema que ya en algunos lados se está suscitando, sobre todo con aquellas patologías crónicas: no quieren recibirlo si no tienen cobertura.

Lic. Silvia Chiarveti: Bueno, les aclaro un poco en función del tiempo que nos queda lo que vamos a hacer. Allá hay alguien que ha pedido la palabra, la Dra. Soria que fue la que hizo la pregunta que contestó Luis y en relación al tema del SIPROSA, va a hacer uso de la palabra también y luego tenemos algunas preguntas que nos faltan contestar en la mesa y con esto vamos a cerrar porque si no, estamos ya excediéndonos en el tiempo.

Público: Si, yo soy residente de Medicina General de segundo año del Hospital Diego Paroissien de La Matanza y trabajo en una unidad sanitaria periférica hace un año y medio. Yo quería decir tres detalles y después lanzar una pregunta. El Hospital Diego Paroissien de La Matanza tiene 25 camas en Clínica Médica, es el único hospital en La Matanza y tiene 23 camillas en el servicio de guardia externa, que yo creo que en el Zoológico de Sofovich los animales deben estar mejor que en la camilla de la guardia. Nosotros hacemos un consultorio de crecimiento y desarrollo, que depende de la Residencia, donde encontramos a lactantes, en cuanto a su crecimiento, a su desarrollo, examen neurológico y psicoestimulación.

Lo que estamos viendo es que 7 de cada 10 chicos que recibimos de 2 meses de edad están por debajo del percentilo 3 de las tablas de la Sociedad Argentina de Pediatría sobre crecimiento y desarrollo. La semana pasada, el jefe de residentes del Hospital de Niños de San Justo habló por Radio del Plata diciendo las condiciones de trabajo inhumanas que hay en ese Hospital. Yo a veces, cuando estoy en la guardia externa o estoy atendiendo algún paciente en mi Hospital o en la Unidad Sanitaria, me siento muy cómplice de esta situación. Yo los escuchaba —esta mesa me pareció muy interesante— y escuchaba cómo uno de los disertantes hablaba de lo que pasó con las enfermeras, que patearon la puerta del Ministerio, recordaba lo que pasó con el jefe de residentes del Hospital de Niños de San Justo, que lo llamaron de la Dirección de Salud, por haber hablado en Radio del Plata, recordaba algún problema que hemos tenido nosotros en el Hospital cuando empezaron a faltar los médicos y querían mandar al residente a la guardia, recordaba la ley nueva de residencia en la provincia de Buenos Aires que habla del médico residente como médico asistente. Entonces, yo me pregunto:

yo me siento muy cómplice de esta situación, ¿cómo podemos detener esto?, es decir por ahí el jueves sale todo esto en la prensa, pero qué hacemos, paramos el hospital, no atendemos más, ¿cómo detenemos? Yo creo que esto es más allá de un plan de ajuste, es una decisión de gobierno.

Yo creo que un gobierno puede tomar dos ideas sobre los pobres: o los ayuda o los ignora. Yo creo que la idea de ignorar a los pobres no es de este gobierno sino que viene desde que se creó la democracia, y por ahí antes. Digo, ¿qué hacemos y cómo lo paramos? porque yo me siento muy cómplice de esto.

Dr. Luis Migueles: Bueno, yo aprovecho lo que dice acá el compañero porque bueno, en el Hospital de Niños, en este momento, hay cierta movilización con una intención de denuncia y en asambleas de residentes lo que se decidió concretamente es proponer a todo el Hospital el jueves, antes de la conferencia de prensa que se va a citar, a hacer una marcha todas las semanas que no implique el paro de actividades, pero que tenga citación previa a toda la prensa para ir actualizando las denuncias y los reclamos en forma semanal. Invito simplemente a todos los que tengan la inquietud de llegar adhesiones o de concurrir a esta marcha, que no sabemos qué dá concreto va a ser pero que el jueves vamos a tener algún dato más.

Lic. Silvia Chiarveti: Bueno, antes de que conteste la Dra. Soria, que quería hablar, acá hicieron llegar una notita que dice que en Chubut se factura a las obras sociales y en la zona sanitaria Este las obras sociales están pagando y se ha logrado mejorar en algo la infraestructura.

Dra. Soria: Bueno, yo quería comentar un poquitito que lo que ocurre en Tucumán es, más o menos, lo que contaron acá. Existe el doble arancelamiento directo al paciente, que trae los mismos inconvenientes que se comentó y existe también el arancelamiento a las obras sociales. El arancelamiento peca por muchas cosas, por supuesto, —el de las obras sociales— principalmente en la falta de información, tanto del público, que al preguntárseles si tienen obra social lo niegan automáticamente porque piensan que se les va a cobrar, más aún que aquel que no la tiene. Y el del propio equipo de salud, que no se dedica, muchas veces, a preguntarle, a tomarse el trabajo de interrogar al paciente sobre si tiene o no e informarle de los beneficios que tiene.

Según un estudio hecho últimamente, de la cantidad de pacientes con obra social que acuden al hospital público, se factura solamente el 10% de todos los que van, con una retribución, o con un cobro a la obra social del 0,1%. Es decir que en este momento no es efectivo.

Se están tomando las medidas para tratar de hacerlo efectivo, como un estudio a nivel SIPROSA, central, de las causas y las propuestas de soluciones para esto. Además, existen faltas de convenio con las obras sociales, por las cuales éstas pagan si quieren, si no, no lo hacen, entonces realmente tiene muy poca efectividad. En cuanto a lo que decía el Dr. Visillac, estamos viendo nosotros en Tucumán que hay un reemplazo directo de aquel paciente que acuda por no tener obra social por la nueva clase pauperizada realmente, en las cuales el 50%, dirá, de los que acuden, tienen obra social. Es decir, compartimos la experiencia de la cual se ha hablado, está ocurriendo algo bastante similar en Tucumán.

Pregunta: ¿Existe posibilidad de implementar una estrategia de trabajo donde se intenten articular las acciones del sector público de salud con el privado y las obras sociales? ¿De qué manera puede desarrollarse?

Dr. Enrique Visillac: Yo creo que esto es un poco lo que hemos conversado, yo creo que debe hacerse, que va a permitir seguramente la utilización más racional de los recursos que, como decíamos recién, no es poco lo que se suele gastar en salud: esos 280 dólares por persona.

Yo creo que esto un poco se contempló no con exactitud, digamos, en toda su plenitud, pero se contemplaba en los primitivos seguros nacionales de salud que se han hecho, que se hacían. Se contemplaba la articulación de los distintos subsistemas, como para de alguna manera llegar a tener un verdadero sistema integrado. Creo que las estrategias están para ponerse a trabajar todos los sectores, deponiendo seguramente muchas actitudes individuales. Pero lo veo como algo un poco difícil todavía de obtener, pero que hay que seguir; creo que es una forma importante de utilizar los recursos,

Dr. Chames: La pregunta que me asignaron refiere a la razón de existir de las distintas entidades de profesionales de la salud, llámese colegiaturas, círculos o asociaciones, confederaciones. Y si su carácter debería ser modificado en función de los requerimientos de estos tiempos.

Evidentemente, la situación de estas entidades no es muy feliz, porque la problemática que tienen que afrontar es extremadamente seria y se agrava paulatinamente. Yo no creo que haya derecho alguno a culpar a los dirigentes de falta de dedicación, negligencia, mala voluntad, desidia, cosas por el estilo, porque la mayoría de ellos se desempeñan honorariamente, además tienen que cumplir tareas propias de su profesión, tienen también sus requerimientos familiares, económicos, sociales, etc. y eso lógicamente limita un poco, un poco no más, su participación en el manejo de esas entidades.

Pero yo les puedo asegurar que en general, las entidades cumplen en una for-

ma bastante aceptable la labor que la ley les asigna. En primer término porque procuran ordenar el ejercicio de la actividad profesional, que no es fácil y tampoco sencilla, y eso también hay que reconocerlo: las leyes facultan a las distintas entidades a cumplir tareas de fiscalización, de funcionamiento ético de cada una de estas profesiones, cuyo control no es fácil porque la entidad oficial central, por ejemplo, que es el Ministerio de Salud y Acción Social no cumple ni remotamente con los objetivos que tiene asignados desde el punto de vista tanto organizativo como funcional, e inclusive también institucional y hasta diría constitucional.

Eso también dificulta extremadamente la labor que realizan estas entidades, no obstante la cual, hay un progreso, un perfeccionamiento constante en su accionar, en su gestión. Pero hay que reconocer también algo muy importante, porque sucede en otro tipo de entidades, no solamente en el profesional sino también de otro carácter —político y hasta deportivo también—, que la participación de los interesados es mínima, y eso lógicamente no es aceptable. En la medida en que no se refleje en un movimiento solidario, por parte de todos los integrantes de una colegiación, la responsabilidad que les compete, la labor que pueden desarrollar sus dirigentes y, por ende, la entidad que representan, evidentemente no va a ser total ni muy satisfactoria. Pero de cualquier manera hay que reconocer que el esfuerzo permanente y la renovación constante de sus dirigentes ayuda sensiblemente a mejorar el enfoque de la situación.

Mucho más no se puede hacer, esto lo recalco con la experiencia de muchos años.

ECOLOGIA Y SALUD

COORDINADOR:

Dr. Mario Epelman
Greenpeace Cono Sur.

PANELISTAS:

Dr. Nelson Albiano, Jefe Unidad Toxicología del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”.

Dra. Estela Giménez, Profesora Titular de Toxicología de la Facultad de Medicina, U.B.A.

Juan Schröder, Coordinador del área nuclear de Greenpeace.

Dr. Mario Epelman: Buenas tardes. Bienvenidos. En esta mesa cuyo título es “Ecología y Salud” van a participar: la Dra. Estela Giménez, que es profesora de toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el Dr. Nelson Albiano, que es el Jefe del Centro de Intoxicaciones del Hospital de Niños, Juan Schröder que es un pionero de la lucha antinuclear en la Argentina y yo, Mario Epelman, que muchos me conocen más por mi dedicación al tema de salud laboral, que en este momento estoy trabajando en temas de salud ambiental, en la organización ambientalista Greenpeace.

En primer lugar quisiera felicitar a los organizadores por haber incluido este tema en estas Jornadas. Realmente los peligros que se ciernen sobre el medio ambiente y consecuentemente sobre la salud de la población es un tema que comienza a estar en boca de todos, aparece en las páginas de los periódicos, y la gravedad de la amenaza no es para menos. La contaminación y el agotamiento de los recursos naturales son siniestras manifestaciones de esta amenaza que se nutre de un estilo de producción y consumo, de la injusta distribución mundial de la riqueza y la pobreza, del acceso a la energía y los productos y la injusta distribución de los residuos, que ese mismo estilo de producción genera.

Para quienes hace años venimos participando en estas Jornadas en mesas de salud y trabajo el estar en este tema no significa un cambio de tema, en todo caso es una ampliación del mismo. En primer lugar, porque gran parte del daño causado al medio ambiente, y por consiguiente a la salud de la población, se genera en la sociedad industrial con su particular estilo de producción y consumo. En segundo lugar, porque los trabajadores sufren dos veces las consecuencias de las agresiones al medio ambiente: una adentro de la fábrica, otra afuera y una tercera como consumidores. Y otra razón, que es tan valedora como ésta, es que, paradójicamente, cuando cae la producción, como ocurre actualmente en nuestro país, falta trabajo, el pauperismo alcanza grados extremos, y también aparecen problemas ecológicos porque la miseria es en más de un sentido el grado extremo de la contaminación y un azote para los países del tercer mundo. Si hace falta un ejemplo ahí tenemos el cólera extendiéndose por América Latina aprovechando justamente el deterioro del medio ambiente en su expresión más elemental: la falta de agua potable y condiciones de saneamiento básico.

Pero además creo que es importante destacar que tomar este tema como objeto de una mesa es también recuperar las más valiosas tradiciones hipocráticas. Según los principios fundamentales formulados por Hipócrates hace casi dos mil quinientos años, las enfermedades no son causadas por dioses caprichosos o fuerzas irracionales como la gente primitiva estaba acostumbrada a creer, creencia que de paso perdura en nuestra época y en gente no tan primitiva. Algunas conclusiones importantes que se pueden encontrar en los escritos hipocráticos son: primero, que en el bienestar del ser humano influyen todos los factores ambientales entre los cuales mencionaban la calidad del agua, del aire, de los alimentos, las estaciones, el régimen de lluvias, los vientos y la topografía de la tierra; segundo, dicen que la salud es una expresión de la relación armoniosa entre el ambiente, las formas de vida y los diversos componentes de la naturaleza del hombre; tercero, lo que ocurre en la mente influye sobre el cuerpo y éste ejerce una influencia similar sobre la mente y entonces llegaban a la conclusión que la salud quería decir, *una mente sana en un cuerpo sano*. Los estudios clínicos y epidemiológicos recientes demuestran que el cuerpo, la psiquis y el ambiente natural y social inextricablemente relacionados deben ser considerados en forma conjunta en cualquier situación médica. O sea que, después de un largo rodeo, la medicina está volviendo al concepto unitario de la enfermedad, que los médicos hipocráticos percibieron intuitivamente hace más de dos mil quinientos años.

Pero cuando hoy hablamos de la relación ambiente-salud nos estamos refiriendo a algo más grave de lo que se hablaba en la época de Hipócrates. Porque hoy asistimos a una agresión rápida, violenta, que se ejerce sobre el medio ambiente y consecuentemente sobre la salud de la población. Esta agresión comenzó de esta manera con el desarrollo de la revolución industrial y del sistema capi-

talista. Así como se aplicó a los obreros la lógica de la sobreexplotación y el agotamiento del sudor, también se aplicó a la naturaleza la doctrina de la sobreexplotación y el agotamiento de los recursos. El agua, el aire, el suelo que son propiedad de todos, son sin embargo utilizados como si fueran propios por quienes detentan la propiedad de los medios de producción. Se consideró también al planeta como una fuente inagotable de recursos y a la vez como un depósito interminable de todo tipo de residuos provocados por la producción. Además, este sistema devorador visualizó a los países del tercer mundo como el basurero de todas las sustancias y desechos tóxicos radiactivos. A medida que en un país desarrollado se prohíbe el uso de una sustancia porque es tóxica, cancerígena, porque produce trastornos de reproducción y en el ambiente, lo que se prohíbe es su uso y no su producción, se sigue fabricando y exportando justamente para ser usada en los países del tercer mundo. Por ejemplo, el 30% de los pesticidas exportados en los Estados Unidos están prohibidos, restringidos o no registrados en ese país, o sea que no se usan. Y como éste hay muchos ejemplos: los medicamentos, productos industriales como el apresto, los aditivos de plomo para las naftas. Y así hoy, cuando en las aguas de ríos y mares se arrojan todos los días decenas de miles de toneladas de petróleo, alquitrán y mercurio, cuando en nuestras ciudades se levantan espesas nubes de humo, cuando los bosques desaparecen precipitadamente, la erosión avanza, los productos de la desintegración radiactiva se acumulan en los organismos de la flora, la fauna y los humanos, ha llegado sin duda la hora de una revisión urgente de los principios en que se basan nuestras relaciones con la naturaleza.

Las catástrofes químicas de Seveso y de Bhopal, la tragedia nuclear de Chernobyl, el derrame de petróleo del Exxon Valdez, los problemas ambientales generados por la guerra del Golfo Pérsico, el empobrecimiento de la capa de ozono, el aumento incontrolado del efecto invernadero con el consiguiente calentamiento del planeta son los grandes hechos que han producido en este momento una cierta sensibilización política. Pero no tenemos que acordarnos solamente de la relación medio ambiente-salud cuando hay una catástrofe. Cotidianamente estamos expuestos a la agresión del ruido, de las radiaciones, de miles de sustancias químicas que silenciosamente van minando la salud y esto va a ser la temática de los demás participantes de esta mesa.

Es muy importante que los médicos tomemos conciencia de esta problemática. Hacen falta respuestas individuales pero sobre todo grupales, sociales y colectivas. La búsqueda de políticas ambientales para el futuro debe pasar a un planteo integrado concebido para alcanzar objetivos económicos, sociales, sanitarios y ambientales que tiendan fundamentalmente a mejorar la calidad de vida para todos los habitantes del planeta Tierra, para los actuales y las generaciones futuras. Es un momento de un gran desafío, hay que hacer una apuesta fuerte por

la vida. (*Aplausos*)

Después de esta introducción voy a invitar a Juan Schröder para que nos hable de los riesgos del uso de la energía nuclear.

Juan Schröder: Muy buenas noches. Primero quería pedirles disculpas porque tengo un compromiso contraído a las 19:30 y no voy a poder quedarme a contestar las preguntas, pero como con Mario trabajamos juntos y él conoce bien el tema me va a suplantar en esto. Lamentablemente comienzo hoy un curso en la Fundación Tierra Alerta y pensábamos que comenzaba a las 18:30, pensé mal porque no me acordé que estaba en la Argentina, y eso también demoró un poco.

Yo les quería hablar en mi calidad de activista. Yo estoy tocando este tema, hablándolo, peleándome con alguna gente desde el año 1982 y por ello recopilé un montón de información que se la quiero transmitir. Primero: es muy usual, y alguno de ustedes lo ha vivido si ha escuchado a algún funcionario de la Comisión Nacional de Energía Atómica, minimizar el peligro de las radiaciones diciendo, por ejemplo, que nosotros en la naturaleza estamos llenos de radiación. Esto es cierto: si yo, en lugar de trabajar a nivel del mar trabajo a 3.500 m de altura tengo mayor radiación, los edificios tienen radiación. Todas éstas son radiaciones naturales. A lo cual ellos dicen que el funcionamiento de centrales o de establecimientos como una planta de reprocesamiento o de enriquecimiento de uranio, eleva esto solamente en un 1,2%. Yo no sé si esto es cierto, pero lo que si es cierto y se oculta deliberadamente es que las radiaciones de las que nosotros hablamos no están en la naturaleza y son producidas exclusivamente por el hombre a través de las centrales nucleares. Si bien hay elementos radiactivos en la naturaleza, no encuentro plutonio, cesio, estroncio, yodo ni un montón de elementos que los hace el hombre y son subelementos que se producen dentro de la central cuando desencadena el átomo. A propósito de esto traje unas cien fotocopias donde está establecido en el cuerpo humano los distintos daños que los subelementos producen. Cuando terminen estas Jornadas las pueden pedir en el stand de Greenpeace.

Entonces tenemos que ser muy claros cuando hablamos sobre qué estamos produciendo. Haciendo una breve historia, cómo comienza esto. Comienza fabricando centrales nucleares para producir exclusivamente plutonio para llegar a la bomba, y esto lo sabemos todos porque se tiraron dos bombas, una en Hiroshima y otra en Nagasaki. No hacía falta que se tirara la segunda bomba, pero como eran dos sistemas distintos querían ver cuál mataba más. Es una realidad del ser humano en la guerra. Claro, cuando terminó la guerra y el júbilo y la celebración por el fin de este enfrentamiento tan cruel, se empezaron a preguntar qué diría el contribuyente de Estados Unidos al saber que se habían gastado miles de millones de dólares para terminar la guerra contra un enemigo que ya estaba casi ven-

cido. Entonces se empezó a buscar forzosamente la aplicación de la energía atómica, que después se llamó "átomos para la paz", para justificar el procedimiento y su desarrollo bélico. Así se originan las centrales que producen electricidad, uno de los del equipo de Los Alamos dijo: como esto genera mucho calor podemos hervir agua, ponemos una turbina y produce electricidad. Una solución redonda porque estas centrales de uso civil a la vez producen plutonio, que sirve para hacer la bomba atómica. Tal es así que una afamada pediatra australiana Rosalí Bertez, que es la Presidenta de los Médicos para la Responsabilidad Social en los Estados Unidos y gran luchadora en cuanto a los efectos de las radiaciones en el ser humano, dice que una central nuclear es lo mismo que cortar un pan de manteca con una sierra eléctrica. ¿Por qué dice esto? porque una central nuclear produce, cuando se desencadena el átomo, miles de grados de calor para luego hervir agua. O sea que no hace falta tanta energía para hervir agua. Les explico esto para saber cómo nace toda esta industria floreciente donde todos los países se anotan: Estados Unidos, Suecia, Alemania, Francia, Inglaterra, Rusia y ahora los del tercer mundo también. Lo que no se pensó era el daño que producen los iones radiactivos (Plutonio, cesio, yodo, estroncio, etc.).

Quiero nombrar uno solo de los elementos para aprovechar, porque sólo tengo quince minutos y esto daría para mucho más. Vamos a hablar del plutonio. Qué es el plutonio? Un átomo de plutonio pesa una millonésima de gramo, por consiguiente no se ve, ni se siente ni se puede oler. Si yo lo inhalo, me puede producir un cáncer de pulmón. Acá hay radiación alfa, beta y gamma. La alfa y la beta son únicamente ingiriendo o inhalando, ya la gamma es entrando por piel. Estamos hablando de rayos alfa. Si yo ingiero o aspiro un átomo de plutonio éste se puede instalar en una célula, bombardear con partículas alfa al gen regulador de la misma y modificarlo pasando la célula a multiplicarse sin control. Esto no se produce en seguida, recién empieza a perder el efecto regulador a los diez o quince años según el elemento que sea. Entonces produce cáncer, leucemia y malformaciones genéticas. Para que ustedes se den cuenta del peligro de esto fíjense que no hay dosis mínima, porque un átomo que es una millonésima de gramo ya puede producir un cáncer, o sea que no es como otros elementos tóxicos que tienen un umbral a partir del cual se vuelven negativos. El plutonio una vez que produce el cáncer en el ser humano sigue su efecto, éste se muere, vuelve el átomo nuevamente a la atmósfera y sigue cobrando víctimas durante 250.000 años. Estamos ante un elemento que: no tiene dosis mínima, no es controlable y que a la vez puede seguir produciendo efectos negativos durante 250.000 años. Este ejemplo, es para que nosotros sepamos de qué estamos hablando y cómo el hombre desarrolló algo, sin poderlo controlar.

Tenemos ejemplos cuando la gente de la Comisión de Energía Atómica nos quiere asegurar que las centrales son seguras, que no tienen pérdidas, que los

verdes y los ecologistas o los científicos, porque hay muchísimos científicos, incluso Premios Nobel, que están haciendo críticas muy severas de esto, están equivocados porque hay dosis de seguridad, alarmas, sistemas de seguridad; pero en el año 1986, en abril, se produce el accidente industrial más espantoso de todos para la era industrial de los últimos doscientos años, donde empieza esa sociedad que muchos de nosotros no queremos y creo que ustedes tampoco que es la de consumo, el úselo y tírelo. El accidente de Chernobyl produce terribles secuelas no solamente en salud, sino en campos que no se pueden cultivar, ciudades enteras que no se pueden habitar y a la vez un gran daño económico. Les quiero contar que cuando ocurre éste accidente el sistema de seguridad no falló, funcionó: la luz roja se prendió pero el reactor se fundió al minuto y dieciséis segundos. O sea que no hay elementos y siempre aparecen cosas nuevas en esta problemática nuclear. Y cuando digo que hay siempre nuevas son nuevas malas, son malas noticias. En Inglaterra hay una planta de reprocesamiento. Lo explico muy rápidamente: cuando yo tengo combustible nuclear en un reactor esas vainas que producen energía se queman al año o al año y dos o tres meses y pasan a ser un residuo que tiene que decantarse en ese lugar como primera etapa y después se tiene que reprocesar para poderlo almacenar de alguna manera, cuando digo de alguna manera nunca digo de alguna manera segura porque hoy en día no se sabe qué hacer con los residuos, sin que estos contaminen. El reprocesamiento es el proceso más peligroso de todo el ciclo del combustible nuclear porque se mezcla con solvente, ácido nítrico, y se separa plutonio y uranio y queda un desecho.

Las dos grandes plantas de reprocesamiento que existen en el mundo son Inglaterra y Francia, de Rusia no hay mucha información de la capacidad que tiene. En Inglaterra están en Sherafield, en un lugar que creo que está al norte del país, donde la estadística nos da un gran índice de leucemia en los chicos y entonces esto se estudiaba y estudiaba. Ya los habitantes de la región empezaron hacer acciones legales contra el gobierno. Este muy preocupado le da a un grupo de científicos el estudio del problema. El estudio dura cinco años y la conclusión que sacan es totalmente nueva, porque se creía que los chicos contraían la leucemia porque se contaminaban con los residuos que esta planta tiraba a los alrededores. Descubren que todos los chicos que tienen leucemia tienen padres que trabajaron en esta planta y cada uno de ellos había recibido, hacen una estadística sobre diez hay nueve, altas dosis de radiación. Es decir que estamos frente a un nuevo problema: habían recibido altas dosis de radiación y en el momento de engendrar estaba dándole, a través del esperma, un futuro de leucemia a su hijo que todavía no había nacido. Todos los días nos enteramos de problemas como son, por ejemplo, las dosis mínimas. Cuando empezó esta industria la dosis mínima de los operarios era cien veces mayor que ahora, o sea que hemos ido ensayando

con un montón de gente y dándonos cuenta de que la radiación siempre hizo más daño de lo que pensábamos. Tal es así que en el uso medicinal de los rayos x en los países industrializados, acá también hay médicos que lo recomiendan, ya no es que al primer síntoma de problema bronquial o pulmonar se saca una radiografía de tórax. Ahora se cuidan mucho e incluso en los Estados Unidos recomiendan hacer una radiografía cada dos años, si es posible. Las dosis mínimas de radiación son acumulativas, no desaparecen tan rápidamente como se había pensado.

Pero la contaminación a la que yo me refiero, el estroncio, el yodo, el plutonio, el cesio y todos los otros subelementos, no solamente se produce por accidentes como el de Chernobyl o escapes periódicos, como por ejemplo se descubrió en Estados Unidos que hubo centrales que perdieron radiación durante veinticinco años y quizás tuvieron más víctimas que el accidente de Chernobyl (ésta es la gran catástrofe y lo otro es la pérdida periódica de elementos radiactivos) sino que el otro problema son los residuos que se producen, como les explique, por los productos quemados o los de los minerales. Hay un gas que es altamente cancerígeno que el es radón, el cual existe en la naturaleza porque se produce a partir de las rocas que contienen mineral de uranio y cuando explotamos una mina y removemos esta piedra se liberan grandes cantidades de este gas. En Estados Unidos, en las minas de uranio los únicos que trabajan, y ustedes no se van a sorprender de esto, son los indígenas, los navajos, que mueren entre un 50% Y 60% de cánceres de pulmón. Entonces lo que ustedes tienen que ver es que hemos desarrollado una industria que es altamente contaminante y no le hemos encontrado la solución a lo residuos que se dividen en: baja intensidad, mediana intensidad y alta intensidad. Y a pesar de que ustedes deben haber leído una polémica, que originamos en parte en Greenpeace, sobre un proyecto de un basurero nuclear en Gaste donde ya está hecho el estudio de factibilidad, no hay un sólo basurero permanente en el mundo y suecos, alemanes, franceses e ingleses han estado estudiando desde veinte años antes que nosotros. No está la solución porque además el residuo de alta intensidad, que es el que cuesta aislar, produce calor durante cientos de años. Entonces, al producir calor y ser altamente radiactivo no hay formación granítica que se haya encontrado que se pueda resistir.

Bueno, me faltan cinco minutos. En este tiempo les voy a decir qué es lo que debemos hacer o qué soluciones tenemos ante la realidad de que existen centrales nucleares. En nuestro país hay dos centrales, no es como en Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra que tienen muchas más. ¿Qué debemos hacer? Primero la Comisión Nacional de Energía Atómica en las dos centrales, esto va para los que viven en Córdoba y en la provincia de Buenos Aires, jamás le implementó a la población que vive cerca de las centrales un sistema de seguridad. Jamás se le dijo a la gente que es lo que tiene que hacer en caso de un escape. Pero

esto no es casual. No es desidia. Es intencional para que la gente se vaya acostumbrando que esa bocha que tiene como central nuclear es totalmente inocua y no ocasiona ningún problema. Es una manera de no alertar a la gente y no asustarla. Lo único que han hecho fue distribuir entre la población de Lima, que está a cinco kilómetros de la central, unas pastillas de yoduro de potasio cuya función es, ya que uno de los elementos que más se escapan en un accidente nuclear es el yodo radiactivo, llenar justamente de yodo la glándula tiroidea para que no entre el radiactivo y se evita el cáncer de tiroides. Estas pastillas las tienen las salidas de primeros auxilios, los bomberos, la policía y la Comisión Nacional de Energía Atómica; pero nosotros, como somos muy buscadores para ver hasta dónde llega la verdad que a veces nos tratan de contar, conseguimos las cajitas de estas pastillas y nos dimos cuenta que estaban vencidas en diciembre de 1986. Es lo único que hizo la Comisión Nacional de Energía Atómica. Además, en los últimos tres años han hecho un "zafarrancho" con su personal dentro de la central. Entonces, como ciudadanos, y en esto estamos luchando con Greenpeace, queremos implementar sistemas de seguridad; queremos que en un radio de 80 km., que es lo que se hace internacionalmente como prevención, la gente sepa que es lo que tiene que hacer: si cerrar las ventanas, si quedarse en la casa, si sacar los chicos del colegio o si dejarlos, etc. Todos estos son problemas que frente a la realidad de una central debemos hacer.

En lo otro que tenemos que ponernos sí muy exigentes es tratar de reemplazar el ente regulatorio, controlador. Las dos centrales nucleares y toda la actividad nuclear en el país la regula un ente que pertenece a la CNEA. Y acá quiero contarles una pequeña anécdota: cuando hubo un intento en la provincia de Buenos Aires de controlar la actividad nuclear yo propuse que dentro de esta comisión de ESTUDIO, no de control, se incluya al Gabinete Nuclear de la Universidad Nacional de la Plata, lo cual fue rechazado porque decían "estos no entienden el problema". Hay una gran soberbia que tenemos que romper y nosotros pedimos que en esta comisión, la cual no tiene que ser de la CNEA sino que ésta tiene que ser una de las partes, estén el Poder Legislativo, las universidades y también la población, representada por Organizaciones No Gubernamentales de cada zona.

Por último, debemos decir BASTA a la energía nuclear. Las dos centrales tienen una vida útil corta de treinta años. Cuando éstas terminen hay que decomisarlas, echarles cemento encima porque de por sí son cementerios nucleares, ya que el reactor sigue produciendo radiación, y dejar los residuos ahí ya que son lugares malditos, contaminados. Empecemos a hablar de todas las alternativas que tiene el país el cual es privilegiado al tener todas las energías alternativas que existen sobre el planeta: geotérmica, solar, eólica, recursos hídricos, biomasa y grandes reservas de gas, que si bien es contaminante lo es muchísimo menos

que los otros hidrocarburos. Entonces, tener reservas de gas para cien años es como tener una alternativa para después estar manejados por la energía solar lo cual, según dicen los científicos, puede ocurrir en treinta o cuarenta años. Y no continuar con el desarrollo nuclear que es otra de las "patas" que nos ha metido la sociedad de consumo, que no queremos. Como hoy la misma promueve el uso indiscriminado del petróleo y del carbón y ha frenado el uso de elementos que son nada o muy poco contaminantes. Ir hacia un mundo distinto de esta sociedad de consumo que justamente consume todos los recursos naturales y no piensa en absoluto en las generaciones futuras. En el problema nuclear hay algo que nos preocupa mucho: la malformación genética de la segunda generación. No hay que entrar en el discurso de la Comisión de Energía Atómica cuando dice: este es el costo social de un progreso. Cuando hay vidas de por medio no es un costo social. Nada más, muchas gracias y perdón que no me pueda quedar. (*Aplausos*).

Dr. Mario Epelman: Muchas gracias. Le pasamos la palabra a la Dra. Estela Giménez.

Dra. Estela Giménez: Yo voy a hacer algunos comentarios sobre datos que pueden ser de interés. Traje unas transparencias pero, bueno, no contamos con el retroproyector sino quizás hubiera quedado más claro. Un poco para darle un marco referencial a la discusión, según desde el punto de vista desde donde uno lo aborda al tema, se va a encontrar con que el derecho a conocer no se cumple dentro de la sociedad. Es decir: dentro de lo que es esta sociedad de consumo todos hemos adquirido un grado de confort lo cual ha traído aparejado una serie de enfermedades secundarias que en países como el nuestro se suman a las anteriores. Nosotros seguimos con que hay desnutrición, parasitosis y además tenemos otras como el estrés urbano, la drogadicción, los trastornos neuroconductuales en parte motivados por las distorsiones que se generan en el ambiente, la sordera como consecuencia de las músicas estridentes, los envejecimientos prematuros que se dan en una gran parte de la población, los debilitamientos, las enfermedades crónicas, se ha adquirido mayor supervivencia, pero no se ha evitado muchas de las enfermedades. Esto es más o menos nuestro perfil.

Respecto a las exposiciones que sufrimos ya con Mario estábamos hablando de que en realidad lo laboral y lo ambiental están intensamente ligados y lo que son a veces diferentes, son los abordajes para estudiar estos dos medios, después vamos a ver algunas de las diferencias. Pero podríamos decir que todo es ambiente. En ocasiones hemos encontrado medios laborales donde el trabajador está bastante protegido dentro, pero no está bastante protegido el que vive en las inmediaciones. Según las industrias tienen perfiles diferentes y tanto en nuestro medios como en otros, todo se da. Por ejemplo, yo quería hacerles el siguiente

comentario, hay un estudio que analiza la capacidad desarrollada en cuanto a la evaluación de la peligrosidad de las sustancias para la salud en siete categorías de un universo seleccionado que son los siguientes grupos: plaguicidas e ingredientes inertes de sus formulaciones, el segundo grupo son los cosméticos, el tercero los medicamentos y los excipientes usados en sus formulaciones, el cuarto los aditivos alimentarios, el quinto las sustancias que se comercializan con una producción de un millón o más libras al año, el sexto sustancias comerciales de producción menor a esa cantidad y el séptimo sustancias comerciales producidas en volúmenes desconocidos. Integran este estudio, por ejemplo para el primer grupo, 3.300 sustancias. El 18% cuenta con una evaluación lo más completa posible, el 14% una parcial y en el resto digamos que la evaluación es mínima. Si tomamos los ingredientes de cosméticos, que se analizaron 3.400 sustancias, sólo el 2% tienen una evaluación lo más completa posible. Esto es en el mundo, no es sólo en nuestro medio. Es un estudio que está hecho por varios institutos: la National Academic of Sciences, el cual es un grupo que actúa también en investigación, Estrategias para Determinar Necesidades y Prioridades de la Academia Nacional de Washington, es decir que son varios los grupos que han participado en este estudio. En el grupo Medicamentos y Excipientes usados en sus Formulaciones se estudiaron 1.800 sustancias y sólo un 18% cuenta con evaluaciones completas así como otro 18% con evaluaciones parciales. Los aditivos alimentarios: sobre 8.600 sustancias sólo el 5% cuenta con evaluaciones completas, el 14% con parciales y el resto no cuenta con ellas. Dentro de las sustancias comerciales producidas en un millón o más libras al año en 12.900 sustancias no hay ninguna que cuente con evaluaciones completas, 11% parciales y el resto no tiene datos sobre toxicidad. Dentro de las sustancias comerciales con producción menor a un millón de libras por año, que son 13.900 las estudiadas, el 12% cuenta con evaluaciones parciales y el resto casi nada. Y las sustancias producidas en volúmenes desconocidos o inaccesibles son 21.700 y sólo el 10% cuenta con evaluaciones parciales. Esto de por sí plantea los grandes problemas que existen para abordar los estudios que podrían darnos datos más o menos significativos.

Respecto a las diferencias, a los aspectos que condicionan algunas diferencias de las actividades que debiéramos hacer de vigilancia epidemiológica de los ambientes ocupacionales y los generales, diríamos que dentro de los primeros en general corresponden a grupos constituidos por individuos sanos. Dentro del ambiente general las poblaciones son mucho más heterogéneas en cuanto a su perfil genético, a las enfermedades de las cuales son portadores, a la edad y también al sexo. Hay mujeres, niños y el estado de salud-enfermedad es muy diferente, los estados socioeconómicos también son diferentes. Dentro del ambiente ocupacional tenemos poblaciones o grupos que los podemos identificar de alguna manera. En cambio, en la población general hay mucha población móvil de muy difícil

seguimiento a largo plazo y por lo tanto todo aquello que sea inducido por el ambiente es de muy difícil control; generalmente son enfermedades a largo plazo, como podríamos hablar del riesgo carcinogénico que por ahí es a veinte o treinta años, y entonces al no poder contar con poblaciones que uno realmente pueda hacerles un seguimiento es muy difícil saber que pasa en las inmediaciones de una fábrica de sustancias que tienen esas propiedades. También las poblaciones laborales, son grupos más proclives a colaborar. En las generales, por lo común cuando se proponen estudios cunde una gran alarma. Si hay una causa hay gran alarma pero desaparecida la misma reaparece el desinterés: las enfermedades ambientales son de otros, no del grupo que en realidad uno presume que puede tener algún riesgo. De tal forma que éstas y otras son las diferencias que debe haber en el abordaje. Son bastante más largas, no sé si detenerme exhaustivamente en esto. También podríamos decir que las poblaciones generales están expuestas, no a un contaminante, a dos o a tres que se pueden caracterizar. Eso es lo que pasa en un ambiente laboral que es susceptible de caracterizar las exposiciones aunque no se conocen.

Digo esto último, porque cuando uno está con ingenieros que trabajan en planta y le dice que hagan una nómina de los procesos y de todas las sustancias que utilizan se encuentra, con que dentro de esos cruzamientos hay nombres comerciales, de fantasía, de la sustancia pero no saben en realidad cuales son los ingredientes, los principios activos, de las formulaciones. Es decir que personas que están a cargo del control de los procesos o de la salud laboral ignoran gran parte de los principios activos. Ni que decir cuando sucede alguna situación de alarma. Podríamos contar que cuando el servicio adquirió un banco de datos en seguridad química me llamó un profesional a casa y me dijo: "Estela tenemos una consulta. Estoy contento porque estaba la computadora, el banco de datos, etc.". "Bueno, está bien, después contáme." le contesté yo. Después me contó que hubo tres consultas haciendo tres referencias diferentes para la sustancia que ahí había depositada. O sea que tres personas habían tenido visiones diferentes de la sustancia que suponían depositada en ese lugar. Y podríamos decir en nuestro medio que tenemos nutridos anecdotarios: por ejemplo dos municipios muy peleados porque en uno resultó la emisión y en otro la enfermedad. Con esto de los ambientes desaparecen las fronteras, no sólo de municipios sino también las geográficas. Según los vientos y las condiciones climáticas, es muy posible que la contaminación que se generó en un lugar actúe en otro. Eso mismo sucede con las aguas ya que todos los acuíferos están interconectados y hemos tenido muchas detecciones. Una vez en el partido de San Martín salía rosa el agua de la canilla y por eso supusimos que era cromo y encontramos cromo y cadmio. También encontramos varias empresas que mandaban sus efluentes en zonas cercanas a las tomas de agua de Obras Sanitarias. Esto sucede tanto con empresas pe-

queñas, como con las grandes.

No quiero hacer una disertación demasiado larga sobre las diferencias entre uno y otro problema, que son las que existen entre el ambiente laboral y el general. Quería sí comentar algunos de los hechos que de alguna forma nos han tocado plantearnos y de los problemas que éstos traen. Yo estaba antes hablando con Mario sobre las dificultades que existen para el abordaje de los hechos que suceden en el medio ambiente. Nosotros tenemos varias poblaciones expuestas a grandes cantidades de plomo. Alrededor de las fundiciones alguna gente de la provincia conoce hechos que suceden en el norte de la Argentina, por ejemplo, en la provincia de Jujuy y en varios partidos de la provincia de Buenos Aires.

Con el plomo en muchos casos en donde se refunde escoria, que es una de las situaciones más altamente contaminantes, viven alrededor poblaciones marginales, con malas casas y chicos que juegan en los terrenos, no quiero decir que esto último no lo deba hacer pero el grado de contaminación es altísimo. Hemos detectado escuelas donde hay un 80% de dislexias comprobadas. Y no es que no se pueda, sino que uno se plantea si vale la pena estudiar más si no se pueden dar soluciones después, porque no estaría simplemente el desafío de hacer un trabajo científico. En realidad, se conocen las causas de todos estos problemas. Desde hace muchos años, ya en la epidemia de 1918 de encefalitis que ocurrió en Inglaterra por ejemplo, se vio que todas las lesiones posteriores a la enfermedad trajeron no sólo muchos problemas de escolaridad, comportamiento y conducta en general, sino también violencia, porque lo que se pierde en forma primaria es la capacidad de aprender, por un lado, y la capacidad que tiene la corteza de inhibir los impulsos por otro. Esto último es una de las pérdidas más importantes, con lo cual yo no quiero decir que la violencia esté motivada porque, por ejemplo, hay mucho plomo, pero que las contaminaciones son en gran parte causa de muchos de los problemas que aparecen en el comportamiento, sí. Actualmente todos los estudios comportamentales están muy justificados no sólo a nivel experimental sino también a nivel humano donde en algunos países están bien estandarizadas baterías de tests con los que se puede caracterizar el tipo de trastorno del cual una persona es portador.

Es muy probable que las intoxicaciones por plomo como se vieron antes: cólico saturnino a repetición o el Síndrome de Hipertensión Craneana en su expresión más grave no sean tan frecuentes hoy; pero sí es muy frecuente el trastorno de conducta e incluso, gracias a la tomografía computada, hemos visto atrofas de importancia en la corteza cerebral en niños expuestos repetidamente al plomo. Hemos visto alteraciones de su cociente intelectual, de su conducta a veces con parestesias, en la motricidad, en ocasiones dolores abdominales a repetición, que sería una versión del cólico abdominal de otrora pero de mucha menor importancia. Es decir que la contaminación es mucho más amplia porque antes las carac-

terísticas intoxicaciones por plomo se veían en los trabajadores exclusivamente. Ahora es tan común el uso de este metal, que se ve en mucha más gente, quizás con menor gravedad. De ahí la importancia de caracterizarlo en forma temprana. Las cefaleas es otras de las manifestaciones y si ataca a adultos lo que dicen es: "Estoy cansado. A la mañana no me quiero levantar. Tengo trastornos en el sueño. En la sexualidad no ando bien, ando impotente." Esos son los trastornos que con más frecuencia expresan los individuos y, obviamente, no son trastornos felices. Es importante poder pensar, si no se trata de una contaminación ambiental. Hemos visto no hace mucho un niño adolescente que entró en el Hospital Garrahan con un Síndrome de Hipertensión Endocraneana que motivó una operación descompresiva de cráneo porque estaba en situación crítica y que quedó con secuelas de importancia; pero lo que traigo acá como contenido, es que ese chico estuvo tratado por distintas formas de epilepsias en muchos establecimientos asistenciales desde los ocho hasta los catorce años. Lo que pasaba es que jugaba en una calle de tierra que está afianzada con baterías viejas y esa fue su forma de exposición. Como ustedes ven, es una intoxicación por el ambiente. Con Mario también hablamos de que Greenpeace está trabajando para la limitación de plomo en las naftas y yo le dije que lo veía con mucho agrado, pero que hubiera deseado que se ampliara más; porque en nuestro país no es el único problema preocupante ya que no son muchos los expuestos al tránsito automotor. Aunque siempre es mejor que hagamos algo, creo que la limitación de las naftas, ya es un avance.

Quiero también comentar que es muy importante contar con una metodología de diagnóstico. Siempre que se habla de metodología se piensa en tecnología pero quiero decirles que a veces, con pocas cosas se hacen buenas aproximaciones. Creo que lo que se hace pocas veces, es tomar a los pacientes con metodología de investigación. Uno dice: "Este paciente pienso que puede tener tal cosa", y a partir de ahí uno está jugando una hipótesis que deberá contestarla en positivo o negativo. Para esto tendrá muchos elementos, en especial una buena clínica y un buen interrogatorio. Incluir en las historias dónde y cómo vive, cómo juega, a dónde va, de que se ocupa y ver un poco que es lo que está pasando con cada uno de los individuos que encuentra. Como este chico que jugaba en la calle. Probablemente ahí si nosotros viviéramos en un lugar más chico y no una ciudad tan grande, sería más fácil el abordaje. Hay también cuestiones de distancia. Así que es mucho más fácil para la gente que trabaja con una población cercana que tiene reconocible sus costumbres.

Bueno, con todo esto hacer una hipótesis de causalidad y ver un poco cuáles son los medios de que uno dispone para confirmar o desechar la misma. También se va a encontrar que los libros le indican que hay que hacer un montón de análisis de laboratorio, muchos de ellos muy específicos, y a lo mejor uno no

cuenta con ellos. Pero se puede empezar con cosas simples y ver un poco si me sirven. Conocer qué grado de aproximación tienen las técnicas, porque algunas son muy sofisticadas pero con una gran variación interlaboratorial. También tener en cuenta que según el apoyo bibliográfico que busquen van a encontrar tanto que 20 microgramos en sangre es normal como que 60 también lo es y entonces el desafío es saber cuál es el marco ético referencial que yo voy a poner en práctica. Veo muchas veces que hay médicos legistas que si bien están de una parte o de la otra vienen a buscar bibliografía para condicionar su posición. Ahí ya saben en qué lugar de la ética están. Pero nosotros tenemos que saber en qué lugar estamos y esto tiene muchísima importancia en la práctica diaria. Después conocer también que hoy los diagnósticos, con la multicausalidad gravitante que hay en todas las cosas, siempre son probables.

Es muy difícil decir que en el 100% de los casos se ha comprobado el diagnóstico. Podríamos dar algún ejemplo: uno puede tener una población supuestamente expuesta al plomo, pero en la misma también va a encontrar todo el resto de las cosas que aparecen en una, no expuesta al mismo. Esto quiere decir que pueden aparecer trastornos que sean independientes del plomo pero también pueden ser concurrentes, interaccionarse, sumarse. Entonces uno siempre se va a encontrar con que tiene pacientes particularizados. Creo que es importante trabajar con lo que hoy se llama "centinelas de lesión": cuando uno encuentra a alguien ver un poco si no está representando a una población más amplia que puede todavía no estar expresando la lesión en el mismo nivel en que lo hace el que consulta; pero a lo mejor con un poco más de tiempo también la expresen. Esto tiene mucha importancia y es lo que puede pasar por ejemplo, en escuelas con alumnos expuestos a las sustancias tóxicas.

No es el plomo el único tóxico que puede dar trastornos de comportamiento. Hay infinidad de sustancias que están en el ambiente que los pueden producir. Podríamos decir que son dos los órganos o sistemas blanco de las exposiciones ambientales (son justamente las patologías más comunes). Uno es el aparato respiratorio: actualmente muchas de las broncoalveolitis que se atribuyeron durante muchos años a los virus sinciciales hoy se reconocen por los materiales particulados del ambiente. Hay estudios epidemiológicos que muestran que hay un mayor número de ingresos en servicios de emergencia de niños pequeñitos con broncoalveolitis los días en que el material particulado suspendido está más alto, al margen de que algunos hayan hecho hallazgos de virus sinciciales o no. Algunos estudios epidemiológicos corroboran lo que yo les estoy diciendo. Creo que es muy importante cuando uno tiene a su cargo una población con la que contacta y vive, ir viendo cómo suceden todas estas cosas. Hay zonas donde hay exposiciones a contaminantes múltiples. Por ejemplo, se han detectado mujeres con nódulos tiroideos con una frecuencia inusitada. Todavía no sabemos bien cuál es

el principio activo que da el nódulo pero sí conocemos que la polución que hay ahí está motivada por industria y condiciona un aumento de la patología (no es la frecuencia que tiene la misma, en otra región con una población similar en cuanto a nivel económico, etc.).

La inespecificidades de las manifestaciones clínicas son muchas. Ya hablamos de los cambios de personalidad que a veces también se dan con respecto a la desadaptación social, a la motivación. Hablamos de los cambios mentales: la dificultad para concentrarse, la lentitud, los problemas de memoria. Una cosa muy importante y que aparece mucho son los problemas con el sueño. Frecuentemente es motivo de consulta. Es muy importante someterlo a una buena semiología: saber si lo que cuesta es conciliarlo, o si se interrumpe. En fin, qué patología de sueño tiene. Ya hablamos también de la fatiga, de las cefaleas, de los dolores en manos y pies, la pérdida de la función mental y a veces disturbios motores todavía más graves como la incoordinación, alteración de los reflejos, disminución de la fuerza muscular, calambres. La suma de dos o más signos plantea un perfil de sujetos que pueden tener problemas derivados de la contaminación.

Actualmente se reconocen las intoxicaciones crónicas con monóxido de carbono que, tanto los choferes como nosotros mismos al andar entre el tránsito automotor sufrimos (las náuseas se confunden mucho con los trastornos hepáticos). Este tipo de intoxicación es muy frecuente intramuros, motivada por el calefón o las estufitas a gas que son muy riesgosas (no es sólo el brasero el que produce intoxicaciones con monóxido de carbono). Es tanto una intoxicación laboral como hogareña. Yo diría que es muy frecuente y actualmente se le reconoce al monóxido la propiedad de generar, principalmente en los niños, enfermedades crónicas con desmielinización progresiva que aparentemente sigue aun suspendida la exposición al gas. La teoría que hay es que al traer trastornos en la permeabilidad se genera algo así como una enfermedad inmunológica que luego se convierte en un síndrome progresivo. Hemos tenido algunas observaciones caracterizables como de este tipo. El monóxido está muy vinculado al tránsito vehicular, aunque también todos los artefactos que tienen llama producen monóxido de carbono y que no hay ninguna forma de eliminación total que a uno le de garantías de tener cero. La enfermedad de los fumadores, con el menor peso de los recién nacidos y los trastornos de conducta de los niños y demás, es motivada por este gas por una disminución de la oxigenación. ya desde hace bastantes años se lo reconoce como patología del fumador. Bueno, yo dejaría acá. (*Aplausos*)

Dr. Mario Epelman: Vamos a completar esta primera ronda con el Dr. Albiano que se va a referir a los riesgos para la salud ocasionados por los plaguicidas.

Dr. Nelson Albiano: En el año 1939 y en una forma totalmente accidental se

descubre que un compuesto originado en la síntesis química se comportaba como insecticida. Este compuesto, al que se lo denominó DDT (dicloro-difenil-tricloroetano), dio nacimiento a una familia de compuestos con estructuras parecidas desde el punto de vista químico y que también se comportaban como insecticidas. Durante la Segunda Guerra Mundial permitió combatir ectoparasitosis humanas y vectores de enfermedades como el paludismo. Luego se hizo extensivo su uso a la agricultura, con la finalidad de combatir parásitos que atacaban cultivos y ectoparásitos que atacaban ganado. Se creyó entonces estar ante la panacea universal, que solucionaba todo tipo de problemas originados por este tipo de parásitos. No había detrás de esto una investigación en cuanto a los riesgos para la salud humana y para el medio ambiente. Posteriormente se descubrió que estos compuestos permanecían en el ambiente sin ser degradados por mucho tiempo. Terminaron provocando una grave contaminación a niveles acuáticos y terrestres y en toda la cadena alimentaria. Incorporados al hombre a través de los residuos que quedaban, tanto en alimentos de origen vegetal, como animal, se vio que se acumulaban en el tejido graso, donde pueden permanecer bastante tiempo sin degradarse. Pero esto fue un conocimiento muy posterior.

A partir del descubrimiento de 1939 nace lo que se llama la época moderna de los agroquímicos y dentro de ellos de los plaguicidas. Porque hasta ese momento y por siglos el hombre siempre trató de solucionar el problema de los parásitos pero utilizaba productos de origen vegetal o algunos compuestos derivados de metales, plomo, arsénico y otros. Recién a partir del descubrimiento del DDT como plaguicida, comienza la producción moderna de los mismos a través de la síntesis química.

En la década de 1950 se descubren dos sustancias que tienen poder insecticida, pero se descartan por su alta toxicidad. Un tercer compuesto de esta nueva familia de productos químicos, de menor toxicidad que los anteriores, entra en el mercado, y se mantiene actualmente, con el nombre de Parathion. Así como el DDT había originado la familia de los compuestos organoclorados el Parathion dio origen a los organofosforados. Contemporáneamente aparece una tercer familia: la de los compuestos carbámicos. Y los más nuevos son los piretroides. Estos cuatro grupos constituyen los que se llaman insecticidas. A estos se han agregado otros compuestos llamados herbicidas, destinados a combatir la maleza, que tienen una amplia gama de productos con distintas estructuras químicas que no se pueden encuadrar tan bien como los insecticidas. También hay otros destinados a combatir predadores llamados raticidas. Hay una amplia gama de compuestos químicos llamados en su totalidad plaguicidas, destinados a combatir distintas plagas que afectan al hombre.

Así como con el tiempo se vio, que los clorados generaban contaminación en función de que era difícil su degradación en el medio ambiente y además peli-

groso para la salud del hombre también se encontró que los fosforados y carbamatos, principalmente los fosforados, eran extremadamente tóxicos para el hombre. En este caso, si bien eran degradados más rápidamente en el medio ambiente, desde el punto de vista del riesgo de toxicidad aguda ésta era mucho mayor. Tal es así que se empezó a conocer muy bien todo el tema de los accidentes, ya sean en forma accidental o por mecanismos delictivos, con respecto a intoxicaciones agudas por fosforados o carbamatos. Por mucho tiempo no se tuvo en cuenta la posibilidad de que estos compuestos a su vez fueran capaces de generar enfermedades por exposiciones crónicas. Porque, como supuestamente se degradaban bastante rápidamente, al no acumularse teóricamente en el organismo humano no eran capaces de generar enfermedades por una exposición reiterada a los mismos. Pero se vio que ésta era capaz de generar enfermedades completamente distintas a las del cuadro agudo.

Desde que se creó en el año 1962 el Centro de Intoxicaciones del Hospital de Niños, cuya fundadora y primera jefa fue la Dra. Estela Giménez, empezaron a aparecer casos puntuales. Es decir aquel paciente que primero concurría a la consulta directa o telefónica por el accidente agudo por la ingesta o la exposición a un plaguicida, generalmente insecticidas. Esto lo veíamos nosotros y se veía en otros hospitales de distintas regiones del país. En determinado momento empezaron a aparecer algunos indicios de que estos compuestos más nuevos, fosforados y carbamatos, eran capaces de generar otro tipo de enfermedad. Así fue como apareció un grupo de adultos, en aquella época era el único centro de intoxicaciones, así que atendíamos tanto niños como adultos, derivados por un especialista en oftalmología, el Dr. Manzitti, que llegaron a la consulta desde distintas zonas del país ya amaúricos, es decir con pérdida de la visión, que se había originado en una neuritis óptica y llevado a una atrofia bilateral de papila. En estos pacientes hubo una exposición por el plazo de dos a tres años a compuestos fosforados pues ellos trabajaban como aplicadores. Cuando llegan a la consulta empezamos a indagar aquellos tóxicos que sabíamos que eran capaces de dar neuritis óptica y atrofia lateral de papila y por supuesto llegar a la ceguera. Al ser descartados los más conocidos, nos quedaron los fosforados como capaces de generar este tipo de patología, lo cual fue confirmado a posteriori por un chico de catorce años que llegó a la consulta derivado por el servicio de oftalmología del hospital. Este paciente en tres oportunidades había hecho episodios de neuritis ópticas que se yugulaban por medio de tratamientos clásicos, pero ya en la tercera oportunidad a la gente de oftalmología le llamó la atención, porque es muy raro la repetición de este tipo de episodios. Era costumbre del hospital que cuando algo no se entendía se lo mandaba a toxicología. Indagando surge que: primero este chico provenía de la zona de Tres Arroyos y, segundo, le oficiaba de banderillero al padre. El padre era un aplicador de Parathion por avión y el

chico era el que le marcaba los límites del campo. Aparentemente cada vez que pasaba el avión recibía una buena dosis de plaguicida. En la medida que se supo esto se evitó la exposición desapareció la causa y desapareció también el problema. Después hubo otros casos pero digamos que son puntuales, aquellos que consultan porque hubo alguien que sospechó que hubo un problema toxicológico y lo deriva.

También vimos otro tipo de problemas porque en los insecticidas sobre todo se ha notado que hay dos lugares principales de choque como órgano blanco: lo que es tejido nervioso, ya sea en algo tan selectivo como es el nervio óptico o a nivel de sistema nervioso central o periférico, y a nivel de médula ósea afectando cualquiera de las tres series, tanto la roja, la blanca como las plaquetas. Nosotros nos hicimos siempre el planteo de que esto era el caso puntual y nos preguntamos qué pasaría en una población que podría estar expuesta. En el año 1983 gente del Hospital Roffo, es decir el Hospital de Oncología, vino a conversar al servicio porque tenían interés en hacer un trabajo que había sido propuesto por la Oficina Internacional de Cáncer de Ileon, para investigar la relación entre cáncer y plaguicidas. A ellos les interesaba el tema, pero no conocían nada sobre plaguicidas. Este trabajo se había hecho en Colombia con floricultores. En este país la floricultura se maneja como una industria donde trabajan principalmente mujeres. Se hicieron cinco mil encuestas y se encontró que cáncer no había aparecido.

Era una población joven que trabajaba poco tiempo y se renovaba constantemente, es decir, que no existía el lapso de tiempo suficiente, de 20 o 30 años, para poder detectar este tipo de riesgos. Lo que sí se encontró fue una alta incidencia de abortos y de malformados como consecuencia, se sospechaba de la exposición a los plaguicidas en este tipo de industrias. Cuando se planteó hacer acá este tipo de trabajo nosotros le sugerimos por qué no indagábamos también otros parámetros que a nosotros nos preocupaban y posiblemente fueran en este momento más importantes, referido a una exposición crónica a este tipo de compuestos. Porque presumíamos que muy posiblemente ocurriera lo mismo que en Colombia: que no encontraríamos una relación entre la posibilidad de aparición de cáncer y los insecticidas, por lo cambiante de los productos, porque no siempre se usan los mismos, no siempre lo aplican las mismas personas y no medió el plazo de tiempo suficiente para que uno pueda decir: desde la exposición ha pasado un tiempo como para que haya una relación con respecto a determinado tipo de tumores.

Se trató de elegir una población similar, de floricultores, para equiparar un poco lo que se había hecho en Colombia. Pero en nuestro país, la floricultura es distinta que allí: acá son grupos familiares que trabajan, no es una industria. Se eligió una zona del conurbano, Florencio Varela, en una comunidad que se llama La Capilla que es de origen asiático. Se quería probar además, cómo podía fun-

cionar una encuesta de este tipo. Era una población de 154 personas entre niños y adultos. La floricultura se hace en invernaderos que son galpones de plásticos que prácticamente no ventilan y no tienen ninguna posibilidad de ser aireados completamente. Nosotros teníamos el preconceito de que en el uso de plaguicidas nos vamos a encontrar con que aquellos que los manipulan y aplican son los más sometidos al riesgo y los que van a tener mayores problemas. Cuando fuimos a conocer lo que pasaba en el terreno tuvimos que cambiar la preencuesta que habíamos armado porque nos encontramos, que los que aplicaban eran los que estaban menos expuestos, porque el tipo entraba con su mochila por una puerta, aplicaba el producto y se iba por la otra y muy probablemente no volvía a reingresar en el lugar donde se trabajaba con las flores. Pero una hora después en ese lugar donde se había aplicado el plaguicida, en un ambiente totalmente rodeado de plástico que no ventilaba para nada, entraba desde el chico de 10 años hasta la mujer de 60 a trabajar. Es decir que había una población mucho más amplia expuesta.

Se hizo una primera encuesta que se manejó con gente de la comunidad, estudiantes, dos de ellos de medicina, porque era una comunidad de difícil acceso. Y además si lo hacíamos directamente los médicos iba a salir totalmente sesgada la información a través de la encuesta. Ahí surgió que había poblaciones que tenían síntomas compatibles con exposición crónica, sobre todo referidos, a problemas de exposición neurológica periférica y otros que supuestamente eran asintomáticos. En una segunda etapa seleccionamos un grupo de supuestamente asintomáticos y de los sintomáticos de acuerdo a su relato. Pero a su vez decíamos: vamos a hacer una serie de análisis que son posibles de acceder en cualquier hospital, hemograma, hepatograma, orina completo, colinesterasas porque están expuestos a fosforados y carbamatos; pero otra alícuota de sangre la iba a manejar gente de La Plata que manejan la parte genética y que estudiaban intercambio de cromátides hermanas y aberraciones cromosómicas.

Después de esta segunda parte, en la que la manejamos ya directamente nosotros y donde pudimos encontrar ese tipo de síntomas que era manifestado por ellos de acuerdo a lo que nosotros les preguntábamos y hubiera merecido, de tener las posibilidades económicas, estudios mucho más importantes para demostrar realmente que había problemas; lo que nos quedó de este trabajo fue otro aspecto: encontramos que en los exámenes complementarios que hicimos de rutina y si bien no había, salvo en tres casos, disminución de la actividad de la colinesterasa, que está ligado a exposiciones agudas e importantes a este tipo de compuestos y acá estamos hablando a exposiciones a más largo plazo, sí encontramos que el 43,5% de esa población de sintomáticos y asintomáticos tenía francas leucopenias. Este es un porcentaje muy por arriba de lo esperable de una población en general que estaba en relación al trabajo. En otros lugares del mundo

existen trabajos que demuestran que tanto clorados como fluorados tienen bastante selectividad en su acción sobre la médula ósea y precisamente siempre cuando un tóxico la ataca la serie blanca es la primera en sufrir las consecuencias. Entonces la leucopenia es una primera manifestación que puede terminar en una aplasia medular o en una leucosis. A su vez, puede ser un parámetro para poder decir que en una población expuesta donde encontramos leucopenia pueden aparecer otro tipo de compromisos como los neurológicos u otros. Esto nos dio la idea de que podía ser un parámetro utilizable y, si bien la leucopenia puede tener muchas causas y tomado aisladamente en un individuo a lo mejor no tiene valor predictivo, en una población en donde hay una exposición manifiesta el encontrarla nos puede servir para pesquisar otro tipo de patologías. En cierta oportunidad estuvimos con gente del INTA en Entre Ríos, en la zona de Gualeguaychú, donde se había planteado a la gente del hospital de la zona la cantidad importante que encontraban de leucopenias y lo asociaban con la exposición a este tipo de compuestos.

Nadie duda en este momento, tanto aquí como en cualquier país del mundo, que los plaguicidas, en mayor o menor medida, tienen cierto grado de toxicidad para el hombre y también para el medio ambiente. La gente de Pergamino, por ejemplo, me comentaba la desaparición del hornero como consecuencia del uso intensivo de estas sustancias. También he hablado bastante con gente del INTA de distintas partes del país por este tema y siempre planteaba: "¿Son necesarios o no?". En principio los técnicos dicen que sí, que hasta que no encontremos otra forma de combatir las plagas son necesarios.

Hay gente que, está buscando otras alternativas, lo que se llama control integrado de plagas, como la utilización de cultivos trampa o feromonas u otro tipo de insectos que puedan ser opositores a estos predadores. En el Chaco tuvieron problemas gravísimos con este tipo de productos y hace bastante tiempo que hay gente que está trabajando en el tema del control integrado y, por ejemplo, han entrenado chicos que se dedican a contar el número de insectos o este tipo de parásitos porque hay determinados niveles que pueden ser tolerables y otros donde ya corren el riesgo de plaga. Hay gente que está trabajando en lo que se llama "granjas orgánicas" donde se están tratando de manejar sin agroquímicos. Por ahora es bastante precario en función de que pueden manejarse con ciertos cultivos más resistentes a las plagas. Se está trabajando en distintas alternativas. Pero para grandes cultivos este tema, además de la toxicidad de los productos, se ha manejado mal porque en general la utilización se hace sin ningún asesoramiento de tipo técnico. Siempre he asimilado el tema de los plaguicidas al uso de los medicamentos porque el uso del Parathion para mí es como el tipo que va a la farmacia y le dice al empleado que atiende el mostrador, y no al farmacéutico, que está con fiebre y le pide un antibiótico. Entonces el empleado le da uno de

amplio espectro por si hay un bicho y se lo matan. El uso del plaguicida ha sido exactamente el mismo, esto dicho por la gente que está en el tema. Va el tipo que tiene la compañía que aplica con el avión y le dice al productor: "Me parece que en tu campo hay una plaga" y éste le pide que le haga una cura; entonces sale con el avión y le tira cualquier cantidad de plaguicida por las dudas porque el productor tiene miedo de perder el cultivo. Entonces se está haciendo un uso no apropiado porque hoy existen productos que son selectivos del tipo de parásito, que se usan en determinado momento del ciclo de vida del mismo. Esto tiene que ser manejado por gente que conozca el tema en profundidad, así como un medicamento, tiene que ser manejado por un médico.

Por suerte, a nivel de lo que es agricultura, se ha tomado conciencia sobre este tema y se está trabajando en dos aspectos: por un lado formando una comisión que se ocupe de sacar de circulación todos los productos que han sido prohibidos en otros países y se sabe de su toxicidad y, por otra parte, que aquellos que tengan que ser aprobados tengan que tener el aval del toxicólogo en estudios realizados seriamente en su país de origen sobre toxicidad aguda, subaguda, crónica, cancerogenicidad, mutagenicidad, fetotoxicidad, genotoxicidad (es decir que se contemplen todos los aspectos) para que demuestren la inocuidad de los productos. Además se van a incorporar grupos de ecologistas que van a estudiar la incidencia de los mismos sobre el medio ambiente. Ya están, entonces, siendo sometidos a un evaluación profunda que no va a permitir la entrada de cualquier producto. La idea es: ante la necesidad de su uso tratemos de usar aquellos plaguicidas que son menos tóxicos y riesgosos tanto para el hombre como para el medio ambiente. Esta es una alternativa hasta el día que podamos prescindir de los mismos; pero mientras tanto los controles tienen que hacerse en forma seria.

Otro aspecto es el de las plagas urbanas y del uso a nivel hogareño de estas sustancias. En general, se usan en forma masiva y mal, cuando si yo quiero combatir plagas como las moscas y las cucarachas tengo que estudiar un poco el ciclo de vida de estos bichos y saber cómo puedo hacer para prevenir su aparición o destruirlos. Se puede hacer cambiando las características de su hábitat, sin necesidad de plaguicida, y si lo tengo que usar hacerlo en forma correcta, adecuada y en el lugar preciso. Si tengo que combatir moscas y mosquitos pondré telas metálicas en las ventanas y las puertas y con los lactantes les colocaré, como en los viejos tiempos, el mosquitero alrededor de la cuna. Trataré de ver donde se originan para tratar de eliminar ese foco. Igualmente con los roedores y cucarachas. Tratar de disminuir al mínimo el uso de los plaguicidas y, si hay que utilizarlos, hacerlo correctamente con los menos tóxicos y no echar en el ambiente grandes cantidades, si no que simplemente con aplicar en los marcos de ventanas y puertas donde se apoya el insecto es suficiente. Aunque los aerosoles y las tabletas termoevaporables que se usan a nivel urbano en principio están hechas de

compuestos de menor toxicidad, los piretroides, no estoy tan seguro de que con el tiempo no demos su toxicidad, como ya está apareciendo en publicaciones. No se los puede considerar absolutamente inocuos como se ha querido hacer creer a través de la publicidad de los laboratorios. Está por verse si a lo largo del tiempo el uso de los piretroides no trae problemas. Yo creo que así como no existe ningún medicamento que sea inocuo, si se usa mal, tampoco existe un plaguicida que no sea tóxico sobre todo, si se hace mal uso. Que se tienda a buscar los compuestos de menor toxicidad para el hombre y el medio ambiente está bien pero yo no creo que se llegue al ideal de la atoxicidad. Esperemos que llegue el día en que puedan ser sustituidos y no tengamos la necesidad de usarlos. Mientras tanto vamos a tener que convivir con ellos; pero tratemos de hacerlo en una forma más correcta y con productos que tengan el menor riesgo para el hombre y el medio ambiente. Gracias. (*Aplausos*).

Dr. Mario Epelman: ¿Hay preguntas para algunos de los miembros de la mesa?

Público: Es natural que nos preocupe el problema de la tierra dentro del vuelco de venenos sobre las plantas ya que cae sólo un 25% en la planta y un 75% sobre la tierra. Resulta que se mata la vida microbiana y aparece el cuadro de "tierra enferma-planta enferma-fruta enferma", aparte de la asimilación por parte de la planta de los venenos que caen al suelo. Es comprensible lo que yo planteo ¿No? Pero hay otro problema más con respecto a los plaguicidas: se ha descubierto que los microorganismos patógenos se vuelven resistentes a éstos. Entonces aparece la necesidad de usar venenos más fuertes y en más cantidades. La idea sería esta: a dónde vamos a parar si seguimos envenenando más, desarrollando resistencia los parásitos, etc. ¿Es posible la agricultura orgánica, la producción agraria sin venenos? Especialmente en Europa no se quiere más a los plaguicidas. Mi pregunta para el señor es: ¿Qué problemas se van a producir si dejamos de usarlos y hacemos agricultura sin venenos?

Dr. Nelson Albiano: Me extendí en un tema que no me correspondía porque yo soy médico y me corresponde hablar desde un punto de vista médico. Lo otro que he comentado es a través del contacto que he tenido con gente que está en otros aspectos como los ingenieros agrónomos o los que están en el tema de huertas orgánicas y demás. Yo como médico podría decir que hay que prohibir todo este tipo de compuestos porque hemos visto los riesgos para la salud del hombre. Lo otro que plantee es que hasta tanto no podamos solucionar el problema en los grandes cultivos, vamos a tener que avenirnos a convivir con algún plaguicida. Los que conocen este tema, yo no lo conozco, dicen que por ahora no

se puede prescindir de ellos porque si no, ocasionaría pérdidas importantísimas en cultivos. Entonces me planteo que lo mejor es tratar de buscar aquellos productos que sean menos tóxicos para el hombre y menos degradadores del medio ambiente. De hecho, los laboratorios internacionales más importantes están haciendo investigaciones muy costosas para encontrar compuestos menos tóxicos, precisamente por los planteos que se hacen en Europa y demás donde hay una mayor conciencia sobre este tema. Por eso le digo: si he hablado es un poco por lo que he oído a través de la gente que conoce el tema; yo puedo opinar como médico y como tal he expresado lo que hemos visto, las enfermedades producidas por los plaguicidas en el hombre ya sea en el paciente individual o en el estudio de población que hicimos (si bien es un número chico) donde se demostró la presencia de un problema de salud que, a lo mejor, no se veía si uno no hacía un análisis. Al descubrir nosotros que existe un parámetro que a través de un análisis permite ver algún tipo de alteración precoz nos sirve de alerta para ese tipo de poblaciones. Hasta ahí puedo opinar. Lo otro puedo tocarlo de oído en función de lo que he escuchado al estar con gente del INTA, productores, aplicadores, etc. que me pueden decir: "Sí, está todo muy lindo pero nosotros por ahora no podemos prescindir de los agroquímicos".

Dr. Mario Epelman: La Dra. Giménez tiene dos preguntas por escrito.

Dra. Estela Giménez: Las dos se correlacionan.

Pregunta: En esta época de contaminación ambiental, usted cree que el número de médicos que se dedican a esta especialidad, son suficientes o se habría que motivar más desde la formación?

Pregunta: Cuánto es el tanto por ciento de derivación desde otra patología no para descartar sino por conciencia?

Dra. Estela Giménez: Yo diría que sí, que hay pocos médicos que se dedican a la contaminación ambiental quizás porque está muy alejada de la formación que recibimos en la facultad. La formación nos predispone poco a navegar en esta cosa tan poco concreta como es la contaminación. Es y no concreta. Cuando uno tiene que hacer el abordaje diagnóstico es complicado.

Creo que se incentiva desde la formación, pero el problema es también los mecanismos que se puedan encontrar porque motivar a la gente sin encontrar inserción laboral es bastante complicado. He tenido la experiencia de motivar muchos toxicólogos pero las inserciones laborales escasean. Entonces uno hace formación de posgrado pero después necesita una referencia. Para crear esas fuentes

de trabajo uno necesita que otra gente comprenda este tipo de problema y ahí es donde está el punto crítico. Esto está también relacionado al tanto por ciento de los pacientes que se derivan.

Si bien creo que la conciencia de detección de patología la debiera tener todo el mundo, incluso aquellos que hacen atención primaria porque ven mucho más lo que ocurre. Lo que pasa con la atención primaria es que si bien se la usa como un argumento de medicina mayor se la utiliza como medicina menor. Entonces no se ven las cosas buenas que se pueden hacer desde ahí, quizás los únicos que las ven son los propios autores; pero convencer de que se está haciendo es mucho más difícil, se ve a través del pago de las prácticas, etc.

Público: La pregunta era ésta, en relación al tema alimentación que usted nombró antes en la lista: ¿Qué grado de responsabilidad tiene bromatología con respecto al control de lo que comemos, tanto envasado como no?

Dra. Estela Giménez: Creo que el problema es del control y también que los controles y lo que se hace desde el Estado, por darle un nombre, cubre los requerimientos. En consecuencia, creo que hay que aumentar el nivel de requerimiento. Como personas que vivimos en una sociedad y como profesionales que actuamos tenemos que subir los niveles de requerimientos. En la medida en que nosotros seamos los que detectamos cosas ya los mismos suben y la respuesta tiene que venir. Es muy difícil plantearnos que mamá y papá tienen que hacer todo, sobre todo que estamos en Estados empobrecidos de pocos recursos y la gente que trabaja en los ámbitos de control también tiene sus problemas. Por ahí tiene poca tecnología y poco apoyo. Creo que el problema es común para todos. Esto se ve bien en la regulación de los medicamentos. En realidad sería mucho más fácil regular desde el Estado si los médicos tuvieran mucha más exigencia para con los laboratorios, lo cual no significa estudiar diez horas si no simplemente cuando se nos entrega una propaganda comercial decir: "Esto no tiene datos técnicos. Tráigame una cosa mejor"; esto se hace en un pasillo, en la sala de espera, etc. Incluso subiría el crédito que tiene el profesional frente a los paquetes de propaganda médica. Pienso que todo es un circuito donde nos tenemos que mover con una mayor exigencia la cual no tiene porque ser directa. Uno puede ir a exigirle al Estado que haga mejor las cosas pero si uno dijera que tienen que controlar todos los alimentos en muestras que sean representativas de la cantidad que comemos tendrían que crear un laboratorio más grande que una ciudad. Además hay muchos problemas en la regulación de los mercados. Sabemos que el Mercado Central ha empezado a regular plaguicidas y al principio se tomaban bien las muestras pero lo que pasaba es que las cargas eran desplazadas hacia otros mercados. Los técnicos tienen entonces la alternativa de quedarse ahí o

perder el trabajo y tratan de hacer algo que les permita convivir con el sistema. Creo que, si fueran muchos más los que participan de esa tarea y muchas más las movilizaciones de las sociedades gubernamentales y no gubernamentales, exige toda una tarea. Más allá de la protesta. Porque he participado en muchas protestas, no personalmente, pero hay una fábrica en mal estado y he caminado muchísimo por cerrarla, pero les cuento que al cabo de un tiempo venían a pedirme certificado de salud para reabrir la las mismas personas que habían estado enfermas. Hay muchos problemas sociales de base que no están en la mano de uno solucionar. Uno opera desde la salud-enfermedad manejando eso y es un ámbito muy reducido para poder encontrar soluciones más globales. A lo mejor el trabajo no reside en hacer cerrar una fábrica, sino ver si uno puede tener un acercamiento con los dueños para que mejoren un poco las condiciones de las inmediaciones. Buscar estrategias que sean válidas para mejorar las cosas y que también sean participativas.

Público: Trabajo en el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Neuquén y anteproyectos y programas de prevención de enfermedades muchas veces se han visto abortados o cortados en su desarrollo por falta de recursos. La pregunta es si Greenpeace tiene dentro de su programa el apoyo en recursos a aquellos que tienen algún tipo de programa en relación con la ecología.

Dr. Mario Epelman: Habría que diferenciar. Una cosa es la Organización Greenpeace a nivel internacional, que es una organización con veinte años de historia, con cinco millones de socios por ejemplo, y otra cosa es la filial que tienen en América Latina que ha comenzado hace poco y va a tener recursos en la medida en que vaya desarrollando programas. En la medida en que se desarrollen campañas y éstas generen conciencia, lo cual permita tener socios, va a permitir tener un presupuesto. Greenpeace es una organización que no recibe dinero de ningún gobierno, partido político, ni empresa, sólo aportes individuales. En países europeos, Estados Unidos y Canadá se autofinancian e incluso tienen superávit. Aquí evidentemente no es el caso por ahora por lo menos.

Público: Quería hacer una pregunta al Dr. Albano referida a la recomendación que hizo el Ministerio de Salud y Acción Social sobre el tratamiento de la pediculosis, que salió en los diarios, planteando que habría que usar piretrinas porque no eran tóxicas y que no había que usar benzoato de bencilo, clorociclohexano, etc. Sobre todo mi preocupación surge de que esto se dirigió directamente a la población y fue un anuncio oficial del Ministerio.

Dr. Nelson Albiano: Precisamente, después de este anuncio que usted dice se citó a toxicólogos para resolver el problema que se planteó. De nuestro servicio está concurriendo la Dra. Guerra que está acá presente. Va a las reuniones del Ministerio de Salud donde se está tratando precisamente este tema que ahora parece ser el *boom* del momento. Tal es así que la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a la que nosotros pertenecemos quiere hacer una campaña masiva de combatir los piojos en los colegios, los tengan o no los chicos, y también ha convocado a los toxicólogos para ver que se puede hacer.

Nosotros como toxicólogos en todos los lugares lo que podemos aportar es ya muy conocido: la toxicidad que tiene cada producto. De pronto si uno tuviera que demostrar cuántos chicos se han intoxicado al utilizar este tipo de productos, sea Lindano, piretrinas u otro, sería bastante difícil. Existe el chico que se toma el producto y entonces sí va a estar intoxicado pero en general, a nosotros no nos llegan. Una cosa es que existan o no existan y otra cosa es que a nosotros nos lleguen. A nosotros no nos llegan chicos con problemas provenientes del uso de este tipo de productos. Porque no se producen o porque a ningún médico se le ocurrió pensar que son ocasionados por estos. Por ejemplo, todos sabemos lo que es el Lindano, es un clorado, muy viejo y hace mucho tiempo que se usa. De pronto aparece el agente especialista en el tema y dice : "Si nos sacan el Lindano morimos porque es el único que realmente sirve". Uno ve en las publicaciones que aún se lo pone entre los medicamentos básicos. Aparecen toda una serie de conflictos en donde uno como toxicólogo qué puede decir, que toxicidad tiene cada uno de los productos y si hay o no casos. Después estarán los que son especialistas en el tema en cuanto a como se tratan estos bichos y realmente cuál es el tratamiento más eficaz desde el punto de vista individual y desde el punto de vista masivo. Acá Municipalidad está planteando un tratamiento masivo donde uno puede o no estar de acuerdo y también ver como se va a manejar, si es válido o no.

De cualquier manera yo pienso que eso que se planteó se hizo con bastante apresuramiento y después resulta que se cita una comisión para tratar de dilucidar el problema, qué es lo que se debe usar y cómo. No estoy yendo. Repito que es la Dra. Guerra la que está yendo en representación del servicio al, Ministerio de Salud, pero hasta ahora se han hecho dos o tres reuniones y parece que estamos como cuando vinimos de España para dilucidar este tema. Usted puso el dedo en la llaga porque es un tema controvertido en este momento. Alguien en otra reunión dijo que nos estamos preocupando demasiado por, los piojos, ya que por ellos no se muere nadie, y acá los chicos se están muriendo de otra cosa. Acá pasa ya a entrar en terrenos comerciales donde juegan productos que pueden tener mayor peso económico, mayor o menor difusión, campañas que hay que pagar el costo y creo que empiezan a jugar otros tipos de intereses que presionan para que se usen determinados tipos de productos. Pienso que no es un problema tan serio

de salud pública como otros. Hay que combatir los piojos pero, como dijo ese médico, nadie se muere de piojos y sí se mueren de otras cosas. Entonces estamos haciendo un tema tan importante de algo que, para mí, no tiene tanta importancia a nivel de salud pública. No quiero decir que no se tengan que combatir pero no le demos tanta trascendencia porque aquí evidentemente se está jugando el aspecto económico, que es el que ha incidido para que de pronto sea el *boom* el tema del piojo y que merezca una comisión aquí y otra allá para ver como deben tratarse cuando ya hace años que se tratan.

Público: Al Dr. Epelman le quería preguntar con respecto al problema de las radiaciones en los hospitales. Es común que uno observe que las instalaciones en las cuales se emiten radiaciones o se usan sustancias radiactivas no tengan los mínimos elementos de seguridad. La pregunta es, como trabajador de la salud preocupado por el tema, qué posibilidades hay y si hay alguna recomendación de algún tipo de dosimetría o cosa elemental que éste al alcance de todos para tratar de hacer por lo menos una denuncia fundamentada y tratar de saber frente a qué estamos. Creo que sería terrible que estemos nosotros mismos difundiendo las enfermedades que decimos que vamos a ir a curar.

Dr. Mario Epelman: A ese respecto hay normas para los que trabajan y contemplan entre otras cosas el uso de un dosímetro que periódicamente debe ser medido y no debe exceder de tanta radiación, que se usa o no según la época y el lugar. El problema más grave es muchas veces en los hospitales, donde las instalaciones de rayos X o de medicina nuclear no están lo suficientemente aisladas y en la habitación de al lado puede haber una sala de pacientes o una cafetería, por lo cual esas personas no están protegidas, ni siquiera saben que tienen un riesgo lo cual es peor. Pero desde ya que hay normas radiológicas que deberían cumplirse por lo menos para el personal que trabaja con radiaciones.

Público: La pregunta venía porque yo trabajé muchos años en el Hospital Roffo, conocía el trabajo del cual habló Albiano porque lo hicieron compañeros míos, y estuve en contacto con radiación muchas veces. Eramos muchos los que estábamos en contacto y jamás se nos dio dosímetro a ninguno de nosotros. Son cosas como por ejemplo solicitamos vacunas contra la hepatitis B y no se nos dio nunca. Mi planteo venía a si existen algunas formas más simples. En un momento me hablaron de placas radiográficas y llevarlos encima porque a lo demás no teníamos acceso. Por ahí lo que habría que hacer es que puntualmente cada uno de nosotros nos conectáramos con gente que lo pueda dosificar, llevarlo encima y ver que pasa. Ahora estoy en un

hospital general pero de todas maneras no se cumplen las normas tampoco.

Dr. Mario Epelman: Realmente usar un dosímetro y medirlo mensualmente es una técnica muy sencilla y de muy poco costo. No hay ninguna razón para que no se esté aplicando. En definitiva es una placa radiográfica con tres o dos tipos de filtros distintos.

**LA INSTITUCION DE LA SALUD.
LA CIRCULACION DEL PODER.
LOS MICRO Y MACRO PODERES.**

Mesa redonda

EXPOSITORES:

Dra. Gilou García Reynoso, Psicoanalista ex-integrante del Inst. de Medicina del Trabajo. UBA.

Dr. Alfredo Grande, Director de ATICO- Cooperativa de Salud Mental. Docente de Psicología Médica de la Fac. de Medicina UBA.

Dr. Juan Carlos Volnovich, Psicoanalista. Asesor temporario OPS.

Dr. Juan Carlos Volnovich: Voy a intentar simplemente enunciar algunos temas que puedan disparar la discusión. Yo quisiera empezar dando el contexto, en todo caso de estos dos grandes temas que son la institución de la salud y el problema del poder.

Cuando hablamos de la institución de la salud y la enfermedad en realidad, no pensamos en una organización formal que se reduce a los edificios, a las organizaciones de salud, es decir no pensamos solamente en los hospitales, en los centros de salud, en la medicina como una organización, sino que la intención de pensar en la salud y la enfermedad como una institución, está referida mucho más al contexto imaginario que circula en una sociedad y que trasciende los edificios, y que no sólo es pensada, esta institución, como el contexto en el cual nosotros nos incluimos, sino como un texto que nos constituye, que nos atraviesa, en infinidad de intersecciones y que va construyendo nuestra subjetividad, es decir que cada uno de nosotros somos atravesados por infinidad de líneas invisibles que se anudan, se inscriben y nos determinan, y que esas líneas son las líneas institucionales, instituciones que tienen a veces contextos reconocibles como

¹ Por motivos particulares la Dra. García Reynoso no pudo estar presente por lo que su ponencia fue leída al final de la mesa.

edificios y otras, que por el contrario, como la institución del sexo o la institución de la familia o la institución de la salud, aparecen más efímeras. Hay un concepto que va a circular permanentemente, seguramente en lo que nosotros vamos a ir hablando de institución y es que: concebimos la institución como un espacio de lucha de dos fuerzas: las fuerzas instituídas y las fuerzas instituyentes. Se entiende por fuerzas instituídas, a las fuerzas conservadoras, retardatarias, reaccionarias; y por fuerzas instituyentes, a las fuerzas transformadoras, innovadoras, renovadoras.

Para hablar de instituciones, en general y también de la institución de la salud me voy a basar en un autor francés que se llama Cornelio Castoriadis y voy a citar dos fragmentos de un libro que se llama *Los dominios del hombre, la encrucijada del laberinto*, que sintetiza de alguna manera casi la propuesta de una nueva ontología y de lo que nosotros concebimos como institución. Cuando Castoriadis se pregunta cómo se imponen las instituciones, como aseguran las instituciones su validez efectiva, él se responde diciendo: "superficialmente y sólo en algunos casos lo hacen mediante la cohesión y las sensaciones" menos superficialmente y de manera mas amplia, mediante la adhesión, el apoyo, el consenso, la legitimidad y la creencia, pero en última instancia lo hacen mediante la formación de la materia prima humana, el individuo social, en el cual se incorporan tanto las instituciones mismas como los mecanismos de perpetuación de tales instituciones". Quiere decir que él imaginó un imaginario social, él postula un imaginario social, que tiene consenso, que tiene legitimidad y que es el que va cohesionando la sociedad y que va determinando las características de las instituciones y la perpetuación de estas instituciones. Más adelante y para ratificar esto, dice: "ésta unidad es en última instancia la unidad y la cohesión interna de la urdimbre inmensamente compleja de significaciones que empapan, orientan y dirigen toda la vida de la sociedad considerada, y a los individuos concretos que corporalmente la constituyen".

Esta urdimbre es lo que yo llamo, y esto es fundamental, el magma de las significaciones imaginarias sociales, que cobran cuerpo en la institución de la sociedad considerada y que por así decirlo la animan. Entonces cuando hablamos de instituciones yo voy a tener permanentemente presente este término de "el magma de las significaciones imaginarias sociales", propuesta material porque ese es el referente material que va animando, creando las instituciones y los individuos corporales que animan estas instituciones, es decir que cada uno de nosotros está atravesado por esta institución de la salud y de la enfermedad que responde al modelo hegemónico, a un modelo hegemónico siempre en lucha por esto que les decía de la fuerzas conservadoras y las fuerzas transformadoras. Esto más o menos para iniciar algún tipo de acercamiento a un modelo de institución que intenta descentrar el modelo organizativo, el modelo de hospital, el modelo

organizacionalista, digamos de hospital, centro de salud, sistema de salud incluso.

Bueno, pero vamos a hablar de la institución de la salud en un momento muy especial, en este momento especial de la humanidad que Felix Guatarí ha denominado el momento del capitalismo planetario integrado. Guatarí, nombra, designa este momento histórico como el del capitalismo planetario integrado, refiriéndose a la alianza y a la coordinación que se ha tornado evidente entre los países capitalistas industrializados, me refiero fundamentalmente a los EEUU, a Japón y a los países miembros de la CEE y lo que queda de la Unión Soviética, y los países del este europeo y la China socialista. Todo esto compone el capitalismo planetario integrado. Uds. se preguntarán, ¿dónde estamos nosotros? estamos en este capitalismo planetario integrado splo que no contamos, pero estamos. Me refiero a la América Latina, al Africa, a lo que antes se llamaba el tercer mundo. Sin embargo en esta relación de dependencia esto no hace obstáculo, estos países que antes se llamaban del tercer mundo para que siga vigente esta concepción totalitaria donde el capitalismo se ha ido expandiendo de tal forma que compone, ya ha invadido todo, ha llegado a los límites posibles de expansión y empieza un proceso de implosión. Es decir, empieza un proceso en el cual después de haber abarcado expansivamente el globo empieza a colonizar sectores internos, a tener un proceso de impansión (eso es lo que nos toca a nosotros). Me refiero con esto a un momento muy particular de la historia, quisiera en todo caso insinuar que estamos atravesando un momento muy particular de la historia, que a nosotros nos toca específicamente por el lado de la reestructuración neoconservadora monetarista de la economía que tiene una gran influencia en la salud, en la enfermedad, en la educación, en la vida en general de la sociedad. Este proceso es un proceso de reconversión económica; es un proceso de privatización y de ajuste en el cual hay un desplazamiento de los centros de poder. El Estado que hasta ahora y desde la Revolución Francesa constituía un centro fundamental de poder, cede ese lugar privilegiado hacia dos lados; esa centralidad del Estado, cede para el lado de un poder anónimo, el de las multinacionales y hacia un poder periférico que es la delegación en las determinadas comunidades de la administración de los propios recursos. Aquí anuncio solamente algo que Hugo Spinelli en las palabras de apertura había afirmado como la autogestión.

Pero vamos a ir antes de eso a una idea global sobre como pienso yo en general este problema de las privatizaciones.

Según Toynbee, a principios de los años cuarenta empieza un cambio muy notable en la relación de las culturas dominantes con las culturas dominadas, lo que había comenzado con la Edad Moderna que era la propuesta de que las culturas dominantes explotaban, avasallaban, saqueaban a las culturas dominadas. A partir de los años cuarenta, empieza a haber como una especie de reconoci-

miento hacia esas culturas, basado en el respeto, en la necesidad de reconocer que la cultura occidental cede su etnocentrismo para reconocer que hay otras culturas que tienen otros sistemas económicos y que son tan respetables como la nuestra. Esto inicia lo que en la actualidad se llama la norma cultural hegemónica postmoderna, es decir la aceptación de que no somos los únicos, que no somos el centro y que hay otras culturas, y que estas otras culturas, que hasta ahora eran tenidas en cuenta como diferentes y por lo tanto como deficientes y que eran expuestas al avasallamiento y aniquilamiento por las culturas dominantes, debían ser respetadas, debían ser reconocidas y debían ser salvadas; tal vez un poco cínicamente podría decir para ponerlas en los museos, pero sin embargo esto hace eco en los grandes movimientos políticos de nuestra década, como el movimiento de liberación homosexual, el movimiento de liberación femenina y el movimiento ecologista.

Entonces, suceden cosas que además son absolutamente evidentes como que hasta hace poco nosotros, es decir unos pocos de la clase intelectual sabían por ejemplo que en la Argentina había 15 naciones indígenas y hoy en día no hay cosa más enternecedora que traer a un mapuche al San Martín para que hable el mapuche y todos lloremos. Entonces este ejemplo que es sólo un testimonio de como la norma cultural es la del reconocimiento y la aceptación de las diferencias, pone de acuerdo paradójicamente la política de la nueva izquierda y de la nueva derecha, por que con la mejor intención de acabar con el avasallamiento que las culturas dominantes tenían con respecto a las culturas dominadas y respetar las particularidades históricas y culturales de los subalternos, se produce también una especie de desresponsabilización de las culturas dominantes con respecto a las culturas dominadas. Esto es, por ejemplo, reconocer que hay sectores de las poblaciones que tienen otra medicina que no es la nuestra, que tienen otros saberes que no son los nuestros y que no hay ningún derecho que nosotros, los "blanquitos", les impongamos nuestra propia medicina, nuestros propios conceptos de salud, nuestros propios conceptos de vida o de muerte o de gestionar su humanidad. De tal forma que se van produciendo a través de este respeto una especie de intento de equivalencias, entre, bueno, nosotros tenemos nuestras medidas de salud, ellos tienen sus medidas de salud, nosotros vamos con los laboratorios alemanes, ellos con los yuyitos.

Cada uno tiene el suyo, ¿por qué vamos a imponerle el nuestro? Esta actitud muy respetuosa que significa también respetar las maneras de gerenciar su propia humanidad, el tiempo de vida por ejemplo; la muerte no significa lo mismo para ellos que para nosotros y entonces porque tenemos que imponerles nuestro criterio sobre la vida, sobre la prolongación de la vida o no. Esta aceptación de las diferencias termina en una especie de humanismo democrático, un vale todo, donde da lo mismo, y esa diferencia se transforma en indiferencia. Paradójica-

mente la nueva derecha propone exactamente lo mismo, el respeto por las diferencias, el *apartheid*, somos diferentes, somos distintos, que cada cual gestione sus recursos, que cada cual gestione sus limitaciones, que cada cual gestione sus miserias; esto lleva a que suceda una especie de cuadro postmoderno donde hay una amplitud de posturas culturales diferentes entre sí, una especie de *patchwork*, una especie de "al don pirulero, cada cual atiende a su juego", que en última instancia reduce esa política de avasallamiento o de explotación de las clases dominantes sobre las clases dominadas y que, en realidad, se lava las manos, se desresponsabiliza o desresponsabiliza a las clases dominantes sobre el derecho a la vida que tienen las clases dominadas, no es que mueren como quieren sino que terminan muriendo como pueden, de tal forma que mientras la expectativa de vida al nacer de un ciudadano europeo occidental es de 75-76 años, la de un mapuche puede ser 45-48. Entonces esto en todo caso es un intento de plantear un panorama general de este proceso de privatización de la medicina donde el Estado se está descargando de la responsabilidad y donde nos plantea una toma de posición en el sentido de si nosotros debemos estar en contra de ese Estado proveedor, que cumple a medias con la imposición de un modelo hegemónico, o si deberíamos asumir esta privatización como una estimulación a la autogestión que las distintas comunidades puedan gestionar, administrar. Primero, analizar cuales son los propios problemas de las comunidades, y después gestionar los recursos en función de su propia cultura y de su propia historia, cosa que puede ser en todo caso muy polémico y que lo dejaría aquí para abrir a la discusión.

Bueno, dicho esto simplemente quisiera como panorama global enunciar algo más: decía que estamos hablando de la institución de la salud y de la enfermedad, y que mi intención era relacionarlo con las cuestiones del poder, las cuestiones del estado, la circulación del poder en sentido de las depositaciones del poder (sic), las desapropiaciones del poder y los usos del poder. Me interesaría algo más personal, más actual que sería reflexionar sobre cómo se inscriben estas Jornadas de Atención Primaria dentro de la institución de la salud y de la circulación del poder. Qué significan entonces estas Jornadas de Atención Primaria, estas jornadas que Hugo Spinelli decía, las estamos haciendo en el Aula Magna de Odontología, porque nos echaron del otro más central, estamos en un lugar casi periférico, pero hoy a la mañana hablando con Hugo, él contaba la historia: las primeras jornadas se pensaron en un bar y se hicieron en el Aula Magna del Hospital de Niños, las segundas, terceras y las cuartas en pleno epicentro de la institución salud de este país: el Aula Magna de la Facultad de Medicina, las quintas en este espacio, casi como empujados al Aula Magna de la Facultad de Odontología y es probable que las sextas sean de vuelta en un bar. No sé si eso es bueno o malo, pero habla un poco de la relación de poder entre el centro y la periferia y como se va corriendo y cómo estas mismas jornadas son asiento de una brutal lu-

cha entre fuerzas instituidas y fuerzas instituyentes, es decir entre fuerzas conservadoras que tienden, con la mejor intención de innovar, a repetir los mismos criterios burocráticos y transmitir los mismos pensamientos del modelo médico hegemónico, y por otro lado están absolutamente en lucha contra esto tratando de innovar, tratando de modificar, de transformar el orden instituido, esta lucha entre el modelo hegemónico y los sectores subalternos deviene en una transacción, en algo que los psicoanalistas conocemos como solución de compromiso, una transacción entre dos luchas, que Satriani, una de las voces importantes de la antropología latinoamericana ha llamado resistencia

Y con esto termino. Quisiera reparar en el término de resistencia de las culturas subalternas al modelo médico hegemónico : resistencia activa, resistencia pasiva. Estoy "hasta acá" de escuchar que lo que salvaría los procesos y la innovación de los procesos de salud, sería la participación popular, y estoy "hasta acá" de escuchar que la participación popular fracasa y que hay un algo de apatía, de desinterés, de desafectación de los sectores populares hacia los buenos y los malos proyectos que tanto desde el Estado como de organismos no gubernamentales, y hasta de los sectores más progresistas de la salud, se les acerca. Sería bueno tomar esta resistencia como un síntoma, lo que quiere decir dignificarla o denigrarla, quiere decir permitir dos lecturas de esta resistencia, de esta apatía, de esta indiferencia de las clases subalternas, a los proyectos de salud que se les acercan; dignificar esto sería pensar que en esta resistencia se está ejerciendo una especie de respuesta al dominio o a la intención de dominio, se está ejerciendo una especie de actitud de rebeldía frente a la imposición del modelo, aunque es lógico pensar desde un punto de vista denigrado de este síntoma de la resistencia que es la aceptación resignada de la imposición de un modelo hegemónico frente al cual las clases subalternas no tienen nada que hacer. Hace poco en Brasil en un congreso me contaron un hecho por el cual la Sociedad Protectora de Animales los puede matar, que es el siguiente: hicieron una experiencia con un sapo, agarraron agua de la laguna y pusieron un sapo adentro, comenzaron a aumentar la temperatura muy gradualmente, y el sapo no reaccionaba ante este aumento gradual, iba perdiendo con la temperatura la capacidad de respuesta, cuando la temperatura llegó a un grado antes de que el agua hirviera, el sapo murió sin haberse movido. Agarraron otro sapo de afuera, lo pusieron en el agua caliente, el sapo tocó el agua y saltó. Ellos me daban este ejemplo como una metáfora social. Decía que la sociedad está pasando por una situación semejante, las medidas de ajuste gradual e implacable que se están imponiendo anulan la capacidad de respuesta a esto y es probable que vayan creando una situación donde uno sabe lo que está pasando, sabe que esto significa la aniquilación de sectores importantísimos de la población y lo más tremendo es que no hay posibilidad de respuesta a esto, distinto hubiera sido, si esto hubiese sido una imposición abrupta,

pero en nuestro país especialmente la imposición ya se hizo en los años de dictadura militar y es probable que eso quede en la memoria social y ya no haga falta recordarlo más. (*Aplausos*).

Dr. Alfredo Grande: Yo me voy a referir brevemente a algunos de los tópicos que trató Juan Carlos y con el indudable privilegio de intervenir después y tomar algunas de las cosas que él ha mencionado.

Lo primero es esto del sapo. Pensé dos cosas: podría haber una tercera posibilidad, que es cuando se pone al sapo en agua hirviendo y quiere saltar, le ponen la tapa arriba para que muera, que es lo que hacía la dictadura, que ponen la tapa aún con el sapo en el agua hirviendo (consomé de sapo). La otra que pensé es que los directores o gerentes de la Trilateral Comisión o de los organismos mundiales deben haber hecho la experiencia del sapo hace unos 20 ó 25 años y ya la conocían, es decir que de alguna manera si hubiéramos conocido esto 20 o 30 años antes, que era cuando se empezaron a delinear las políticas de ajuste, no sé si hubiéramos sido consomé de sapo o no. Pero lamentablemente muchas cosas que uno va descubriendo, también descubre que los otros las sabían de antes y por eso se instrumentan de determinada manera.

Me voy a referir muy brevemente al tema de la autogestión y a ejemplificar un poco, tomando lo que está pasando acá, el tema de lo instituido y lo instituyente. Por ejemplo, esta mesa está comenzando cuando pedimos que se bajara la música y lo logramos después de algunas gestiones, pero para los que están llegando, comienza cuando llegan. Entonces el fenómeno de lo instituido y lo instituyente se da cada vez que alguien llega. Por ejemplo: alguien va bajando por las escaleras, empieza a otear, se fija para ver qué asiento está libre, empieza a hacer gestos como diciendo "está libre", por que ve que está libre pero hay cosas, entonces mira al otro que le dice no, ¿no qué? no hay, ¿cómo no hay si yo veo que hay? Entonces hay un gesto como, vamos, depende del grado de confianza, simpatía, se sienta igual, le da un codazo. Pero esto que pasa cada vez que alguien entra (*risas*), es instituido e instituyente. El instituido es el que está sentado y puso una bomba para que nadie se siente, esto es el instituido para el que llega; el que llega es el instituyente y es el que siempre jode al instituido (*Risas*). Es decir la misión histórica del instituyente, es joder (*Risas*). Entonces yo estoy viendo como más instituido quién está instituyendo. (*Risas*).

Bueno, en este sentido todos los procesos sociales, todo en la historia de la humanidad, se divide en los que joden y en los que tratan de no ser jodidos, y esto cambia según quién define el tema, pero esto es así para siempre. Acá hay una versión nueva, hay uno sentado en la escalera. Este es el nuevo instituido (*risas*), y ahora va a patear al que esta en la escalera, (*Risas*)

Bueno el ejemplo de instituido, como decía Juan Carlos, es esto de los mode-

los hegemónicos, entonces la lucha contra los modelos hegemónicos, es la lucha que gran parte de los que estamos acá hemos tenido y seguiremos teniendo. Esos grandes modelos hegemónicos, que son tan hegemónicos que uno se los queda mirándolos y le queda un dolor permanente en el cuello de mirar la cúpula para arriba. Por ejemplo, un encuentro de atención primaria en el Aula Magna de la Facultad de Medicina, se me ocurre así como un congreso de prostitutas en la Catedral inaugurado por Justo Laguna luego de aclarar qué pasó en el casamiento de Neustadt (*Risas*). En este sentido el instituido debe existir, es necesario que exista. Yo no creo que haya que estallar a todos los instituidos, no de pronto que alguien en medio de un asado diga: ¡vivan los vegetales!, yo no creo en eso, yo creo que un asadito debe tener vegetales, pero debe tener carne, achuras, bueno lo que todos sabemos, pero siempre en un asado hay algún vegetariano que jode. (*Risas*)

Pero de cualquier manera hay que pedirle al instituido que permita el despliegue del instituyente, porque si el instituido tiene un peso tal que ahoga al instituyente, entonces ahí si se da el fenómeno en el que prima el instituido, el instituyente queda ahogado y aparecen los fenómenos reaccionarios, retrógrados, regresivos, totalitarios, fascistas, neonazis, neoconservadores, lo que fuera. Es decir lo instituido en cualquier sistema que se institucionalice debe tener un espacio que acá yo creo, que el primer espacio instituido que ofrecen estas jornadas es el de la mesa de inscripción. La mesa de inscripción sería como esos pequeños asientos llenos que hacen que esto después se pueble, sin la mesa que yo llamaría un analizador construido que da cuenta de las fuerzas instituyentes que acá pueden desplegarse, quizás esto sea meramente caos, por eso la mesa de inscripción se convierte en un analizador sumamente apto para entender cuáles son las fuerzas que acá se van a desplegar y por eso es un lugar de máximo conflicto, como es un lugar de conflicto en cualquier servicio la admisión de pacientes, que es muy complicado para organizarla, porque el paciente es el instituyente y el cuerpo médico es el instituido (cuerpo médico en el mejor o peor sentido de la palabra). Me piden que defina que es un analizador, pero no sé. Digamos que podemos denominar analizador a toda estructura que da cuenta del funcionamiento íntimo de cualquier proceso que se esté generando, por ejemplo una discusión entre los padres puede ser un analizador de la situación familiar, si esa discusión se toma no solamente como un intercambio de opiniones, sino como algo que está hablando, de algo que pasa internamente.

Los analizadores pueden ser históricos, espontáneos, contruídos, y el verdadero análisis lo hacen los analizadores, es decir este grupo es un analizador seguramente de lo que nosotros estamos proponiendo y a su vez nosotros podemos funcionar de analizadores de algunos aspectos de las Jornadas. Hay más analizadores con capacidad de registrarlo, por ejemplo: "Sígueme no los voy a defraudar", es un analizador, porque nadie que no tenga, inconscientemente, la idea de

la defraudación, aclara que no los va a defraudar, si yo les digo escuchenme que no les voy a afanar, ustedes piensan, pero ¿por qué? me aclara que no me va a afanar, si evidentemente no nos va a afanar. No les voy a afanar, ni a violar, ni a pegar pero si no voy a hacer nada de esto, tampoco lo aclaro. Un analizador "No los voy a defraudar" y bueno por ahí nos defrauda, entonces tenía razón, es un analizador (*Risas y aplausos*).

Más allá de las internas y externas, pero cómo dice un analista político en caso de voto relájese y goce (*Risas*).

Bueno, entonces el tema de la hegemonía de los modelos hegemónicos presupone algo que en nuestra cultura occidental y cristiana, es muy fuerte que es la tendencia a la hegemonía de los modelos, ¿cuál es el gran enemigo de la autogestión?, tiene varios, pero el principal es la tendencia, el enamoramiento, la fascinación que muchos de nosotros ejerce en los modelos, es como que desde lo individual, desde la familia, lo vincular y hasta desde lo grupal y a veces lo organizacional el modelo fascina; es decir, ¿desde dónde hablas?, ¿cómo desde dónde?, estoy acá sentado, ¿no, pero desde dónde? (*Risas*). Ah, no sé, se me ocurrió, ¿pero esto te hace pensar en quién? En nadie, es más, casi nunca pienso. (*Risas*). Entonces si no es así, que lástima, porque era lindo, pero acá falta algo. Bueno pero estos modelos ¿cuáles son?. Básicamente modelos familiares, profesionales, económicos, afectivos, raciales, étnicos, obviamente edípicos, familiaristas todos esos son modelos que la autogestión de alguna manera comienza a romper porque la autogestión no es un modelo, la autogestión se modela, se construye. A ver, cómo hacemos para autogestionar, cual es el modelo, veamos autogestiones pasadas. Así no se autogestiona nada, es decir cuando se autogestiona realmente algo, eso después ya no sirve para otra cosa. Por ejempló yo autogestioné una pareja, con este modelo autogestiono otra, y fracasa estrepitosamente. Ya autogestioné un orgasmo, voy a autogestionar otro (*Risas*).

Quiero aclarar que todo lo que yo dije hasta ahora, me rectifico de todo para evitar juicios que cada tanto tengo (*risas*) me rectifico, no me importa, me lo dijo otro, estaba psicótico. Pero, por ejemplo la autogestión del orgasmo se denomina masturbación (*Risas*). Es una manera de autogestionar la sexualidad muy conocida y bastante útil y por lo pronto económica y segura, ¿no?

Otra forma de masturbación es la mental, que tan bien y tanto conocemos y que es una autogestión de utopía, digamos uno se puede masturbar mentalmente pensando en frentes, contra frentes, superfrentes con salidas al exterior, sin salida, eso depende (*Risas*). Pero evidentemente como se puede autogestionar cualquier cosa, tengamos claro que cuando uno larga una propuesta autogestiva tendría que aclarar, y para eso son importantes los analizadores, que es lo que va a autogestionar. Uno puede autogestionar la propia alienación y es lo que Rene Lourau llama la sobreimplicación, puede autogestionar la imbecilidad, uno se

puede volver imbécil a sí mismo repitiendo o viendo varias cosas o yendo a la cama con Moria o escuchándolo a Neustadt cuando volvió de Europa. Uno puede autogestionarse sumamente fácil, se puede autogestionar la mediocridad. Todo se puede autogestionar, entonces decir autogestión no es suficiente. Gregorio Barenblit decía en una de esas reuniones que la vida sana no es para todos, y uno no sabe si tiene la experiencia de ir un día al aire libre a descansar y volver agotados (*Risas*). Vieron que mucho oxígeno a uno le hace daño, entonces tiene que fumar para equilibrar el sistema; y esas personas que toman vacaciones para reponerse de las vacaciones que tuvieron. Los espacios teóricamente libres, creativos, relajados suelen ser muy tensionantes.

Entonces, para ir redondeando un poco, la autogestión es un analizador de la institución del poder y justamente el poder es una de las cosas que más necesita su análisis, el poder entendido desde las culturas sometidas siempre es malo, siempre es poder joder, poder molestar, poder oprimir, poder matar. La institución del poder tiene también despliegues instituyentes que es poder hacer, poder crear, poder vivir, poder amar, poder soñar. Estas acepciones del poder depende si el poder está desde lo insituido conservador o desde lo instituyente creador, pero hay algo muy riesgoso y es cuando las fuerzas instituyentes resignan la cuota de poder de que disponen. Mendel menciona que el hombre flaquea cuando va a cruzar el umbral de la casa del padre. De alguna manera ejercer el propio poder implica conciente o inconcientemente simbólica o, a veces, realmente: matar al padre, al padre insituido, al que nos constituyó; esto por supuesto es doloroso y casi nadie lo hace, pero si no lo hace estamos resignando la cuota de poder.

Hay una película que yo recomiendo siempre, que es *Danza con Lobos* y que es un excelente analizador de esto que Juan Carlos traía del tema de las culturas y las diferencias, y realmente el protagonista actúa como un analizador de una cultura y va haciendo una lentísima admisión de todos los ritos, y toda la admisión que tiene que hacer para entender esa cultura y como queda capturado por esa cultura, una cultura que para él es totalmente insituyente; entonces creo que cada vez que nos enfrentamos con una tribu sioux o un grupo que está acá asistiendo a estas jornadas, o lo que fuera, tenemos el mismo problema que *Danza con Lobos*: primero cambiarnos el nombre: psicoanalistas, psiquiatras, trabajadores de la salud mental, Alfredo, Juan Carlos, es decir cambiar el nombre porque el nombre es un insituido familiar y a veces convendría renominarse en el sentido amplio del término, por eso el uso del apodo, el cual actúa como el instituyente.

La autogestión, por otra parte, es una propuesta absolutamente estimulante, la autogestión de la creación, del amor, de la sabiduría, pero es muy sensible al tema de la desconfianza.

Cuando alguien enuncia una propuesta autogestiva en seguida aparece la desconfianza por el tema de "el no los voy a defraudar". Si alguien enuncia una pro-

puesta de socializar el poder y el saber y dice: "esto es de todos", nadie le cree y en parte es cierto, porque hay una experiencia histórica de mentira, pero el que realmente cree en la autogestión debe sostener esta desconfianza y tratar de confiar y mantener la esperanza.

El tema del sapo, yo siempre lo pensé de esta manera: esta es una cultura que como que cada vez tiene menos esperanza, genera más ilusiones, es una cultura de la desesperanza, pero a su vez de la ilusión permanente, es decir la ilusión como las creencias basadas exclusivamente en deseos: astrología, las ciencias ocultas, los movimientos para-cristianos, el Pastor Gimenez (próximo diputado), (*Risas*). Todo eso sería el predominio de la ilusión y sin embargo cada vez hay menos esperanzas, que tiene que ver con la indiferencia, porque la esperanza está dada por la experiencia histórica de lograr el objetivo en este mundo. Esta experiencia histórica está cada vez más lejana y cada vez hay menos esperanza y por lo tanto hay cada vez más ilusiones. Entonces un analizador debe decir: este espacio es un espacio de esperanza o de ilusiones?

Ojalá, fuera un espacio de esperanza, pero seguramente es para mucha gente también un espacio de muchas ilusiones que son después las que fracasan y las que potencian la desesperanza cuando en realidad no es lo mismo estar desesperanzado que desilusionado. Yo quisiera estar siempre desilusionado y estar siempre esperanzado, lo que por supuesto no es fácil.

Proponer la autogestión es asegurar siempre la indigestión, el que autogestiona siempre se va a indigestar con algo, porque la autogestión es mucho, es como la gran comilona, donde uno come, come, come, y después se siente mal, con los excesos, el alcohol, el tabaco, el sexo. Entonces, el que propone la autogestión, tiene que soportar después la indigestión, pero como propuesta vital, me parece mejor soportar la indigestión después de la gran comilona que vivir hambreado mirando como los demás se comen la comida. Si hay que elegir entre una cosa y la otra, yo prefiero sentirme bien después de la hepatalgina, después de haber creado, de haberme nutrido, después de la indigestión matizada con la culpa de nuestra cultura judeocristiana que nos permite el placer si después nos sentimos un poquito mal (*Risas*).

Pero de todas maneras prefiero eso a vivir con la ñata contra el vidrio viendo como los demás comen suponiendo que yo no como solamente porque los demás comen. Además de eso yo no como por que los demás han ejercido plenamente su deseo de comer, mientras que yo no he terminado de pasar el umbral de la casa de mi padre, de mi padre interno, creo que ese conflicto se hace evidente en algún momento de la vida y de como se resuelva será el predominio en cada uno de lo instituido, el propio padre sentado en nuestra cabeza, o de lo instituyente, aquel que a través de gestos va buscando siempre un nuevo espacio. Bueno por ahora nada más gracias. (*Aplausos*).

Dr. Juan Carlos Voinovich: Me parece que Alfredo instituyó el humor y que es hora de pasar a las preguntas.

Catalina Eibenschutz: La verdad es que me siento muy motivada por la participación, yo creo que por el hecho de estar aquí abajo soy instituyente y ustedes son los instituidos que es muy cómodo porque uno cambia de posición a lo largo de los días.

Yo quisiera hacer un comentario desde otra perspectiva, porque ni soy psicoanalista, ni soy psiquiatra, ni psicóloga. Entonces a toda esta primera parte que se presentó aquí, con estas nuevas palabras, que son nuevas para mí; yo voy a tratar de decir: hay mucha diferencia entre este planteamiento de Castoriadis y un planteamiento desde la sociología que llamaría a este magma, una ideología dominante, en el buen sentido, no la ideología impuesta que tomamos muchas veces mecánicamente porque está producida por una clase dominante, sino realmente la ideología dominante de una sociedad. Es muy diferente o le estamos dando nuevos nombres a cosas porque nos consuelan, porque eso de ideología dominante, fue muy mal usado y lo estamos abandonando. El otro problema que yo quisiera señalar es esto del capitalismo mundial integrado. Yo digo que es la Edad Media moderna, una sola forma de ver las cosas, una sola forma de pensar, sino no soy moderno, menos posmoderno, y es una sola forma de pensar porque eso de la integración está regular. El desplazamiento de los centros de poder, yo creo más bien que es una imagen que han logrado dar más que una realidad, yo creo que el Estado nacional sigue teniendo mucho poder en la relación con la descentralización y con las multinacionales también. En cuanto a la autogestión, yo digo, que sí, que la masturbación es muy interesante, pero que no se conoce gente (*risas*), entonces yo a todo esto lo quisiera incluir dentro de un problema muy serio que es la autogestión, aparte de darle el apellido, y en eso estoy muy de acuerdo, es muy encerradora también. ¿Por qué no hablamos un poco de contradicciones y de relaciones de poder? Porque esta cosa de la circulación del poder, no me va, el poder como que no circula y estas relaciones de poder y estas contradicciones son tal vez un discurso un poco agotado, porque no lo retomamos un poco y la autogestión al cabo de un tiempo es empobrecedora. Me gustaría discutir un poco eso. ¿Por qué es empobrecedora? Porque no se conoce gente, porque es el mismo grupo el que se supone que permanentemente está gestionando algo, y la poca experiencia que uno tiene con proyectos de autogestión importantes es que se vuelven muy sectarios, muy desconocedores de la totalidad, y por último, aparte de la definición de poder que dí el lunes a mí me gustaría que reflexionáramos un poco en esta relación de lo global, porque ahora dicen que la economía es global, que todo es global; y cada vez en la realidad nos están lanzando a proyectos cada vez más chicos en base a la autogestión, cada vez más

descentralizados, cada vez se pierden más los proyectos colectivos en aras de este supuesto abandono y todos nos sentimos en un mundo de hacer autogestiones pequeñas mientras unos cuantos, si existen, hacen la autogestión del todo, yo no sé como se podría recabar esto.

Dr. Juan Carlos Volnovich: Yo coincidí totalmente cuando, un poco irónicamente, sobre todo con esto último de la autogestión, yo decía que la autogestión correspondía a delegar el poder en pequeñas comunidades para que administren sus propios recursos, sus propias miserias, sus propios límites; me refería irónicamente a esto, y a todas las críticas. Yo creo que sería muy peligroso caer en la formación de nuevos expertos en autogestión y postular la autogestión sin discriminación y sin crítica. Lo que me parece desde un punto de vista global es lo siguiente: yo creo que es cierto que hay una integración global a través de los medios de comunicación de masas que uniforman el globo y que atraviesan todo, se produce un proceso simultáneo de homogeneización del globo a través de los medios de comunicación de masas, simultáneo a un proceso de fragmentación, de segmentación y de atomización donde todo coexiste, en una especie de vale todo humanista democrático que en realidad va formando nuevas reservas de indios y donde cada comunidad autogestiona sus propios recursos, todas conviven, todas valen, nadie reprime a nadie, nadie avasalla a nadie, todo existe en esto, que además corresponde a un momento en que los medios de comunicación sí tienen la función de homogeneizar. Por eso son fundamentales las investigaciones que se hacen y sobre todo a nivel de salud, de cómo cada comunidad recibe y se apropia de los mensajes de los medios de comunicación. Por ejemplo, el caso específico del psicoanálisis en la Argentina, hay que decirlo a Catalina que es mexicana, el psicoanálisis es un cosa muy grande, es la psicología hegemónica, el psicoanálisis lacaniano dentro de la psicología general y de la cultura .

Los psicoanalistas estamos en todas partes: en el hospital, en el ministerio, en las escuelas, y hasta en los medios de comunicación de masas. Los psicoanalistas opinamos de todo. Todo eso llega, ya no hace falta más ir a una consulta psicoanalítica o que un psicoanalista vaya a la comunidad. Ahora a través de la televisión se mete absolutamente. Yo siempre cuento la anécdota de una mañana de un 21 de setiembre que tomé un taxi en Buenos Aires, un día hermoso y en una charla con el taxista: "Trabajar un día como hoy", me dió lástima el señor entonces para consolarlo le dije: "Bueno yo también trabajo, ahora como, y vuelvo a trabajar". Entonces me dice: "¿Y usted de qué trabaja?" Le digo: "soy psicoanalista".

Entonces el taxista se dá vuelta y me dice : "Ud es lacaniano? (*Risas*)

Pensé, ¡zás un colega!. Y no era un colega, era un señor que además de trabajar de taxista trabajaba en un editorial de libros y una vez había leído a Lacan.

No hay muchos países en el mundo donde los taxistas lean a Lacan (*risas*), eso pasa en la Argentina. El psicoanálisis Lacaniano esta metido absolutamente en la cultura. En la década de 1960 y de 1970 nosotros sabemos muy bien que Ariel Dorfman y Bachelard trabajaron mucho sobre los mensajes emitidos a través de los medios, no sobre los mensajes recibidos, sobre cómo cada comunidad recibe, se apropia, se adueña de esos mensajes de acuerdo a su propia historia, yo creo que las investigaciones en este momento tendrían que estar mucho más centradas justamente en la apropiación de los mensajes que van homogeneizando todo a través de los medios de comunicación pero fragmentando, segmentando y atomizando todo al mismo tiempo. Entonces creo que hay un proceso muy contradictorio, no hay que dejarse llevar por lo de la integración global, por la homogeneización total porque hay que tener en cuenta también este estado de fragmentación, que en última instancia impide pensar la totalidad y la fuerza que da el conjunto, y que para América Latina es fundamental porque nos quita la posibilidad de imaginar una América unida, no al estilo de Bolívar que quería todos bajo una misma lengua, sino, al contrario, respetando las diferencias que hay en América, reforzándolas, enfatizándolas, pero no renunciando a la posibilidad de pensar en la totalidad y en el conjunto.

Con respecto a lo del individualismo y de la masturbación, estoy totalmente de acuerdo porque la política de atomización y fragmentación es la política de la reducción al individualismo. La enfermedad y la salud aparecen como un problema natural, biológico, individual, personal y autogestivo, cada uno tiene que arreglárselas como pueda, como si la enfermedad fuera un problema individual, y por supuesto si la enfermedad es un problema individual, natural, biológico, la salud también es un problema personal o en todo caso familiar y aquí hay algo que es muy importante, en este proceso de privatización donde el Estado se desentiende y delega en las comunidades y en los individuos la administración de los recursos de la salud, el lugar de la mujer. Porque tradicionalmente es la mujer la encargada de los cuidados asistenciales, la responsable de la salud, de la salud familiar, pero cuando además el Estado se desentiende, la cultura patriarcal se refuerza de tal forma y sobre la mujer recae de manera drástica, justamente todas las medidas tendientes a conservar la salud o hacerse cargo de la enfermedad, y eso refuerza toda la situación patriarcal de esclavitud y subordinación de la mujer, así que esta política de reconversión está muy ligada también con la relación de géneros y mientras el mundo está en un proceso donde la mujer está haciendo por un movimiento de liberación femenina, un gran avance, esto significa un retroceso brutal, este problema del lugar de la mujer en la salud en un momento de reconversión económica donde se privatiza la salud.

Sobre la ideología dominante de Castoriadis, es muy compleja, pero creo que es una ontología nueva porque la ideología de la cual hablábamos antes y que

ahora podríamos decir magma y significaciones, estaba basada en las relaciones económicas de producción y Castoriadis no, él las hace volar en el aire es mucho más idealista para un materialista y para un marxista es como una especie de cachetazo, pero él propone una ontología radicalmente nueva, porque este magma de significaciones no es equiparable a la ideología dominante porque ésta toma su base material en las relaciones de producción y él dice que no, al contrario, que este magma de significaciones va creando las relaciones de producción. No sé si estoy de acuerdo o no, pero considero que es una verdadera revolución ontológica.

Dr. Alfredo Grande: Yo con el elemento persecutorio de este libro de las jornadas anteriores quiero dejar aclarado en este Aula Magna que en mi condición de docente de la Facultad de Medicina, en modo alguno puedo recomendar la masturbación como práctica habitual, si es que esto se escuchó de esta manera. Pero como de todas maneras, y por algo reaparece el tema debo decir que la autogestión no presupone un modelo ni un valor en sí mismo, depende que es lo que se autogestione. Se puede autogestionar un genocidio, y uno suicidarse. De todas maneras yo concuerdo (de mi propia experiencia), yo organicé con otros colegas una cooperativa de trabajo en salud mental, esto que decía la compañera del sectarismo, del autismo mas que del sectarismo, es una vivencia autista. No es lo mismo autogestion que autismo. La autogestión no presupone el desconocimiento, ni el encerramiento, sí como deformación.

Pero retomando el tema de la institución de la sexualidad y lo de la masturbación, pensemos por ejemplo, frente a la masturbación del adolescente hay dos vías, una vía más instituida que sería culpabilizar: *dejá de tocarlo*, "dejá de hacer esa porquería", (*risas*), "sos un asqueroso como tu padre". Cosas que hacen que el chico se sienta tan bien. ¿No? Entonces los que hemos padecido la cultura judeocristiana sabemos que no es fácil esa autogestión.

En cambio generaciones modeladas por modelos instituyentes de pronto, podemos pensar ante la masturbación de un adolescente que se esta explorando, se está conociendo, es imposible conocer gente bien si uno no se conoce lo suficiente y creo que no hay una oposición entre conocer gente y la autogestión. Entiendo el sentido de la intervención y avalo eso, porque es cierto que los grupos autogestivos terminan en una omnipotencia, una omniscencia y un ejercicio autista. Creo que en algunos momentos la recuperación del poder es importante. Un ejemplo muy concreto en esta cooperativa que es de profesionales, con lo cual empieza mal de entrada, porque no hay nada menos cooperativo en Argentina que la entidad profesional, es un magma de poder terrible. Pero de todas maneras, lo que la autogestión intenta destrabar es la división técnica y social del trabajo, es decir, en mi cooperativa el desafío permanente es cómo los profesio-

nales que estén preparados para la salud mental pueden gestionar la producción económica. Lo que se da habitualmente es que el profesional reivindica para sí la tarea de atender pacientes y todo lo demás que es todo y que es mucho, que lo haga el contador, el abogado, el secretario, un voluntario (generalmente con "b") que desde traer una escalera a cambiar una lamparita, es decir autogestionar la luminosidad; por ejemplo se llama al electricista en lugar de cambiar la lamparita que es muy fácil. Yo en mi casa la cambio, no llamo al electricista. Esto es lo que la autogestión tiene como desafío, recuperar los poderes depositados, no delegados, de los cuales hemos sido expropiados. Eso de que un lugar para cada cosa, y cada cosa en su lugar, entonces uno encuentra todo, porque está todo tan ordenado, pero no le sirve para nada, porque está todo tan instituido, es muy aburrido.

De todas maneras, es un riesgo lo de la autogestión, sobre todo la autogestión como modelo, si nosotros tenemos la advertencia de que la autogestión no es ningún modelo, no es ningún paradigma, no hay ningún ideal, mucho menos hegemónico, es simplemente un desafío a la propia práctica y a la propia recuperación de poder. Y aceptamos que cada modelo autogestivo es propio y que no sirve para mañana. Bueno yo creo que la autogestión es un desafío. Es cierto que existe el riesgo de quedarse con lo más pequeño, con la cosa vecinal, barrial, pequeño en el sentido peyorativo. Yo creo que la experiencia concreta de recuperación de poder en organizaciones autogestivas, organizar un congreso, un asado, una sociedad de fomento, son experiencias casi imprescindibles para poder participar después en la macropolítica desde un lugar de mayor solidez. Es decir, cuando uno tiene realmente la experiencia autogestiva se inscribe en la macropolítica desde la esperanza, pero no desde la ilusión, porque cuando uno no ha hecho ninguna experiencia autogestiva está propenso a idealizaciones y a ilusiones. En ese sentido, creo que la autogestión es un desafío importante, tiene todos los riesgos de la sobreimplicación que yo mismo mencioné de estar demasiado metido, pero es un riesgo que no me parece que impida el desafío. Cuando yo escucho la palabra autogestión en un principio entro en cierta resonancia, pero después pregunto: autogestionar ¿qué? ¿cómo? ¿quiénes? y siempre hay un excedente y alguien se queda con el excedente, y bueno habrá que autogestionar nuevos excedentes. Autogestionar miseria no me parece que sea el mejor modelo de autogestión, pero evidentemente como ejemplos hay mucho más de lo que se puede hacer que solamente pagar 400 dólares para ir a un congreso de psicoanálisis. Bueno esas son las opciones, yo sigo apostando a la autogestión y creo que los riesgos del sectarismo y del autismo están en todo, inclusive en la autogestión. Gregorio Barembliit una vez me dijo que uno se puede alienar con cualquier cosa incluso con la teoría de la alienación.

Publico: Le quisiera preguntar al Dr. Grande, ¿Qué idea tiene de la prostitución?, ¿qué idea tiene de la Catedral? como para hacer una metáfora tan simpática en relación a que éste sería algo así como un congreso de prostitutas en la Catedral. Personalmente creo que muchas prostitutas creen en Dios, y por eso van a la Catedral.

Dr. Alfredo Grande: Bueno, esto es por lo que yo mencione antes que me rectifico de cualquier cosa que dije (*Risas y Aplausos*). Yo tomo tu pregunta como una invitación a que yo desarrolle mis ideas. Si la pregunta presupone una descalificación de parte mía a este espacio o a otros espacios, debo aclarar que no es así, es decir, uno usa metáforas en el sentido ilustrativo. Ahora ¿cuál es mi idea de la prostitución?. Bueno, creo que es un analizador de la institución de la sexualidad, y hablo de la prostitución y no de la trata de blancas, que son dos cosas distintas, es decir, habría que hacer una diferencia entre la prostituta o el prostituto -que actualmente esta más de moda- y el capitalista del sexo. Es decir, la prostitución es un trabajo, y mencionando a Freud en su obra de 1910 que se llama: *La moral sexual, cultural y la nerviosidad moderna*, donde aclara esto de la doble moral sexual en las sociedades occidentales, justamente la necesidad (*sic*) de la prostitución en todas las sociedades occidentales habla de la hipocresía sexual de los modelos dominantes, es decir, la prostitución no es un defecto, es algo necesario para mantener ciertas hegemonías. Cuando uno lee la noticia, que en un *container*, cuarenta prostitutas murieron asfixiadas siendo trasladadas desde Centroamérica a Europa por los traficantes de sexo, se da cuenta que evidentemente el problema no es la prostituta, sino el capitalista que lucra con eso. Ahora, ¿por qué use la metáfora de la Catedral? Justamente porque la Catedral, cualquier Catedral, es el ejemplo de lo instituido; una institución que históricamente ha luchado contra la institución del sexo es la Iglesia Católica, que actualmente se opone a la lucha de la prevención del SIDA por la difusión del uso de los profilácticos y esto que se lee en los periódicos, es un genocidio; no hacer una campaña de difusión masiva del uso de los profilácticos es un genocidio; evidentemente la lucha contra el aborto, y yo personalmente creo que el aborto debe ser evitado, presupone la educación sexual. Si uno se opone a las dos cosas, es una situación falaz, porque cuando no hay educación sexual lo que se propone es una especie de educación salvaje que es el aborto. Entonces, el ejemplo muestra que aquello más instituyente, que podría ser la transgresión sexual, en nuestro modelo ejemplificado por la prostitución ubicada en el lugar de lo instituido que ha sido su enemigo histórico, la Iglesia Católica, presupone algo que en algún momento va a estallar. Cuando Juan Carlos dice de volver al bar está diciendo esto: cuando las fuerzas instituyentes adquieren una fuerza tal, son expulsadas por lo instituido; como Cristo expulsó a los mercaderes del templo. De todas ma-

neras, yo no considero ofensivo que en una sociedad que ha indultado a genocidas, a delincuentes, a traficantes, y que van por la calle a pesar de las intenciones de Moreno Ocampo, nadie se pueda considerar ofendido porque le digan prostituta, que en definitiva es una mujer que ha hecho una opción, y no solamente por su voluntad, sino por necesidad, y que está comprometiendo su cuerpo diariamente; me parece bastante elogiable, y totalmente repugnante el que trafica con eso, el que la explota, el que la somete, el que le saca el dinero. Ahora, si yo tengo que elegir entre la prostituta que trabaja y el cafiscio que le expropia el trabajo, no tengo dudas, yo elijo a la prostituta porque evidentemente fuera de condiciones éticas, morales y demás, yo siempre voy a privilegiar al que trabaja; y la trabajadora del sexo, profesión muy antigua, para mí es absolutamente digna de respeto, no así el cafiscio y el capitalista, por eso yo no me sentiría ofendido por esa comparación. De todas maneras, como toda comparación, lamento si alguien se siente descalificado; eso es lo que pasa muchas veces, uno dice un elogio y alguien se ofende, por ejemplo: qué cara de mono tenés, o sos una monada, o estas hecho un león, y eso depende de la historia que cada uno tenga con los leones (*Risas*). Yo lo lamento, pero ya que no puedo tener a todos de amigos, lo único que busco es no tener a todos de enemigos, cosa que tampoco es fácil por lo que veo. (Aplausos)

Público: En relación a lo que dice el Dr. Grande, no se trata de una ofensa, sino de marcar claramente que ser prostituta no es: "estar en contra de", sino que se puede ser prostituta y precisamente por la transgresión estar sirviendo al mismo amo.

Pregunta: Yo soy Silvia Bermann, psiquiatra y sanitarista. Yo quería retrotraer un poco el diálogo al problema que planteó Juan Carlos, de la recepción del mensaje. Me parece un tema sumamente importante, no sólo desde el punto de vista del receptor, sino también desde el emisor. En este momento, yo soy receptora y he creído advertir en el transmisor del mensaje cierto estereotipo, un estereotipo porteño que hace que los provincianos nos sintamos muy marginados de este diálogo, en el sentido que, bueno, el problema de Lacan es un problema porteño, y a lo mejor llega hasta Rosario o hasta Córdoba, pero no demasiado, y hay que pensar en todo el resto del país, que a menudo nos sentimos agobiados por el predominio porteño. En lo que se refiere a la autogestión, yo creo que hay que tomarla no sectariamente, ni en pro ni en contra, hay que situarla en el contexto, en la situación, en el lugar geográfico, en la actividad específica en que se haga la autogestión y que en la autogestión, así como en la masturbación serán adecuadas o inútiles de acuerdo a las circunstancias. (Aplausos)

Dr. Juan Carlos Volnovich: Solamente queria decirle a Silvia que yo soy pampeano. Aparte que efectivamente, y ahora muy en serio pienso que el problema de los modelos hegemónicos no se limitan espacialmente como podía ser el psicoanálisis, el psicoanálisis lacaniano tienen una expansión aún en aquellos lugares en que no se ve, aparte concretamente podría decirles que psicoanalistas lacanianos franceses buenisimos han muerto en Tucumán, en Salta. El psicoanálisis lacaniano tiene una influencia enorme dentro de la cultura y la psicología; creo que eso es innegable, es un fenómeno muy particular de la Argentina.

Pregunta: A mí me parece escuchar en lo que dice el Dr. Grande que habría en su propuesta de autogestión algo así como cuando él dice: "pasar el umbral del padre", creo entender una especie de salto casi simbólico, una especie de registro simbólico de lo que es la autogestión. De pronto también escuché que autogestión puede ser todo. Lo que a mí me preocupa es que en este momento, en el que el discurso de la privatización pasa a llenar el espacio social como una privación, no como una privatización, donde la relación es una relación de dominio y donde tendríamos que pensar quiénes son los marginales, los nuevos marginales, quiénes somos, qué pasa cuando nosotros: los científicos sociales, los psicólogos, los psicoanalistas seguimos hablando de la autogestión. Si, este momento no nos recorta este concepto, si no nos deja patinando esto de la autogestión cuando las condiciones subjetivas tienen que ver estrictamente con una quebradura que, a muchos no nos permite reconstruir desde nuestros ideales, desde nuestra esperanza como decía el Dr. Grande. Me parece que, ésta diferencia, me gustaría que la pongamos en juego respecto de este tiempo que estamos viviendo nosotros ahora, porque si no es como que pasamos de una dimensión donde el discurso de la autogestión es como devolverle a los que no tienen nada, que hagan lo que puedan con aquello que no tienen, a decir que todo es autogestionario. Bueno, cuáles son las consecuencias para nosotros que trabajamos en esto, de este momento histórico donde lo simbólico se nos quiebra y donde de alguna manera estamos expulsados y eyectados de un sistema simbólico donde la autogestión puede ser incluso un significante para nosotros, no para la gente con la que trabajamos.

Dr. José Escudero: Tengo tres pequeños comentarios: 1) el tema de la mesa era muy atractivo, digamos: circulación del poder; confieso que entendí muy poco de psicoanálisis, jamás leí a Castoriadis, pienso que a lo mejor una presentación así, con palabras de una sola sílaba y con láminas para colorear hubiera sido mucho mejor para legos como yo, decir: "bueno, no solamente esto a altos niveles de abstracción", sino como funciona esto en situaciones concretas, y si esos

ejemplos concretos se aplicaran a fenómenos de salud, mejor todavía. La presentación así, a nivel oligofrénico, al alcance de un niño de 5 años, que es mi caso en este tipo de temas; dar el ejemplo concreto para ilustrar sobre el uso de la categoría general. 2) Si Juan Carlos plantea mayor tolerancia y mayor aceptación de la diversidad, si es que entendí bien el comentario. Yo pienso que en el mundo pasa exactamente lo contrario, y voy a tratar de dar algunos ejemplos: la uniformización de este mundo capitalista mundial cerrado, supone entre otras cosas el uso de los medios de comunicación de masas de una forma que aterriza, por ejemplo el manejo de los medios de masas, de los medios electrónicos con respecto a la Guerra del Golfo; aparición del comunicador social como individuo que uniformiza y no acepta la diversidad, y por otro lado fenómenos tan preocupantes de intolerancia a la diversidad como se observan en Europa. Los croatas que están reivindicando las matanzas de serbios y musulmanes, los *skin heads* en Alemania y Gran Bretaña, la Liga Lombarda en Italia, Le Pen en Francia etc.; intolerancia a la izquierda, homosexuales etc.; así que pienso que la tendencia del mundo es: mas uniformización de los medios electrónicos en manos del capitalismo y mas intolerancia, y no lo contrario. Si quisiéramos categorizar, digamos, ya que hay tantos psicoanalistas o tanta interpretación del tipo de psicología profunda que puede ser tan rica, de lo que está pasando en el mundo ahora; los que estudiamos con Getemaimber decimos: el zeitgeist de este momento, que es el espíritu del tiempo, como decimos los alemanes, (*Risas*) yo voy a tratar de caracterizarlo: para gran parte del mundo el espíritu del tiempo, en este momento, en países que han solucionado sus problemas de salud corporal. El zeitgeist de países como los países centrales es: fenomenal hedonismo, narcisismo, consumismo, individualismo, de una forma que es increíble, ese es el espíritu del tiempo de ellos, países que han solucionado sus problemas de salud corporal, y habría que estudiar psicológicamente esta contrapartida de una salud corporal que ha sido solucionada. Eso en algunos lados, pero en otros lados existen fenómenos, como los que hemos leído en el diario que la esperanza de vida en Africa va a bajar 10 años en los próximos meses, lo cual es un record demográfico, entre otras cosas. La contrapartida de hedonismo, consumismo, individualismo es la esperanza de vida que baja 10 años para algunos centenares de millones de personas. Y como tercer fenómeno, que quizá sea una contrapartida a este endurecimiento ideológico, estilo Liga Lombarda en Italia, estilo Le Pen, es, por ejemplo, el aumento del fundamentalismo, que habría que explicarlo: porque si para un argelino, que está del lado sur del Mediterráneo, la imagen francesa que tiene es: consumismo narcisista enajenado, por un lado y Le Pen por otro, no está tan mal que sea fundamentalista. Así que yo quisiera ver estos ejemplos como una explicación de tipo psicológico que los haga cerrar. (*Risas*)

Dr. Alfredo Grande: Voy a recomendar otra película: *La historia sin fin*, que es una muy buena metáfora; hay un momento en que el lobo malo, le dice ¿qué es la nada?, y la nada es cuando el hombre pierde la esperanza. Justamente porque cuando el hombre pierde la esperanza, es domesticable, dominable, se puede hacer con él cualquier cosa. Entonces, yo creo que la última parte- el resto se lo dejo a Juan Carlos- del fundamentalismo tiene que ver con esto, ya que en la medida que la esperanza y la expectativa de vida bajan, la ilusión aumenta, fundamentalismo o lo que sea, es decir, hay experiencias históricas que están marcadas en el cuerpo, que hacen lo que yo denomino la esperanza, como en el caso del sapo, no exista; entonces, hay pie para todo tipo de ilusionismo y el fundamentalismo yo lo tomaría como un tipo de ilusionismo más; lo de los carapintadas: por amor te baleo, o viva la patria!, y te mato por la espalda. Como decía Benedetti, nadie quiere ser pacificado por la espalda, es decir, todo lo que llama a los fabricantes de ilusiones, que sin los medios de comunicación masivos, no tendrían la menor posibilidad de actuar.

Ahora, yendo a la reflexión de la compañera, yo creo que la autogestión, y la autogestión teórica, que es hablar sobre la autogestión que no es autogestión, sino sólo teorizar sobre la autogestión. La autogestión, son experiencias concretas, y muchas de esas han sido tomadas y reflejadas en estas jornadas. Yo voy a citar una de las que conozco, y que es de la cooperativa Campo Herrera en Tucumán, la cual en un momento del "Onganiato", cuando empieza la primer reconversión, bueno, el ingenio cierra, y se arma una cooperativa de trabajo con ingenieros del INTA, y con un crédito del Banco Nación, que era a cinco años y lo pagaron en tres años. Y es una experiencia, la de Campo Herrera en Tucumán, que en este momento es casi una ciudad por todas las capacitaciones que tienen, ya que manda continuamente gente a capacitarse a Buenos Aires. Y es una experiencia autogestiva, es una cooperativa de trabajo con bastante nivel de industrialización. Es decir, que en Tucumán, no esta solamente Bussi, sino también Campo Herrera; digo esto, porque los medios de comunicación emiten mensajes, donde de pronto frente a la falta de esperanza, la única respuesta es el fundamentalismo, la ilusión, Bussi o quien sea. Hay otras respuestas, pero no tienen espacio; yo creo que si alguien va a un medio y le vende el video de Campo Herrera, no sé cuántos medios lo pasan y cuánto rating va a tener; seguro menos rating que cualquiera de los catecúmenos de la televisión.

Yo creo que la autogestión no es una panacea, si creo que las experiencias concretas autogestivas, e insisto, no hablar de la autogestión, experiencias de campo, que pueden ser a veces pequeñas organizaciones vecinales, sociedades de fomento, cooperadoras, consorcios y cooperativas, microemprendimientos productivos, uds. saben que la ley de cooperativas argentina, además de ser mala, existe una puja anticooperativa. Pero creo que esas experiencias hay que res-

cataratas; pueden ser pequeñas, pero existen, y dan una formación muy importante. Y además, creo que los que más experiencia tienen en modelos de autogestión no son justamente los profesionales de la salud, porque el modelo de formación es un modelo no autogestivo. Esto, por ejemplo, que permite que algunos integrantes agarren el micrófono y emplacen a los disertantes, y que me parece muy bien aunque yo lo sufra muy mal, no es el modelo habitual; la clase magistral, que es el modelo que uno tiene en la cabeza no es esto que estamos haciendo. Pero a quién se le ocurre esto para enseñar algo, esto es más para que haya un espectáculo, y sin embargo acá se enseña, o sea que el modelo es: antiautogestión. En ese sentido, los profesionales de la salud no tenemos experiencias oficiales de autogestión, yo creo que hay que construirlas: a veces los residentes autogestionan sus cursos, después los boicotean, tengo mucha experiencia con residentes que autogestionan cursos y después no van, pero qué importa que uno haya ido gratis al hospital, ellos se quedan comiendo medialunas, lo que sea; porque también existe boicoteo de la autogestión. Pero sigo creyendo que es una experiencia valiosa, no la autogestión teórica, pero sí las experiencias prácticas, que aunque sean mínimas, van dando una subjetividad nueva. Y si no, siempre preguntarle a Papá que hago, y bueno, a ese modelo fuertemente patriarcal, monástico y represor, la autogestión le moja la oreja; es decir, yo creo que derrocar al amo, al amo imperial, hegemónico, capitalista, es muy difícil; pero cada vez que alguien le moja la oreja al amo, a mí me alegra; y la autogestión le moja la oreja, lo toca un poquito, no lo saca, ni lo destituye, porque el amo tiene poder, poder de fuego además, y yo sonrío; y hay experiencias autogestivas que le mojan la oreja al amo. Alguna vez, y me rectifico también de esto, va a haber una cooperativa de usuarios de servicios telefónicos que a la emperatriz María Julia, le moje la oreja y le muestre cómo se puede mejorar un servicio público a través de las cooperativas y no regalándolo a capitales extranjeros, entonces vamos a ver que Telecom y toda esa basura (*aplausos*) va a ser absolutamente destronada, cuando cooperativas que han hecho experiencias de autogestión de medios de teléfonos y electricidad demuestren: miren, había una manera mejor, no la usaron porque son unos ladrones. Ahora, si quieren teorizar sobre la autogestión, tampoco les enseña nada porque son ladrones y la van a usar para seguir robando. Si María Julia aprende autogestión, va a autogestionar el robo más todavía. Entonces, no. Lo mismo pasó con los canales; la gente que trabajaba en los canales pedía, por favor, organizar entre ellos la autogestión y armar cooperativas, o por lo menos cogestión, pero no, nada. Toda la gestión viene porque está institucionalizado el robo. En ese sentido, yo creo que algo se puede hacer, por lo menos mojarles la oreja, antes de que nos corten la cabeza, un segundo antes siempre. (*Risas*).

Dr. Juan Carlos Volnovich: Hay varias preguntas, y albergo la esperanza de que aparezcan muchas más preguntas. Hay muchas sin responder. Como quiero ocupar el menor tiempo posible y tratar vagamente de responder a algunas de las cuestiones planteadas, me voy a referir a dos o tres temas, y me voy a ver obligado a leer pedacitos que condensan lo que tendría que hablar horas.

Referido a lo que decía la compañera sobre la catedral y las putas: en la época de la colonia los cazaban a los negros en las costas de Africa como animales, los ponían en barcos aplastados en las bodegas, los traían al Brasil a trabajar en los ingenios azucareros; algunos de estos negros encerrados en los barracones de esclavos, lograban escaparse y lo hacían a lo más intrincado de la selva brasileña, que era el único lugar donde estaban protegidos y tenían garantías de no ser capturados nuevamente, cosa que les significaba la muerte. Estos negros se escapaban a lo más frondoso de la selva, se encontraban allí, y se organizaban en comunidades, y ahí describían los problemas que tenían, tanto para evitar ser pescados, como para sobrevivir en ese medio natural, ellos gestionaban los recursos que tenían, gerenciaban las relaciones jerárquicas entre ellos; esas comunidades autogestivas de negros, son los quilombos. La palabra quilombo viene, porque desde el ingenio se sabía que existían estas comunidades donde la legalidad convencional burguesa, la civilización cristiana no los atravesaba, estaban en un espacio al margen del atravesamiento de toda una serie de leyes, de normas culturales que venían de la civilización católica, y que se había dado su propia experiencia autogestiva; eso en el lenguaje coloquial está asociado a estos quilombos que nosotros armamos. Ojalá podamos armar muchos quilombos, ya que cada quilombo que armemos es como una especie de experiencia autogestiva que conmociona la universalización de la cultura occidental y cristiana. Yo quisiera introducir un término al cual aludió Alfredo muchas veces, como un término teórico, que pienso puede darnos una clave en una cierta situación dilemática en la que podamos entrar, o cavilatoria con respecto a beneficios o problemas con la autogestión, y es "la implicación". Alfredo habla de implicación y de sobreimplicación. La implicación es un término que está inundando las ciencias sociales en este momento, y que en el lenguaje coloquial correspondería al compromiso, a como uno se involucra en las tareas que realiza, cuáles son los determinantes, qué es lo que nos lleva a nosotros a involucrarnos, a comprometernos, o por el contrario, a tener una actitud de neutralidad, de desafectación, de desinterés. Para nosotros que empezamos hace muchos años en las prácticas sociales, las décadas de 1950 y de 1960 fueron las décadas de la neutralidad; nosotros creíamos, basados en una ciencia positivista lógica, en la neutralidad valorativa del científico. La década de 1960, finales de 1960, el 1970 nos ubicó como intelectuales comprometidos. La década del 1980 fue la década de intelectuales desafectados, de intelectuales indiferentes a los problemas sociales; la década de 1990 es la dé-

cada de la implicación. La implicación significa el análisis tanto de la neutralidad, como del compromiso, como de la desafectación; es decir, por qué nos comprometemos con ciertas prácticas, por qué por el contrario, somos indiferentes a otras; cómo puede ser que en la década de 1970, cuando el imperialismo mostró sus efectos de explotación de clases, hubo una gran cantidad de intelectuales comprometidos, y en la década de 1980, cuando el genocidio y la dictadura militar hizo mucho más evidente los estragos del capitalismo, los intelectuales tomaron una conducta de desafectación que es la que aparece como la norma hegemónica cultural del postmodernismo.

Entonces, el análisis de la implicación, y de la sobreimplicación, que sería ese sobrecompromiso que supone la explotación de las subjetividades, además de la explotación del trabajo y que se expresa en el modelo del japonés que trabaja para la Mitsubishi, que pertenece a la empresa, que está sobreimplicado, y que hasta la legislación japonesa contempla la muerte por exceso de trabajo, el *caroshi*, es el modelo voluntarista que nosotros reconocemos en nuestro compromiso político voluntarista de la década de 1960 y de 1970 y que creo que es fundamental analizar, y reflexionar sobre eso en el marco de esta neutralidad o del compromiso. Entonces, yo propondría para el análisis de la autogestión, y salir un poco de los beneficios o problemas con la autogestión, el análisis de algo muy específico, muy personal, que sería el análisis de la implicación. La implicación viene de la lógica y la han tomado desde Piaget hasta otros, y fundamentalmente René Lureau que ha trabajado mucho este tema.

Voy a decir lo siguiente, con respecto a lo que se había planteado sobre la homogeneización o la fragmentación de la cultura. Concebir la enfermedad como un accidente natural es una transacción. La hegemonía del modelo no se ejerce, por lo tanto, mediante la imposición abierta de los intereses hegemónicos sobre los intereses subalternos, sino a través de un complejísimo conjunto de operaciones, por los cuales los significados de los sectores hegemónicos se inscriben en los productos de los sectores subordinados. Voy a dar un ejemplo muy concreto: la medicina verde, los yuyitos; uno puede ver en las farmacias de Buenos Aires, que son vidrieras donde se muestra el modelo hegemónico terapéutico, fuera de contexto todo tipo de productos, de yuyitos homeopáticos, de cultura indígena, al margen de las contradicciones sociales en cuyo seno fueron producidas y anulados los usos materiales y simbólicos que tienen para productores y consumidores, transformados en todo caso en productos típicos, y dando un ejemplo de pluralidad terapéutica y de libertad de elección aparente. Yo pienso como les decía, y esta es una idea de Lombardo Satriani, que los comportamientos de las clases subalternas, las costumbres diferentes que ellas puedan tener a las clases hegemónicas, constituyen de hecho una impugnación a la universalidad de la cultura occidental. Sin embargo, uno tiene que contar con la astucia del sentido

hegemónico, que es infinita y se basa también en producir distintos para reproducir lo idéntico. En el sentido diferente del vivir, la salud y la enfermedad de las culturas subalternas, existe una cuota potencial de resistencia al modelo hegemónico de salud y enfermedad, pero esa cuota de resistencia, sólo puede ser evaluada de acuerdo a la función que estas diferencias cumplen para la reproducción o el socavamiento de las prácticas hegemónicas; quiero decir con esto, que en realidad hay un verdadero problema metodológico acá, y es el que trata de discriminar lo diferente de lo resistente: no todo lo resistente es diferente, ni todo lo diferente es resistente.

Hay algunas preguntas, en realidad dos, y una responde a la otra, me gustaría leerlas. "Me parece peligroso pensar y hacer pensar, dice una pregunta que es casi una afirmación, que la autogestión implica necesariamente el aislamiento, en este momento, también autogestivamente, algunos grupos que trabajan en salud comunitaria tienen necesidad de reunirse para aprender del intercambio de experiencias y lo hacen también para romper con el autismo que se nos impone desde las instituciones". Creo que sí, absolutamente sí, yo estoy de acuerdo con esto. La segunda pregunta dice: "¿el sistema autogestivo no lleva a la fragmentación, aislamiento y ruptura de los lazos sociales?" Si no se propone una integración, no se me ocurre de qué manera de estos microgrupos autogestivos, y de qué manera no se está haciendo indirectamente un favor al modelo instituido, hegemónico, de privatización y administración propia de la devastación".

Se dan cuenta que una pregunta es casi como que le respondiera a la otra.

Dr. Alfredo Grande: La autogestión no es un sistema, en el sentido que nosotros entendemos sistema, porque sistema justamente habla más de lo instituido, de lo que está sistematizado, en todo caso es un dispositivo, casi es más un contrasistema la autogestión, por lo menos en el sentido que nosotros le damos. Ahora como toda propuesta nueva, tiene la forma de lo viejo; hay un efecto, que los institucionalistas llaman: Efecto Mulhman, que es el efecto de recuperación, es decir, lo instituido recupera todo lo instituyente. Un ejemplo claro es el movimiento *hippie*, que comenzó siendo un movimiento anticultural, contracultural, y el sistema terminó vendiendo posters y cosas de los *hippies*, o sea pensemos en el terrible efecto Mulhman que implica una remera con la efigie del Che, es decir, hacer dinero con eso, que es lo que hace el capitalismo. O sea que este efecto de recuperación es permanente; y tomando esta pregunta o comentario, yo creo que sí, que el sistema va a recuperar todos los intentos autogestivos a los fines de lo instituido; pero eso no es problema de la autogestión, en todo caso, los que proponen la autogestión, conociendo esto deben tratar de impedirlo, abriendo nuevas instancias autogestivas; como que la autogestión es un proceso permanente, no es un sistema que: "Ya está bueno, esto funciona autogestivamente,

chau me voy.”No, no es así. Cuando uno dice eso, ya dejó de ser autogestivo, o sea hay que producir nuevas instancias, nuevos dispositivos. Es como el deseo, nunca se satisface, pero uno siempre tiene ganas de hacerlo otra vez. Bueno, la autogestión nunca se satisface del todo, y siempre hay que volver a hacerla, en forma permanente, por eso implica un gran desgaste y por eso la autogestión es siempre de un colectivo, no hay una autogestión individual porque eso es ya una vivencia psicótica. Cuando uno habla de autogestión, habla de un grupo, un colectivo, una asociación de personas, de voluntades que quieren hacer algo, producirlo, distribuirlo y consumirlo ellas; pero siempre hablamos de colectivos, por eso se habla de colectivos instituyentes, por ejemplo estas jornadas son más autogestivas que otro tipo de congresos, otro tipo de propuestas. Pero, pensá en la autogestión como un dispositivo, no como algo sistematizado, eso ya sería la autogestión totalmente recuperada para lo instituido.

Pregunta: Es bastante difícil, y lo hablábamos ayer en el taller, con Emilia-no Galende, en uno de los talleres de salud mental, la cuestión de la rigurosidad y no confundirla con la científicidad, y pensar un poco que lógica es la que está rigiendo las prácticas que se ejercen. Me parecía importante lo que señalaba Catalina, al principio, sobre la aparente indiferenciación y esto inabordable e inenarrable del magma, que a mí me parece que se inscribe, como bien se decía por ahí, dentro de la lógica idealista que se diferencia de aquella en la cual la ideología es un producto de la práctica, y se basa en las condiciones materiales de reproducción de los medios de producción; me parecía que por ahí el problema, incluso dentro de esta lógica idealista, era también una lógica binaria, es decir: ser o no ser, tener o no tener, potencia o impotencia. Digamos que, ante las imposibilidades, no hay una tercera posibilidad de intentar; hay una diferencia absoluta: o se puede, o no se puede; y me parece que esto también tiene una retroalimentación dilemática, que no tiene salida. Quería introducir esto, porque es importante cuando pensamos esto de ¿circula el poder o no circula?. Yo tomaría aquello que decía la primera intervención, que se construye y se reproduce, o por lo menos que no circula en esos términos. Lo que pensaba, por qué esta cuestión de mojarle la oreja, ¿no?, es como caminar sin despertar al león; la propuesta de los setenta pudo haber sido cortarle la cabeza al padre. Y en este momento, ¿cuál es?: mojarle la oreja y mojarle la oreja. Pero, va a tener la oreja muy mojada pero va a seguir siendo el padre, esa es la cuestión; me parece que retomaría algunas partes del discurso de Grande cuando decía: cruzar el umbral y matar al padre, en todo caso pensar que se puede disputar el poder. O tomar el ejemplo de los quilombos que me pareció muy bueno, muchos quilombos no cambiaron la institución de la esclavitud y podían

muy bien funcionar como esperanza o como ilusión, pero era como una fragmentación y cierto aislamiento hacia la selva, justamente, y se quedaban afuera de la circulación social que los había instituido como esclavos. Entonces, en este punto quería tomar esta aparente dialéctica de instituido e instituyente, que por momentos parece que sí, y por momentos parece que no, digamos en algunos instituyentes hay cierta constitución de instituido, como buscando un nuevo instituido; pero en otros, como que no, como que el instituido que se va a generar es el mismo. Digamos, como que el que vino y pidió para sentarse, era para sentarse y mirar para el mismo lado, digo esto tomando el ejemplo. Entonces, si vamos a rescatar en algún aspecto recortado, creo que en este sentido recortado de la autogestión, y no en cualquier lado y de cualquier manera, tomando esta cuestión de que la autogestión me parece también puede parecer ese magma, la autogestión puede ser un montón de cosas. Entonces, me parece que habría que separar como un polo diferente y contradictorio, no parece haber muchas contradicciones en las cosas que se estuvieron hablando, como un polo diferente y contradictorio: el polo instituyente, o sea que puede haber instituyentes que están fuera de ese circuito de instituido e instituyente, de lo instituido; me parece que ahí podría haber un movimiento dialéctico, no dilemático, digamos, que pudiera generar una síntesis y una nueva situación, en todo caso un nuevo instituido para volver a ser cuestionado, como *La historia sin fin*, pero digo esto, porque todo esto me llevaba a la pregunta, que era lo último que decía Volnovich que es: ¿si la libertad de autogestión aparente, como el nuevo camino, no está ofreciéndose ahora, al final como una libertad de elección aparente, una ilusión?

Público: Yo quería agregar algunas cosas: en primer lugar, que la pasé muy bien en esta mañana por varias cosas: por el espíritu, el humor y porque además esto que se ha logrado de esta forma, para mí es muy movilizante, como todo el resto de las Jornadas. Pero esto, en particular, me hace repensar un montón de conceptos. Yo de todo este tema de la autogestión, tengo algunas advertencias o preadvertencias de acuerdo a lo que tengo aprendido de antes, y que es el tema de la mesa redonda de hoy, el problema de los micropoderes y de los macropoderes, porque sino de alguna manera queda como que estamos planteando algo y estamos dejando afuera el problema de la sobredeterminación. Yo recojo una cosa que suele repetir Escudero, "por más que pretendamos la autogestión de los judíos en el campo de exterminio de Auschwitz, con mil calorías por día como se les administraba, seguramente iba a pasar lo que les pasó, que se iban a terminar muriendo, de forma tal que el tema de la autogestión tiene que ver con el problema del po-

der, es el tema de las huertas comunitarias ahora, que se plantea para la salida, ¿pero en qué tierra? ¿con qué medios?; evidentemente va al fracaso y el peligro que se corre desde el punto de vista ideológico es que se reconozca que la culpa es de ellos que no saben autogestionarse, cuando en realidad lo que está pasando es toda una sobredeterminación que hace que eso no pueda ser viable. Si nosotros entendemos esto de la autogestión, por otro lado, cómo un desafío permanente a recrear, a repensar y a rehacer o hacer sin esperar que nadie nos diga cómo, simplemente peleando, yo creo que ahí se encuentra con esto que estamos charlando en las Jornadas y en toda nuestra actividad diaria, que es: la discusión del poder real, ¿quién tiene el poder?. ¿cómo lo vamos construyendo nosotros?, ¿cómo vamos a partir de esa construcción del poder cambiando las condiciones para estar mejor?

Público: Yo quería hacer una reflexión desde una perspectiva distinta, y confieso que quizás vuelva a repetir conceptos, pero esto es porque hubo muchos términos que realmente no entendí, porque no domino muchos términos desde el psicoanálisis o desde la psiquiatría o la psicología.

Yo quería hacer una intervención desde el feminismo, como una práctica que quizás confunda algunos términos con lo que nosotras hemos denominado de otra manera; muchas veces la autogestión para nosotras ha sido una búsqueda de formas de relación en las prácticas, formas de relación de poder diferentes, y por eso, por ejemplo, muchas veces autogestivo, ha sido horizontalidad versus verticalidad. Eso no quiere decir que hayamos tenido éxito, y que esté todo resuelto, pero sí como formas de anteponer a modelos definidos, búsquedas alternativas; y por eso, muchas veces también, autogestivo ha sido alternativo; y desde las organizaciones de mujeres, hemos buscado formas alternativas de trabajo en salud que han sido grupos autogestivos desde el cuestionamiento del modelo hegemónico médico, fundamentalmente deshumanizado, tratando de buscar prácticas alternativas. Esto no quiere decir tampoco, sustitutivo, o sea que esas prácticas alternativas sustituyeran responsabilidades, por ejemplo del Estado respecto a la ausencia total de políticas de salud hacia la mujer, o hacia la forma de mejorar la atención, o la calidad de atención de los individuos. Porque también en lo inicial se había planteado como lo autogestivo, podía ser una manera de resolverle problemas al Estado, porque yo desde lo autogestivo trato de que el Estado delegue sus responsabilidades, y por ahí también favorecemos desde la autogestión, la privatización. Ahora, cuando acá se plantea que también lo autogestivo produce un aislamiento; yo creo que eso no se resuelve solamente con que nos sentemos a intercambiar experiencias, que creo que sí es importante; sino muchas veces lo autogestivo se aísla por la falta de proyección política de tu propuesta, o sea,

yo cuando trabajo en una organización de mujeres en salud reproductiva, no quiero pensar que mi práctica va a resolver la situación de la salud reproductiva de la mujer, sino lo que yo estoy tratando de hacer es proponer un modelo y tratar de generar con ese modelo una concientización, o por lo menos una reflexión con respecto a cuál ha sido la práctica médica tradicional. Ahora, si yo me creo que desde un centro alternativo en Canelones (Uruguay), que habremos atendido hasta este momento, tres mil mujeres, voy a transformar la situación social, realmente estoy equivocada, porque no sólo desde un actor social como pueden ser las organizaciones feministas, vamos a hacer una transformación social. Por eso también quiero aclarar que muchas veces se confunde feminismo como sustitutivo de machismo, y no es así; quizás lo que sea el feminismo es una alternativa a prácticas tradicionales que realmente han dejado de lado la transformación personal, pero tampoco es sustitutivo de la responsabilidad que como fuerzas y actores sociales nos compete a todos en una transformación social futura. Me parecía importante aclarar, y quiero pedir disculpas porque a mí en determinado momento se me confundió qué era la autogestión, y quería también demostrar en la práctica que para las feministas no es fácil, porque también hemos confundido estos grupos autogestivos como una forma de acceder al poder para llegar a la forma tradicional, como puede ser muchas veces la experiencia de mujeres políticas partidarias. *(Aplausos)*

Dr. Alfredo Grande: Bueno, yo tengo la necesidad de hacer unas pequeñas acotaciones. Primero, porque como ustedes comprenderán es mucho más fácil, menos angustioso ser público que ser disertante, sobre todo cuando la potencia instituyente es tan fuerte como en este grupo. En ese caso, uno asume que muchas cosas que se pueden decir, pueden ser sutilmente, no se si tergiversadas o qué. Yo quiero aclarar que mi propuesta, mi humilde, sencilla y quizás ridícula propuesta no es mojarle la oreja a ningún amo; primero, porque no creo que sea la propuesta políticamente válida, pero además lo que yo dije o quise decir, o digo ahora, en todo caso, es que si alguien lo hace a mí me alegra. Nada más, no digo que esa sea la propuesta.

Si por el contrario, alguien se la corta, yo lo voy a seguir, espero que no me defraude, pero nada más no es una propuesta ni de máxima ni de mínima. En general, cuando yo intervengo trato de ser serio pero no solemne, porque la solemnidad parece que no va conmigo. Por una excepción, porque toda regla tiene excepciones, voy a ser un poquito más solemne. Siempre pensé que una pareja termina cuando la mujer ya no dice: ¿por qué llegaste tan tarde?, sino que le pregunta ¿por qué llegaste tan temprano? Como veo que mucha gente se está yendo, y hace un rato estaba llegando, Alfredo Grande va a hacer mutis por el foro y lo

voy a dejar a Juan Carlos solo. Pero antes quería hacer esta referencia y disculpenme la solemnidad; entre algunas prácticas autogestivas horizontales de pares que yo he hecho en mi vida, una de las que más valoro fue lo que se llamó el Frente Opositor al Servicio Militar Obligatorio (FOSMO), cuyo primer presidente y socio fundador fue Eduardo Pimentel con el cual tuve una excelente relación era peronista y yo no, era católico y yo no. Sin embargo, la relación que hice con Eduardo Pimentel fue mucho más importante en lo humano, afectivo, doctrinario, en lo político, que la que he hecho con muchos ateos de izquierda. En este sentido creo en los atravesamientos y quizás algún día yo también pueda ir a una Catedral. Pero Eduardo Pimentel representó para mí lo más parecido a un modelo instituyente, cuando él se opone en el ejercicio de su patria potestad a que su hijo ingrese a lo que yo después denominé el campo de exterminio del servicio militar obligatorio. La lucha contra el servicio militar obligatorio sería una de las luchas que habría que retomar, porque es uno de los campos de exterminio legalizados, no simbólicos, sino reales que todavía no nos hemos animado, excepto a jugar al Bingo o a la Lotería con la salud de nuestros hijos cuando decimos se salvó porque sacó número bajo o aceptando con una coima para exceptuar; eso también es prostitución y pornografía. Eduardo Pimentel hizo otro camino, se opuso en el 82 y le mandó una carta documento a Reynaldo Bignone diciendo que se oponía.

Yo leí la noticia en el diario y dije: este hombre está loco, después lo conocí y efectivamente estaba loco, pero es una de esas locuras que prefiero a muchas normalidades. Bueno, me integré con él, y uno de los momentos más emocionantes de mi vida fue cuando asistí a una misa en un templo católico, no del tipo catedral, cuando fallece Eduardo Pimentel, después de un acto público que hicimos en Congreso. Después de una bronconeumonía fallece y fue esa misa con los amigos y familiares de Eduardo, con los militantes que Eduardo había convocado, fue uno de los momentos más emocionantes de mi vida a pesar de que no soy católico o quizás por eso.

Eduardo Pimentel inaugura el frente opositor al servicio militar obligatorio; pero por qué traigo este ejemplo? justamente porque me parece que es un ejemplo de autogestionar ya no desde la coima o desde el número bajo, sino de autogestionar la libertad de un hijo de no ingresar a un campo de exterminio. Esto que se armó espontáneamente, autogestivamente como grupo de padres, todavía está funcionando en la Argentina y que seguramente mucho de ustedes no conocen, es un ejemplo válido.

Pero hay un ejemplo mucho más válido todavía: en plena dictadura militar, hubieron algunas voces, algunos cómplices totales, que todavía hoy hablan de su pasado glorioso en la lucha contra la dictadura y que es mentira y no vale la pena decirlo pero hubo voces que se opusieron en organismos nacionales, internacio-

nales, partidos políticos, movimientos cristianos, hubo mucha gente que se opuso, hizo comunicados, los que tenemos algún archivo podemos buscarlo, hay muchos que hicieron muchas cosas en la macropolítica, en la cosa grande, en la declaración de los organismos internacionales defensoras de los derechos humanos, etc. Yo lo respeto y tomo esto de que no sustituyo, y todo vale. Pero hubo otro movimiento que ha sido y es hoy la reserva ética que tenemos que fueron unas mujeres que en número muy pequeño, insignificante, despreciable, en función de las magnitudes que aquí se manejan; mujeres absolutamente sin la menor conciencia de nada, que reivindicaban aquello más primitivo que toda mujer tiene, más biológico inclusive, su condición de madre, comenzaron una práctica francamente loca, absurda frente al superamo imperial, representado por poderes muy concretos, con poder de fuego, poder económico y empezaron la práctica mas simple, la misma práctica que los locos hacen en el hospicio cuando caminan y dan vuelta en el patio que imaginariamente les representa un espacio de libertad; fueron dos, cuatro, seis mujeres, y la primera de ellas que lideró desapareció por la institución de la traición; esas mujeres empezaron a dar vuelta alrededor de una pirámide, eso fue todo lo que hicieron y con ese pequeño movimiento que fue acusado de muchas cosas, entre ellas elogiosamente de locas.

“Las locas de Plaza de Mayo” inicia uno de los movimientos mas admirables en defensa de la dignidad humana que aún hoy persiste; ese movimiento empezó autogestivamente con tres o cuatro mujeres dando vuelta a una plaza. Entonces, yo no digo que sea mejor dar vueltas alrededor de una pirámide que la declaración de un organismo internacional para proteger la salud, yo no sé que es mejor, y digo que las dos cosas son válidas, que hay que respetarlas y que la potencia instituyente en los pequeños emprendimientos es desconocida. No sabemos qué puede pasar cuando entre todos los que estemos convocados a un proyecto y lo asumamos hasta las últimas consecuencias; el problema es que retrocedemos, retrocedemos por miedo, es legítimo el miedo, por cobardía, es legítima la cobardía, por comodidad, el hombre retrocede por muchísimas cosas como decía Anatole France: “Teme al dolor y odia a la muerte”, pero bueno los que no retroceden y siguen dando vueltas, abren.

El dar vueltas, las Madres de Plaza de Mayo lo demuestran, no es una práctica circular, fue hacer círculos para abrir y abrieron una etapa de dignidad y ética, y yo creo que esto hay que valorarlo, no digo que sea mejor o peor; quizás muy pocos de nosotros, yo incluido, tengamos ese coraje, pero evidentemente para hacer propuestas autogestivas que abren, se necesita coraje; y cuando alguien lo ha tenido, por lo menos reconocerlo y tomarlo internamente, y bueno que si yo no puedo, al menos alguien pueda, y si veo que ellas pudieron es un ejemplo que no puedo soslayar. Yo lo tomaría como un ejemplo de autogestión de la dignidad. (Aplausos)

Dr. Juan Carlos Volnovich: Está el texto de Gilou García Reynoso que no pudo estar hoy con nosotros y que va a ser leído por Susana Rubens.

Dra. Gilou García Reynoso: “La institución es el lugar en que una teoría social se materializa y se hace práctica social, es decir reproduce el modo de producción que es también, y quizás sobre todo, producción de hombres. Ahí están en acto los modos de distribución del saber, del dinero, del poder, modos ocultos a descifrar a partir de lo visible. En salud, como en otras dimensiones, educación, derecho, etc., la evolución científica y práctica es marcada por el fundamento ideológico, político de lo instituido. Como toda praxis, la institución de la salud se inscribe en un sistema económico de conocimiento y de procedimientos, organiza como oferta una demanda social que no es transparente, demanda que no es, sobre todo, demanda de salud por parte de la población, sino demanda de la sociedad de organizar la oferta de salud sobre la base de una distribución que reproducirá las desigualdades sociales. Institución de la salud que normatiza entonces y de manera violenta y muda, dando razón técnica de lo que obedece en verdad a una razón política. Si se va a desbordar la determinación social de la enfermedad y de la salud, si se enfoca a la salud como campo de relativa autonomía servirá la oferta de salud simplemente para regular el sistema establecido.

Se definía en otros tiempos la salud como el silencio de los órganos, si uno traspone este dicho desde el cuerpo biológico al cuerpo social se entiende que salud sería silencio y funcionalidad; todo lo que perturba a esta funcionalidad silenciosa será tratado como enfermo y propuesto para ser tratado sobre el modelo médico, restablecer la armonía. Pero la falacia fundante es partir de que el organismo social es armónico cuando su estructura e intereses son contradictorios, oponiendo estratos sociales cuyos intereses y posibilidades se excluyen con una violencia que permanece oculta y regulada por las instituciones. La demanda social de salud será entonces demanda y oferta terapéutica para la sociedad, reducida a aquello que por su sufrimiento amenaza a romper el silencio acerca de la estructura subyacente, aceptar el sistema y ocultar sus contradicciones, considerar el sistema de salud como sistema cerrado y reducir sus disfunciones.

¿Se modernizará, desburocratizará, se le buscarán recursos propios? Ejemplo: arancelamiento de los hospitales, con tal de no analizar y no develar su sentido de inclusión-exclusión, reducir la enfermedad a salud, el disturbio a la armonía, y si es imposible, excluir, expulsar a aquellos que no pueden ser reabsorbidos. Matanzas organizadas, el hambre, la pobreza extrema, la falta de mínimas condiciones para la sobrevivencia son armas para la destrucción masiva de sectores que no pueden ser absorbidos, que no son funcionales en un sistema cuya modernidad consiste en un proyecto de producir más riqueza para pocos, y más pobreza para muchos.

Cuestión explosiva, Menem. Queremos más propietarios y menos proletarios, para quien quiera oír esta es la confesión de un proyecto de aniquilación, pero ningún proyecto o sistema puede plantearse como algo simplemente a desenvolverse, tiene que contar con los imprevistos, con los desbordes, con todo lo que rompe el silencio, y la enfermedad surgida de la misma es una perturbación importante; tenemos el cólera, tenemos el SIDA, ¿qué hacer?, qué hará el poder de la dominación:

- 1) Desprenderse de la responsabilidad que le cabe en la producción de la enfermedad;
- 2) Emitir discursos que den razón técnica, moral o natural de aquello que es producto y responsabilidad de una política despiadada.
- 3) Emitir discursos y suscitar la creencia y la adhesión es decir conseguir la ceguera y el sacrificio consentido.
- 4) Culpabilizar cólera, tenga cuidado, no tenga miedo; SIDA, no se drogue, no sea promiscuo.

El funcionamiento de las instituciones condiciona la subjetividad de los individuos; éstas tienen como función producir hombres para la reproducción, la producción, y si es necesario para la muerte y obtener su consentimiento, "sígueme no los voy a defraudar", función dogmática por la cual el discurso del poder asegura la creencia asentada sobre la base de la culpabilidad. Paradojalmente, cuanto más duras son las condiciones de vida impuestas, cuanto más las carencias y las privaciones más crece la culpabilidad inconciente y empuja, los sujetos a consentir y a colaborar su propia destrucción; el terror máximo es el de ser excluido del amor del jefe, excluido de la comunicación con él, que se presenta como el todo acreciendo su poder. La enfermedad y la muerte son situaciones que colocan a los sujetos en situaciones de inermidad que incrementa aun más estos mecanismos.

Pertenecer es la publicidad de la tarjeta American Express, sabiduría de los nuevos fetiches. Pertenecer es la aspiración inconsciente, el medio será dinero en la comunidad del dinero. La seguridad ofrecida y la complicidad con una sociedad dedicada al orden, la seguridad y la represión. Para los que no pertenecen quedara el miedo y la culpabilidad a través de lo cual será posible conseguir la obediencia y el sacrificio. El mayor inconveniente para el poder es la desobediencia de los sujetos. La institución de la salud ¿es la que provee cuidados a los sufrimientos o bien es un instrumento de control social? Las instituciones tienen por función regular las relaciones entre los hombres, instituir, etimológicamente, es poner un tutor que mantiene erguido, ordenado, cohesivo aquello que sería sino fragmentario e incontrolable. La salud es el lugar donde el padecimiento hace al sujeto demandante, a la vez de ser reconocido en su diferencia y de ser reintegrado a la normalidad. La salud es entonces un elemento clave para disciplinar

con la colaboración subjetiva que promueve el sufrimiento; la salud y la enfermedad son producidas por el sistema socioeconómico y distribuidas por él. “La enfermedad es una perturbación, denuncia el orden social, es desorden a reducir o a racionalizar, es falla en el sistema disciplinario; el problema es sociopolítico, pero el discurso es el discurso médico. La salud es la capacidad de ser funcional al sistema, el enfermar es disfuncionar, se tratara de devolver al individuo a una vida satisfactoria y útil” (Organización Mundial de la Salud). Es por ello que la institución de la salud se ubica en una frontera con las instituciones disciplinarias.

Enfermedad y delito son vecinos, esto se hace especialmente claro en el orden de la psicosis y de la medicina del trabajo. Internar, aislar o expulsar, instituciones del trabajo, de salud, de educación y carcelarias también; fabricación de individuos disciplinados es efecto e instrumento de relaciones de poder que se ordenan en redes múltiples a través de las distintas instituciones. Foucault, habla de dispositivos carcelarios destinados en apariencia a aliviar, socorrer, curar, que ejercen su poder de normalización. Es necesario cuestionar el rol social del trabajador en salud, policía, custodio o hay que revalorar un margen de poder. Hay un malestar que hay que oír, que pide ser aliviado, si la enfermedad no es tomada como natural, como destino, sino que se la puede relacionar con sus condiciones de emergencia y con las condiciones para prevenirla o curarla, tanto el profesional como el paciente recuperan una cuota de poder al recuperar un saber que las instituciones ocultan debajo de su máscara técnica. Ocupar un lugar en la institución de la salud implica ser depositario de diversos poderes: 1) El que le da objetivamente la institución. 2) También el lugar del que el paciente también lo indique. El médico en particular, que detenta un supuesto saber sobre la vida y la muerte, posee un poder que tiene mucho de mágico o de religioso y oscilará entre la omnipotencia y la impotencia, poder imaginario es un poder político real, el pastor Gimenez crea un partido político, y por cierto que es el mismo poder que ejercen y detentan los que colocados en el margen de lo instituido explícitamente como institución de salud, capitalizan ese poder imaginario como mágico en esa marginalidad de la pobreza o de la desesperanza que excluye a muchos sujetos del circuito de las instituciones de salud.

La salud es un deseo y una necesidad, es también un derecho, cómo ejercerlo, si las condiciones de vida colocan a una gran proporción de la población en situación de exclusión; hablar en lenguaje puramente médico oculta el problema social; la pobreza, la falta de higiene mínima, el hambre y la desocupación. Más allá del texto de la enfermedad hay que ver el contexto; la práctica en salud debe plantearse como mediación por la que al reconocer al paciente como hombre comprenderá su enfermedad como vicisitud de sus relaciones sociales, como singularidad en el drama colectivo; este concepto de hombre enfermo se contrapone a los ideales tecnocráticos en los que el mejor médico es un ingeniero. La realidad

compleja y contradictoria se fragmenta para simplificarla reordenándola dentro *de una filosofía del hecho* consumado, instrumento del statusquo que si no parte del conocimiento de las condiciones en que emerge la enfermedad. La salud se define a partir de la capacidad de formar parte de las fuerzas productivas, desde esta perspectiva toda medicina es regularización de la capacidad de trabajo y en este sentido medicina del trabajo, lo cual explica y hasta cierto punto legaliza la exclusión del sistema de salud del gran sector de la población que es excluido de la producción (*Aplausos*).

Dr. Juan Carlos Volnovich: Les agradecemos mucho entonces en nombre de Gilou, Alfredo y mí, y nos seguimos viendo.

NICARAGUA: "SALUD, UN PUENTE PARA LA PAZ" (Ponencia)

Dr. Carlos Linger

Representante de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud en Nicaragua.

PRESENTACION

Dr. Hugo Spinelli: Salud, un puente para la paz, es una experiencia que se está desarrollando en Nicaragua. El expositor es Carlos Linger, un médico pediatra argentino. Trabajó en la Facultad de Medicina, fue director de educación médica en los años 1973 y 1974. Fue integrante de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, con el Programa de Desarrollo de la Enseñanza de la Pediatría y trabajó en OPS, OMS como consultor en Brasil, Bolivia, Costa Rica y actualmente es el representante de la delegación de OPS y OMS en Nicaragua. Es para nosotros un honor tenerlo a Carlos aquí. El es otro de los argentinos que desde afuera hacen posible estas jornadas y nos apoyan con su presencia. Por eso quería expresarle nuestro agradecimiento por estar aquí con nosotros. (*Aplausos*).

Dr. Carlos Linger: En primer lugar, quiero agradecerle a Hugo y a todos ustedes la presencia. Para mí es motivo de mucha emoción estar aquí después de muchos años de vivir fuera del país y poder participar y sentirme partícipe de este movimiento que las Jornadas de Atención Primaria de la Salud y Medicina Social está generando dentro de la gente más joven del país y creo que es una de las iniciativas más lindas y más productivas que he visto en los últimos años. En el poco tiempo que tengo, voy a tratar una difícil tarea. Tratar de pasarles a ustedes la problemática de un país como Nicaragua. Una problemática sanitaria, social,

política, económica y ciertas circunstancias que han hecho de Nicaragua, como ustedes saben bien, un centro y un polo importante de atención en el devenir político mundial y sobre todo latinoamericano. Yo lo tomo desde una perspectiva, voy a tratar de mostrarles la realidad de la situación del país y del conjunto de la problemática desde la perspectiva de salud. En algo que se ha dado en llamar una iniciativa centroamericana, que es el plan de prioridades en salud, de Centroamérica y Panamá, que no es más que la unión de seis países en pos de mejores objetivos en el área de salud. Voy a tratar, entonces, de mostrar la realidad social y política del país desde la vertiente de salud, pero obviamente, como ustedes lo van a percibir rápidamente, se trata de tratar de entender qué pasa o qué ha pasado en Nicaragua y cuál es la perspectiva que tiene Nicaragua como un país que ha hecho una revolución social. He tomado tres ejes de análisis para tratar de desarrollar este aspecto. En primer lugar, el problema de la guerra y de la paz. En segundo lugar, dentro de eso lo que ha sido el proceso de transición de la guerra hacia la paz. Y en tercer lugar, lo que ha sido simultáneamente el proceso de transición de un gobierno revolucionario a un gobierno elegido por el voto popular, el de Violeta Chamorro.

Voy a citar algunos antecedentes históricos, explicar un poco la situación actual y tratar de plantear la prospectiva de todo esto. Como ustedes saben, la guerra que le tocó vivir a Nicaragua está dividida en dos etapas históricas: la primera fue la guerra de liberación que consistió fundamentalmente en el derrocamiento de la dictadura de Somoza, una dictadura ancestral de 43 años de duración. Esto significa un largo proceso histórico, tal vez de unos veinte años, arrancando del antecedente histórico del general Sandino, que en el año 1927 con un ejército de trescientos hombres ataca y vence a un grupo de invasión de norteamericanos y a partir de ahí se inicia todo un proceso que podremos llamar de liberación, todavía no se acuñaba ese término en esa época, pero en la práctica fue la continuidad de un proceso nacionalista, por llamarlo así, que desemboca en el triunfo de la revolución sandinista el 19 de julio de 1979. El proceso que antecede al hecho mismo del triunfo de la revolución, como casi todos ellos, es un proceso cargado de represión y de muerte. El proceso del triunfo revolucionario implica el haber podido llegar al poder a través de las armas y la propuesta liberadora de un proyecto de transformación social. Nicaragua vive un período de diez años de gobierno sandinista que el día 25 de febrero pierde las elecciones realizadas democráticamente y se transforma en ese momento en un partido de oposición. Esto genera una especie de figura política muy especial, un gobierno revolucionario con todas las características de una revolución semejante a la soviética, la cubana o la angoleña, se ve en la situación histórica de tener que ceder la estructura de poder a partir de una derrota electoral asumida y reconocida por parte de toda la estructura sandinista, y al mismo tiempo cómo estructurar una

propuesta política que signifique mantener las conquistas logradas en un proceso revolucionario y trabajar desde la oposición dentro de lo que es una estructura, de un aparato democrático burgués, por decirlo así. Con partidos mayoritarios y minoritarios, con coaliciones de un lado y otro, con una asamblea y una estructura de poder semejante a la Argentina, en términos de estructura política. Sin embargo, todo esto hay que analizarlo a la luz de lo que ha significado la guerra. La guerra al interior de Nicaragua es vivida, entendida y conceptualizada como una guerra de agresión. Estoy hablando de la posrevolución, es decir la guerra orientada a través de la "contrarrevolución", de "la contra", como se llama. Esa guerra ha tenido las clásicas características de lo que en ciencias políticas se ha dado en llamar una guerra de baja intensidad. Es decir, el objetivo no era el derrocamiento militar porque no había fuerza militar para eso, tal vez no había interés de parte de esos grupos, pero evidentemente ha sido una guerra de desgaste, una guerra de posiciones, utilizando lo mejor de la teoría y la técnica de la guerra de guerrillas, pero al mismo tiempo disponiendo de un aparato de retaguardia muy fuerte por parte de Honduras que estaba a su vez financiado del exterior. Esto significa no solamente un conflicto armado en el sector militar, sino que significa fundamentalmente un desgaste en lo económico y una serie de situaciones que se dan en función de crear las condiciones económicas, sociales y políticas para sustentar una guerra.

Un país en guerra tiene que tener una reestructuración de todo su aparato productivo, social, político, etc. Ese es el telón de fondo, es la situación que le toca vivir a Nicaragua en los últimos diez años. Esto a su vez, y por lógica, se inscribe dentro de lo que podríamos llamar la estructura del enfrentamiento este-oeste. Típicamente la Unión Soviética y Cuba son países que defienden la revolución popular sandinista, los Estados Unidos defienden y apoyan económica y políticamente a la contra. Entonces, hay dos grandes situaciones que determinan cambios en ese sentido que se había cronificado esa situación desde el año 83-84 hasta aproximadamente el 87-88 cuando surgen dos cosas: el descongelamiento de la guerra fría, en primer lugar, y en segundo lugar, ya como hecho episódico, lo que significó el escándalo Iran-Contras, donde se ponen en evidencia los manejos extra legales producidos por cierto grupo de Estados Unidos para financiar la continuidad de la guerra de baja intensidad. Un país de América Latina, tal vez el único, que viva en su propio territorio y en carne propia lo que ha significado la guerra fría visto desde el muro de Berlín o de cualquier punto de confrontación de las grandes potencias. Sin embargo, eso no deteriora lo que es el proyecto político y social de la revolución sobre todo y es a lo que me voy a referir más especialmente, en el terreno de la salud, que es uno de los terrenos donde más rápidamente se había avanzado como propuesta organizativa y como meta política de alcanzar la salud para todos. Ya en el año 1986, como ustedes re-

cuerdan, nace la primera iniciativa de paz, que es el grupo Contadora, formado por cuatro países: México, Venezuela, Panamá y Colombia. Se genera después lo que se llama el grupo de apoyo a Contadora, donde entran casi todos los otros países de América Latina, incluyendo a Argentina, Brasil, Uruguay, etc. Esa es la primera iniciativa internacional de fuente latinoamericana que es capaz de soportar la presión internacional, sobre todo de las grandes potencias, en el sentido de intervenir activamente para tratar de desarticular la propuesta que era en ese momento la guerra de agresión.

La iniciativa de Contadora crea las bases para lo que fue posteriormente la primer iniciativa de reunión de los países centroamericanos. Los cinco países de Centroamérica, es decir, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala se reúnen por primera vez en Guatemala en la ciudad de Esquipulas y posteriormente otra vez en la misma ciudad y en esta última reunión se firma un acuerdo histórico que crea las bases para sentar lo que puede ser el comienzo de la paz. Esto no es más ni menos que un intento de solucionar la guerra a partir de una serie de imposiciones que se le exigen a Nicaragua, ciertas concesiones políticas que tiene que hacer supuestamente en el frente interno. Esto lleva a una decisión del gobierno sandinista en ese momento de adelantar las elecciones, en el frente interno, a condición de que se inicie un proceso de negociación con la contra bajo los auspicios de este grupo de presidentes centroamericanos. Se hacen otras series de reuniones en la ciudad de Tela en Honduras, en Alajuela en Costa Rica, en Costa del Sol en el Salvador, es decir sucesivas reuniones de presidentes centroamericanos en donde se van definiendo los perfiles de lo que podría ser una propuesta centroamericana de paz. Considerando que Nicaragua tenía a la Contra en su propio territorio, con base en Honduras, quién no reconocía las bases militares en su propio territorio, lo cual le quitaba legitimidad a la propia negociación en la medida que Honduras no se sienta parte del conflicto. Por otro lado, en El Salvador existía una lucha armada vigente, entre el Gobierno y el Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional, en Guatemala existía el Frente Amplio de la Guerrilla Guatemalteca, que es la guerrilla probablemente más vieja históricamente en América Latina, tiene más de treinta años de existencia. Es decir, una serie de situaciones de distintos signos políticos en un sentido o en el otro, pero que conformaban una situación de mucha violencia y de conflicto no resuelto. Cuando finalmente se propone una paz y los presidentes centroamericanos deciden apoyarla, se abre la perspectiva de los acuerdos en los que Nicaragua tiene como obligación abrir el diálogo con la contra, y al mismo tiempo adelantar la fecha de elecciones, Guatemala tiene la obligación de negociar con las fuerzas insurgentes al igual que El Salvador. En esa oportunidad, en diciembre del 89, se produce la invasión militar de Panamá. Esto crea a su vez una situación de inestabilidad muy grande en la región en la medida que toda la situa-

ción planteada que consistía en buscar acuerdos políticos y llegar a fórmulas de negociación para alcanzar la paz o los conflictos internos, se interrumpe a partir de una presencia militar externa impuesta y que altera nuevamente el equilibrio político logrado hasta ese momento. Se producen las elecciones en Nicaragua, el 25 de febrero de 1990 y las pierde el frente sandinista por 41% a 54%. A través de una coalición de grupos de centro-derecha y de ultra-derecha con la participación del partido socialista y el partido comunista, un hecho absolutamente contradictorio pero que es motivo de reflexión.

¿Qué significado tiene todo esto desde el punto de vista de la salud? En primer lugar, Nicaragua había conseguido en diez años probablemente lo que ningún otro país haya conseguido en términos de indicadores positivos de salud y mucho menos países que estaban en situación de conflicto teniendo que sustentar al mismo tiempo una propuesta de guerra y poder atender las necesidades de la sociedad civil. En Nicaragua existía y existe aun hoy, un sistema nacional de salud. Este fue, en su momento, la fusión de todas las instituciones de salud vigentes que pasan a tener liderazgo a partir del Ministerio de Salud que comanda en una institución única toda las otras áreas que tenían injerencia en la atención directa a la población. Me estoy refiriendo a las obras sociales que eran de ciertos sindicatos, a la seguridad social que era del Estado, e incluso al sector privado. El sistema nacional único de salud, como fue en ese momento denominado, logra aumentar la cobertura de la atención médica de la población de aproximadamente un 17%, antes de la revolución, hasta un 65%. Eso si consideramos la totalidad del territorio nacional, considerando que hay buena parte del territorio que en ese momento no tenían cobertura de salud porque estaban en conflicto de guerra, es decir que al existir la guerra aunque en esos territorios había población, los servicios de salud no podían llegar por la propia situación de conflicto. Tomando esas consideraciones, los porcentajes de cobertura en aquellos territorios donde no había conflicto era superior al 70%. Esto vale fundamentalmente para la atención médica, para la prestación del servicio de salud de nivel primario y secundario y vale también para ciertos indicadores como la vacunación universal. Nicaragua fue el primer paso en Centroamérica y hoy en día es uno de los primeros países que en el año 1984 erradica la poliomielitis de su territorio. Estos son indicadores positivos. En la época de la revolución, a pesar que el sector público consume aproximadamente el 38% del Producto Bruto Interno, se mantienen históricamente los porcentajes para el sector salud y entonces Nicaragua sostiene entre el 9 y el 11% del PBI dedicado a salud y un porcentaje un poco menor dedicado a educación. Si a esto se le suma el hecho que junto con la guerra militarmente hablando, existía una guerra económica a partir de un bloqueo económico que se hace muy evidente en los últimos años, donde se dificulta la posibilidad de acceso a mercados internacionales, por ejemplo en el terreno

de los alimentos, medicamentos, fertilizantes y cualquier otro producto que tiene que ver con la producción, pero también tiene que ver con la salud y la educación, vemos que el esfuerzo que ha hecho ese país para mantener las condiciones de salud han sido verdaderamente ciclópeos. Una de las bases fundamentales para eso está dada por la enorme y muy bien organizada participación popular. Esta consistió, durante muchos años, en una organización barrial, regionalizada, de atención de la salud tomando como base el hospital, el centro de salud, el puesto médico de esa área y la participación popular que, de alguna manera, creaba las condiciones a nivel de barrio para la concurrencia de la gente al centro de salud, pero también para mantener actualizados los perfiles epidemiológicos por barrio. Cada barrio tenía identificado cuál era la población sujeta a riesgo, a qué tipo de riesgo estaba sujeta y cual era el grupo de medidas concretas que había que tomar en ese sentido. Me refiero sobre todo al tratamiento de la gestante, de los niños de 0 a 1 año y de 1 a 5 años, todo lo que se refiere a la mortalidad y morbilidad infantil y ciertas patologías específicas en áreas donde hay sobre todo malaria, dengue y chagas.

En esa situación se produce la derrota electoral del Frente Sandinista y el cambio de gobierno. Esto ha sido una transición muy difícil, muy negociada, que tal vez valga la pena detenerse un instante, porque hay también una capítulo importante dentro del sector salud. Cuando se conocen los resultados electorales, inmediatamente el gobierno de ese momento acepta los resultados de las urnas y debe rápidamente frenar una respuesta automática de la población, mucha de ella en posesión de armas, cuya primera intención fue tomar esas armas y defenderse de lo que en un primer instante era vivido como una agresión más. La conducta electoral era vivida por cierta gente como una manera de derrocar a la revolución y entonces había que defenderla una vez más por las armas. Esto como parte de toda la tradición histórica de que todos los ataques hubo que defenderlos por las armas y entonces las autoridades tuvieron que responder muy rápidamente a esos estímulos porque rápidamente la gente se armó y salió a las calles. Algunos pensaron en volver a las montañas a defender aquello que estaba amenazado. La explicación en ese momento fue muy clara. Se han perdido las elecciones, pero es cierto que el Frente Sandinista había aceptado las reglas del juego. Es decir, si las condiciones para la paz habían sido una elección limpia, internacionalmente observada y siguiendo todos los cánones de todas las "democracias" modernas, era necesario aceptar las consecuencias de ello. Es cierto que para muchos el resultado electoral fue una sorpresa, se esperaba que ganara el sandinismo en algunos casos por un margen muy amplio y en otros por un margen menor, pero también es cierto que existía la posibilidad que eso pudiera no ocurrir y lo que se planteó en ese momento era que aun cuando tanto el gobierno de ese momento como las autoridades del Frente Sandinista no estaban preparadas para la derro-

ta, había que asumirla como tal. La explicación más profunda o el análisis más detallado, vino muy posteriormente. El día domingo pasado concluyó el primer Congreso Nacional del Frente Sandinista de Liberación Nacional en el cual la dirección nacional del partido lee un informe analítico de unas treinta páginas donde hace una caracterización del momento histórico, pero al mismo tiempo explica, o por lo menos intenta analizar, las razones que llevaron a esa situación electoral. En ese momento la cosa no estaba tan clara, había una cierta confusión, pero sí se tuvo claro desde el primer momento que había una decisión de entregar el poder. Y de hecho ocurrió. Durante ese período, el instrumento que se utilizó para el traspaso de mando fue el protocolo de transición. Este fue un documento muy estudiado por parte del gobierno entrante y del gobierno saliente en el que se ponían una serie de condiciones para la entrega formal del gobierno. Entre ellas estaban, sólo voy a citar dos que nos interesan, en primer lugar el gran capítulo de lo que se dio en llamar la defensa de la conquista revolucionaria. Todo aquello que había sido alcanzado como conquista social debía permanecer como tal y eso era un compromiso del gobierno entrante. Esto básicamente vale para la reforma agraria, pero vale para muchos elementos en términos de lo que significaron los cambios estructurales que la revolución propuso.

El otro elemento que forma parte de este protocolo de transición, y que forma parte de las llamadas conquistas revolucionarias, consistió en la defensa del sistema de salud. Una de las condiciones definidas fue que no se tocara el sistema de salud. A pesar de que la plataforma política de la UNO, que fue la coalición vencedora en las elecciones, planteaba la disolución del sistema nacional único de salud y una paulatina privatización del sector, el hecho es que el protocolo de transición frena esa iniciativa y el nuevo gobierno acepta la presencia del sistema como tal. Sólo le hace un pequeño cambio y en lugar de Sistema Nacional único de Salud lo llama Sistema Nacional de Salud. Básicamente, creando la posibilidad que el sector privado pueda desarrollarse de forma paralela al sector oficial. El protocolo de transición incluye también, y dentro del terreno de lo que fue el esfuerzo por la paz, las condiciones para una paz duradera en Nicaragua, es decir, se le pasa la obligación al gobierno entrante de negociar una paz duradera y definitiva con la contra, como condición de estabilidad del nuevo gobierno. Las nuevas autoridades aceptan esas propuestas y entonces entre el 25 de febrero y el 25 de abril, que es la asunción de la nueva presidenta, se producen una serie de esfuerzos muy importantes para alcanzar la paz que se coronan con éxito. Lo que se busca es la desarticulación absoluta del aparato militar de la contra, su inserción a la sociedad civil y la destrucción de lo que pudiera ser una institución alternativa al ejército profesional o grupos armados que están en el interior de un país. Eso desaparece completamente, se descompone el aparato militar y político de la contra y rápidamente se insertan en lo que podríamos llamar la estructura

constitucional del país. Hay que aclarar, aunque ya es conocido por todos ustedes, el hecho que por la constitución política del Estado, se mantiene la estructura del Ejército Popular Sandinista y sólo un cambio constitucional podrá alterar lo que existe. Existe un ejército que es profesional, se llama Ejército Popular Sandinista que ha respondido tradicionalmente y responde a una formación conceptual, ideológica y metodológica de lo que fue en los años de la revolución. Ya la elección del Comandante en Jefe del Ejército fue una decisión negociada, pero se acepta la propuesta de que el General Humberto Ortega continúe al frente del comando del ejército y eso es lo que en este momento está vigente. Eso como ustedes pueden imaginar marca también una diferencia. Para nosotros, que tenemos alguna experiencia, pero tal vez como imagen en espejo de esta situación, sabemos lo importante y el significado político de todo esto. Ese período de transición de dos meses, es un período de intensas negociaciones. Ahí entra lo que se dio en llamar "Salud, un puente para la paz".

Yo soy miembro de la Organización Panamericana de la Salud y desde la dirección del actual director, el Dr. Macedo, en el año 1982, se le ha dado a la organización un giro diferente a lo que venía siendo tradicionalmente como un organismo internacional dependiente del sistema de Naciones Unidas. Se le quita un poco esa concepción de neutralidad aséptica en que muchas instituciones internacionales quieren mostrarse y se le da a la salud la interpretación política que nosotros creemos que tiene. En este sentido, la salud es un hecho político o, dicho de otra manera, la salud es un hecho social y por lo tanto es un hecho político. No podemos seguir pensando que la salud se trata de una cuestión meramente técnica o científica o académica, sino que está mezclada muy íntimamente en el quehacer político del país. Esa es la realidad y eso es, a mi entender, el cambio cualitativo que hace la organización de entender que es así, que la salud tiene un espacio político y que puede jugar un papel político en un determinado contexto en función de una determinada situación.

Voy a traer un ejemplo aquí que creo que es muy ilustrativo, tal vez dramático porque se trata de la guerra, pero que vale la pena que después cada uno de nosotros, en la medida que sea posible, hagamos una extrapolación a realidades muy distintas como puede ser la Argentina, pero donde se sigue manteniendo la hipótesis de que la salud es un hecho político y por lo tanto como tal hay que tratarlo. Como digo, en el período de transición el gobierno de Nicaragua, saliente y entrante, le piden a la OEA y al Sistema Naciones Unidas que intervengan a los efectos de la desmovilización y desarme de la contra. Se crean para eso dos instituciones. Una que se llama ONUCA (Organización de Naciones Unidas para Centro América) y otra que se llama CIAV-OEA (Comité Internacional de Apoyo y Verificación). Son ambos organismos creados *ad hoc*. El primero son los llamados cascos azules, que son fuerzas militares internacionales, que tienen co-

mo función preservar la paz en determinado lugar del mundo. La CIAV-OEA, tiene esa misma función desde el sector político, es decir a la OEA se le encomienda la función de mantener y crear las condiciones de intermediación política entre las partes, sobre todo considerando que una de las partes es irregular y no tiene asidero a nivel del aparato legal del país. Entonces, hay que crear una instancia para que asuma la representatividad de una fuerza irregular y que se permita una negociación que llegue a buen éxito. En ese contexto en el que, se está discutiendo el desarme de un ejército; un cambio en las estructuras sociales del país, un cambio profundo; el futuro de aproximadamente cien mil personas: ex-combatientes, familiares de ex-combatientes, refugiados, exiliados, etc, entra a jugar la ONUCA y la CIAV como instrumento de intermediación. En ese momento es convocada la Organización Panamericana de la Salud para formar parte oficial de esa comisión formada por ONUCA Y CIAV, para que se ocupe del sector salud en esta negociación. Esto no es casual, es simplemente por un reconocimiento de que la salud tiene un papel importante para jugar en un hecho tan importante en donde se trata de identificar a una población y tratar de recuperar esa población a los efectos de un proyecto civil. La salud juega ahí un papel político, en el orden de la negociación, en la intermediación política tanto como en la nueva inserción social de un grupo humano. Nosotros consideramos que ese fue el momento en el que, a nivel internacional y tal vez como antecedente histórico muy poco frecuente, creo que es la primera vez en América Latina, que la salud forma parte de un proceso negociador entendiendo que tiene algo que decir en toda esa situación.

A nosotros se nos da esa tarea y preparamos un plan de trabajo constituido por nueve áreas de concentración, nueve hospitales de campaña. Tenemos un total de 144 personas cuya función es atender a la población desmovilizada. Son 39 médicos, 8 odontólogos, 38 enfermeras, 3 técnicos de radiología, 23 técnicos de laboratorio, 14 técnicos en higiene y vectores, 4 técnicos en farmacia, 8 administradores y 7 choferes. Nosotros montamos estos hospitales de campaña en los lugares donde se reúne a las fuerzas militares irregulares. La función era la siguiente, les voy a leer la secuencia porque es interesante. El individuo tenía que desarmarse, entregaba a Naciones Unidas su arma, inmediatamente pasaba a otra carpa y dejaba su ropa de campaña y se le entregaba ropa civil. Después se hacía el proceso de registro individual a través del Ministerio de Gobernación y del Ministerio del Interior. Luego Naciones Unidas le entregaba al individuo un testimonio de su desmovilización, un certificado de que el hombre ya no era más soldado o miembro de la resistencia nicaragüense. A continuación, la OPS le hacía un chequeo médico y un exámen de laboratorio. Se le entregaba un paquete de alimento y se lo metía en un camión para ser trasladado al lugar del país donde quisiera vivir definitivamente. Esto se hizo con cincuenta mil personas en un

lapso de cinco meses. Esas cincuenta mil personas se descomponen en diecisiete mil irregulares, que eran las fuerzas de la resistencia nicaragüense, la contra, más unos veintitantos mil familiares que los acompañaban y el resto era gente que vivía en los países limítrofes, como refugiados que regresan al país para reincorporarse a la vida social.

¿Cuál era la idea médica? En primer lugar teníamos que saber qué pasaba con el perfil epidemiológico de esa población. Nosotros teníamos obligación de darle al país algo así como la radiografía o fotografía de cuál era la situación sanitaria en que se encontraba ese grupo irregular y su familia para saber si esa nueva gente en la cantidad en que venía podían alterar el perfil epidemiológico tradicional del país. Por ejemplo, el caso concreto: SIDA. En Centroamérica el país que tiene más incidencia de SIDA es Honduras, el segundo Costa Rica, y Nicaragua se encuentra en el medio de ambas geográficamente. Nicaragua fue y es el país con más baja incidencia de SIDA en Centroamérica y una de las más bajas de América Latina. Teníamos que tener certeza que esa gente, entre otras cosas, no iba a importar una patología que no existía hasta ese momento en el país. La otra función que también tiene una importancia política que a nosotros nos pareció sumamente importante era ir creando las condiciones de confianza, en la medida en que esa gente era nicaragüense y pasaba a formar parte de la población nicaragüense general. Teníamos que mostrar a esa población nicaragüense y ese fue un esfuerzo muy grande de ambos gobiernos, que hay condiciones de seguridad personal y social como para que el individuo, a pesar de haberse enfrentado tres meses atrás militarmente y a balazos, no iba a recibir la venganza del familiar de un soldado muerto por ese grupo unos meses atrás. Esto significó toda una revolución en el sentido ideológico de la palabra, porque había que tratar de mostrar que la guerra había terminado no sólo en el terreno militar sino también en el de la confrontación. Esto es muy importante y lo que en un primer momento parecía como una especie de utopía, suponer que hasta hace un par de meses atrás eran enemigos militares, posteriormente pasaban a formar parte de la misma familia, tiene un enorme valor político. Porque el haber estado trabajando muy estrechamente con la gente de la resistencia nicaragüense, nos mostró, además de su perfil epidemiológico, su perfil personal, su perfil político. Y hemos visto que claramente lo que se suponía era un ejército modernamente pertrechado y con gente con una profunda formación se desarma en la práctica cuando presenciamos gente que no tenía la menor idea de por qué estaban ahí. Sabían que estaban ahí por una confusión histórica, por llamarlo así, ni siquiera por el hecho de la paga de la que ellos eran objeto. Esto muestra lo que significa el peso de una fuerza y la otra. El peso del análisis político que significó luchar para defender una revolución frente al peso individual que significó un grupo de gente que se alza en armas, muy bien pertrechados, con muy buen equipamiento, pe-

ro sin un proyecto, una propuesta concreta y sobre todo sin tener claro cual es el papel que él juega en esa lamentable situación. Dentro de este panorama, al sector salud se le da un espacio político por considerar que es necesario para lograr un proceso de pacificación real el que haya confianza entre la gente. Y que haya acceso para todo el mundo a ciertos beneficios que las mismas políticas sociales del gobierno les habían ofrecido. Esto significa que el sistema de salud tiene que extenderse a territorios que hasta hace poco estaban ocupados por la guerra y al mismo tiempo darle cobertura a cerca de cien mil nuevos individuos que para una población de tres millones es una cantidad importante. Es decir, darle cobertura de salud a gente que no formaba parte de lo que era normalmente la población nicaragüense. Para concluir esta fase, digamos que este proceso dura aproximadamente cuatro meses, se atienden a cincuenta mil personas y el operativo médico finaliza con la desmovilización global de todos. Es un hecho histórico, es difícil contarles a ustedes lo que significa ver desarmarse un ejército. Todos esos armamentos se destruyen, *in situ*, es decir las Naciones Unidas destruyen las armas con sopletes autógenos y se evapora un proyecto que había costado miles de millones de dólares y que había significado fundamentalmente más de treinta mil vidas centroamericanas. Esto es escalofriante. Hasta donde significó la guerra fría, en un lugar muy especial del mundo como es América Latina, lo absurdo y sin sentido de todo eso. Uno llega a darse cuenta que nada justifica ni justificó un operativo de estas características.

Qué es lo que está pasando hoy, superado ese proceso de la desmovilización, habiendo asumido el gobierno de Doña Violeta Barrios de Chamorro, estando en este momento en una democracia con un partido revolucionario en la oposición democrática y con una población ampliada con la llegada de este nuevo contingente. Nicaragua pasa, a partir de este proceso, de una manera lenta y gradual pero sostenida a formar parte de las generales de la ley. Es decir, que la llegada del Fondo Monetario Internacional, del Banco Mundial determinan a Nicaragua las mismas leyes que rigen hoy en la Argentina, en Brasil, en Chile, en Uruguay. Nicaragua estaba suspendida en el tiempo y en el espacio por un proceso que se negaba a aceptar y a reconocer el nuevo orden, por así llamarlo, pero que en este momento ya no hay nada que estructure una contrapropuesta, sobre todo por la destrucción de lo que fue el este europeo a partir de la caída sucesiva de todos los gobiernos de Europa oriental y las profundas transformaciones que sufre la Unión Sovitica. Tal vez Nicaragua, dentro de eso, haya vivido muy de cerca el derrumbe de lo que fue el campo socialista en una época. Primero, por sus estrechas relaciones económicas y políticas con ese sector, sobre todo en términos del intercambio comercial que, a partir del deterioro progresivo de la situación económica de los países del este, repercute inmediatamente en Nicaragua. Nosotros creemos que fue ése también uno de los elementos que jugó en toda la estructura

de transformación que sufrió Nicaragua en ese último período. Con la llegada del Fondo Monetario Internacional y las leyes fondomonetaristas ya nada diferencia a Nicaragua de la Argentina, salvando las distancias, pero en la propuesta política y económica no hay diferencias. Medidas restrictivas, recorte en el aparato del Estado, control de la inflación a cualquier precio y, sobre todo, depresión profunda del proceso productivo.

En este momento Nicaragua tiene un 38 a 40% de desocupados; el sector salud tiene un presupuesto que del 8% pasó a 2% del PIB; existe una amplia libertad de importación de todos los productos medicinales que están absolutamente fuera de las posibilidades de compra de la población; el equivalente a un salario mínimo (no existe salario mínimo), de la Argentina anda en el orden de los 75 dólares mensuales; la nafta vale aproximadamente 1 dólar el litro. Nada diferente a lo que hemos sufrido en otros países. Si lo que cambia es precisamente la estructura política, la conformación de la sociedad política de Nicaragua en relación a la de Argentina. Existe una oposición que es el Frente Sandinista. Cuenta prácticamente con más del 40% de los votos y con más del 40% de la población. Aun cuando ese indicador es variable, porque después de estudios y del análisis que se ha hecho a partir de la derrota electoral, está claro en este momento, que ha habido mucha gente que ha votado más por una cuestión coyuntural que por una cuestión de haber dejado de lado el proyecto revolucionario. El hecho más concreto fue el de la guerra. Hubo un episodio que se comentó mucho en su oportunidad, que era que se había planteado la posibilidad de suspender el servicio militar obligatorio, considerando que la guerra estaba en una fase de negociación. El gobierno sandinista decidió que no era el momento oportuno, que eso ponía en peligro la estabilidad militar y la posibilidad de responder militarmente a una eventual nueva agresión. Entonces, se opta por no ofrecer como concesión preelectoral la suspensión del servicio militar obligatorio. Las encuestas que se hicieron posteriormente mostraron que hubo entre un 15 y un 18% de la población que tenían hijos en la guerra y que hubieran visto en esa medida la eventual finalización de la guerra y el retorno de sus hijos a sus casas. Esto quiere decir, que el frente sandinista podría haber ganado las elecciones, ya que la mitad de esa gente que dice haber votado en contra del frente, hubiera votado a favor si se retiraba ese elemento. El hecho es que la guerra marcó definitivamente las elecciones, en un momento en el que se pensó que el cambio de gobierno hacia un gobierno más pronorteamericano iba a suspender todo lo que había sido las diferentes modalidades de la agresión que había pasado Nicaragua durante esos años. El hecho es que hubo una opción electoral por parte de la gente, pero nada de eso ocurrió en la actualidad. En este momento, no han llegado los dineros que supuestamente llegarían debido a una apertura de la economía nicaragüense, no se concretaron las ayudas del Fondo Monetario Internacional, del Banco Mun-

dial, del BID, que eran las instituciones financieras que habian prometido liberar los créditos para la reconstrucción del país y su recuperación. Ya cerca de dos años de gobierno, nada de eso ha ocurrido, tampoco el gobierno norteamericano liberó más allá de lo imprescindible para sostener una moneda que estaba en un permanente estado de deflación.

Dentro de todo ese contexto, es necesario caracterizar qué es lo que se espera ahora desde el punto de vista político y social, en particular de la salud. Desde el punto de vista político, acaba de concluir el congreso del Frente Sandinista. Nosotros creemos que esto tiene una enorme importancia para muchos de los países de América Latina. Primero por la trascendencia del evento, participaron 86 delegaciones de todo el mundo, Argentina estuvo representada también. Donde se discute en profundidad y ya retrospectivamente, pero en función de futuro, qué pasa con un proyecto revolucionario en un país que hace su revolución, que no se considera derrotada la revolución y mucho menos la propuesta política para lo que podríamos llamar una propuesta popular o una propuesta progresista. Eso fue lo que se discutió durante largas jornadas con participación de alrededor de 600 miembros de todo el país y del exterior. Se llega a ciertas conclusiones; en primer lugar, se asume que los cambios en el mundo han determinado una situación tal en la que ya no hay espacio para una reivindicación militar de lo que podría ser el sector popular. Dicho de otra manera, las reivindicaciones de democracia real para el pueblo, en este momento, no pasan por la lucha armada. Esa es una decisión que surge del congreso, pero que es producto no sólo de profundas reflexiones al interior de Nicaragua, sino que es producto de una especie de re-análisis al interior de la coyuntura internacional. Esto está cobrando actualidad, al día de hoy o ayer con las declaraciones que ustedes habrán leído en el periódico, en términos de que la Unión Soviética está también reformulando desde su perspectiva, algunas posiciones doctrinarias. Lo otro plantea el futuro o el destino de un proyecto revolucionario dentro de lo que es un aparato democrático. Y en ese sentido hay una profunda convicción, que hay espacio democrático para la lucha popular. Aun cuando las reglas del juego no sean las más ortodoxas, aún cuando las condiciones del juego no las ponga el sector popular, pero que sí existen dentro de los espacios políticos creados a nivel de todos nuestros países, posibilidades de poder acceder a luchar por reivindicaciones largamente deseadas por el sector popular. No se plantean otras alternativas en ese sentido. En el caso concreto de Nicaragua, se asume la posibilidad de hacer una oposición política, o hacer un trabajo político desde la oposición que permita recuperar algo que se había deteriorado en los últimos años. Esto tiene vigencia, creo, en otras latitudes, es lo que ha sido el trabajo junto a las bases populares. Uno de los elementos que se toma como eje fundamental de la tarea es el de recuperar la capacidad de análisis y la capacidad organizativa de los pueblos, que se supone

que en mayor o menor medida existe, y que es necesario trabajar desde otra perspectiva más ligada al quehacer cotidiano y necesidades diarias de la población. Se le da mucha importancia a lo que pudiera ser un abordaje territorial. Es decir, hay mucha coincidencia desde varios puntos de vista, en la necesidad del abordaje territorial de los problemas. No solamente en el caso de salud, en el caso de distintas políticas sociales también.

El territorio, el espacio físico, el espacio poblacional, la realidad concreta de un minicosmos, es una cosa que debe ser recuperada como estructura organizativa y también como forma de pensamiento político. Cobran cada vez más fuerza todos los procesos de descentralización y de desconcentración, eso creo que va a ser motivo de una mesa redonda el sábado. Pero donde se muestra claramente que el poder local tiene un espacio propio y tiene posibilidades de poder crecer, en detrimento o quizás a pesar de las estructuras uniformes centralizadas, sobre todo muy arcaicas y muy sostenedoras del poder central. Sin querer hacer comparaciones en este sentido, me pareció altamente productivo el hecho de que en estas jornadas haya tanta participación y presencia de profesionales y de compañeros técnicos de las provincias. Y dentro de las provincias, de sectores muy alejados, de pueblos pequeños o localidades donde están realmente haciendo su propia experiencia. Nosotros creemos que eso es una estrategia que está insuficientemente desarrollada todavía. Ya no sólo para lo que podrían ser proyectos concretos de salud, como es el caso que nos toca a nosotros, sino también como formas organizativas alternativas. Esto significa no solamente trabajar en lo que es la lateralidad de la estructura social. Digo la lateralidad por no decir concretamente marginalidad. Pero parecería ser que se está rompiendo un poco la sensación que quién no entra en el aparato político está marginado. Pareciera ser ahora que, a partir de propuestas organizativas concretas desde sectores locales o territoriales y con posibilidad de representatividad en instancias superiores, es una modalidad que está siendo recuperada. Por lo pronto, está siendo recuperada en Nicaragua en el terreno político en cuanto se refiere a trabajar muy estrechamente con las comunidades en relación a la solución de sus problemas concretos.

Otra de las discusiones políticas que se plantearon, eran qué alternativas existían al modelo neoliberal vigente mundialmente en este momento. Una de las cosas que quedó muy clara en las conclusiones de ese congreso, es que los partidos democráticos de América Latina, allí representados, se encontraba gente como Lula del Brasil, del Frente Amplio del Uruguay, ninguno de esos partidos incluyendo el Frente Sandinista, renuncia al socialismo. Y no renuncia, no por aferrarse a una estructura antigua, sino como una propuesta positiva de desarrollo social. Tal vez en un socialismo reconceptualizado, redefinido en ciertos parámetros y con otra estructura vigente. También se plantea, eso lo dijo Lula muy claramente, que es necesario definir que el capitalismo como proyecto organiza-

tivo social y político, no ha logrado rendir cuentas de su compromiso social. Si el capitalismo ha podido lograr desarrollo en el área tecnológica o en otras áreas del conocimiento y eso parece ser una realidad incontestable, también es cierto que el capitalismo no ha dado respuesta a la problemática social. Entonces, Lula dice, y luego es reproducido por otros dirigentes políticos, que si el capitalismo hubiera respondido a la demanda de la sociedad, él hubiera sido capitalista. No se trata de aferrarse a un nombre ni plantear las propuestas de izquierda o derecha, es quiénes han sabido comprender la problemática social y quienes han podido tener dentro de su plataforma una respuesta a esta situación. La otra cosa que se tomó como conclusión, o simplemente como constatación, es que la pobreza es un hecho creciente y terrible en América Latina. Tal vez no se tenga una idea clara de lo que está significando la pobreza como tal, la pobreza extrema, las condiciones límites de la condición humana, para poblaciones cada vez mayores en América Latina. Esto fue una constatación generalizada de todas las delegaciones de América Latina, es un hecho incontrovertible. Yo creo que nos anima a pensar que no podemos estar equivocados aquellos que estamos realmente preocupados por la salud de los que no tienen acceso a la salud. Y esto debe ser, no una reivindicación política, aunque también puede ser tomado como plataforma política de los partidos, sino que debe ser un reclamo social. La sociedad que tiene moral y que tiene ética debe entender que ya no se puede quedar callada frente a una especie de genocidio universal que plantea esta estructura social. Es absolutamente impensable. Los organismos internacionales en los que participo, están haciendo pública esa denuncia y no es cuestión de callarse, es cuestión de plantear y de cuantificar los daños. Es el momento de poder hacer un análisis frío, lo más técnico posible, de las cantidades que están representando en este momento la crisis social en todos nuestros países; podemos tomar a la salud o a cualquier otro indicador social. Porque las cifras son aterradoras. No existe en la historia de América Latina una situación tan deteriorada como la actual. Y como falso consuelo, podemos decir que esto es absolutamente igual en todos los países de América Latina, con pocas excepciones que han logrado situaciones de deterioro un poco menores. Pero es común a todos los países, es una generalidad absoluta.

Pareciera ser que la reivindicación de los derechos a la salud es una cosa vieja, gastada, que ya ha pasado a otra fase histórica, que ya no tiene vigencia y, si la tiene, ya no tiene ese impacto político que se decía 10, 20 ó 30 años atrás, era la reivindicación de los grupos más progresistas o inclusive los grupos más ultra del espectro político. En este momento, la sociedad civil en su conjunto reacciona o debería reaccionar indignada frente a una situación de estas características. Esto viene al cuento de la historia que inició esta conversación. ¿Es salud un espacio de reflexión y de lucha política? ¿Es salud una instancia para defender

conquistas adquiridas o para recuperar niveles de desarrollo o para pensar en aquellos que se están muriendo de hambre? ¿Es salud un instrumento válido para entender una realidad social y política de un país o de un continente? Nosotros creemos que sí. Salud como tal, mental, pediátrica o lo que ustedes quieran, cada elemento tiene su contraparte respectiva. Todo está destruido y deteriorado. Nosotros creemos que es necesario recuperar un poco la conceptualización de salud como un indicador de la calidad de vida, de las condiciones de la sociedad. Tal vez ya no en términos de lo que puede ser conflicto de clases o conflicto de grupos, o tal vez sí, no sé, pero en todo caso queda claro que salud puede ser un excelente punto de confluencia de distintas posiciones políticas, ideológicas y sociales dentro de un espectro político o social, de cualquier sociedad latinoamericana y que hay puntos de encuentro que valen la pena y merecen la pena ser articulados. Y puede ser sencillamente eso, la salud como una reivindicación social como una necesidad de la sociedad en su conjunto. Ustedes me dirán que la salud es una consecuencia de una serie de determinantes sociales y políticos y es producto de las condiciones de producción. Eso es cierto y en este momento, lo que parece ser el estudio de la consecuencia no va en desmedro del análisis de las causas. Creo que si consideramos a la salud como una consecuencia de una serie muy compleja de fenómenos, trabajando sobre el indicador salud, estamos actuando directamente sobre las causas que determinan ese indicador. Aun cuando no lo definamos en lo concreto o si lo hagamos si lo creen conveniente.

En Nicaragua, cuando se trata de defender conquistas revolucionarias, cuando se trata de defender un sistema nacional de salud, es una conquista revolucionaria. Es producto del esfuerzo de un pueblo que ha hecho una revolución por las armas para defender su propia salud. Esto tiene como un punto de amarré en lo que son todas las otras discusiones sobre las políticas. En el caso concreto del Frente Sandinista, desde la oposición, como enfrentarse a las políticas vigentes en este momento o a las que vendrán, pero lo que sí queda claro es que en este momento la sociedad civil, la población, se está organizando en función de eso, cómo mantener y preservar su salud. Hay un elemento que es muy importante, que imagino que aquí debe tener un cierto valor, he visto algunas iniciativas en ese sentido, es el problema del medio ambiente. No medio ambiente ideologizado en términos de que los grandes países desarrollados son los que deterioran el medio ambiente en las macroestructuras, en la capa de ozono, etc, sino también en el micro medio ambiente. En el que nos toca vivir en el barrio, en la comunidad, en la región o la provincia. Y la gente en este momento lo entiende. Algo que parecía ser una conceptualización muy abstracta del medio ambiente, en este momento pasa a ser ya una realidad vigente. Todos los barrios pobres tienen problemas serios de agua, de alcantarillado, de desechos sólidos y basura, de contaminación de algún tipo. Esto ya lo está sintiendo en carne propia y de una mane-

ra intensísima. En este sentido, creo que se abre un espacio muy interesante de análisis ahora, precisamente a raíz de la epidemia del cólera. El cólera como ningún otro partido político ha logrado revelar la dramática situación que está viviendo en este momento América Latina, y pareciera ser que el cólera tuvo la capacidad, a partir del miedo que produce la muerte por el cólera, de crear un nivel de sensibilidad y de conciencia de algo que se desconocía. Están empezando a aparecer las cifras que existieron siempre sobre la cantidad de población que no tiene acceso a la menor fuente de agua potable. Esto representa entre el 20 y el 35% de la población total de América Latina. Individuos que no tienen acceso al agua, pero al agua en las mínimas condiciones de higiene. Acaba de concluir una conferencia internacional sobre el cólera en Miami que estuvo presidida por el director de la OPS, el doctor Carlyle Guerra de Macedo, organizado por una fundación privada norteamericana, de manera que es absolutamente insospechable cualquier posibilidad de enfoque político de esa situación. Ahí se denuncia públicamente que América Latina tiene un déficit de doscientos mil millones de dólares en el sector del agua. Es decir, que para continuar el crecimiento natural que existía en los años 60 de ir aumentando progresivamente las coberturas de agua potable en las poblaciones, en este momento existe una diferencia de doscientos mil dólares de menos que no se invirtió como debiera haberse hecho si es que hubiera continuado la curva que venía desde los años 50.

Los indicadores de salud indican una situación dramática y el problema que se plantea concretamente en Nicaragua es el que estoy viendo aquí en la Argentina y que ustedes han presentado reiteradamente en el congreso, es qué va a pasar con el sector público. Ese es un tema fundamental. Nosotros siempre hemos sido defensores del hospital público y del sector público. El problema está en que el sector público, la salud pública no ocupa un espacio en la discusión de los políticos, es decir, de los gobiernos. En este momento está apareciendo en el Banco Mundial, para que tengan una idea, y en el BID, una sensibilidad, si es que los bancos la tienen, en lo que se refiere a crear un departamento que es el análisis del impacto social de las medidas de ajuste. Concretamente, se está cuantificando el impacto social de las medidas de ajuste. El Banco Mundial está haciendo lo que nosotros no supimos hacer en su momento que es la cuantificación objetiva de las condiciones. Existen instrumentos metodológicos para que ustedes puedan medir en una correlación bastante aproximada lo que existe entre las medidas de ajuste y las consecuencias que en lo social éstas significan. Ellos lo están haciendo sencillamente porque tienen prevista una explosión social en el corto plazo de consecuencias políticas incalculables. No se sabe qué puede llegar a ocurrir si la gente empieza a tomar conciencia de lo que significa seguir muriéndose de hambre y de enfermedades prevenibles. De manera que eso plantea una situación que está ligada a una serie de elementos, al futuro del hospital público, que está liga-

do al futuro de la organización territorial, política y ligado también a la continuidad y profundización de las medidas de ajuste que van a continuar en nuestros países, pero que de alguna manera hay que empezar a pensar en dar un alto a lo que significa la gravedad de las consecuencias de toda esa situación.

No quisiera extenderme más sobre esto, ya hemos hablado bastante. Hay cosas ligadas a esto que las podríamos conversar. Yo preferiría abrir unos minutos de preguntas, de respuestas y reflexiones sobre esto porque la desinformación que existe en algunos de nuestros países es enorme. La sensación que yo tuve aquí en la Argentina, cuando regresé luego de las elecciones de Nicaragua, a través de la opinión de mucha gente, era que la revolución había terminado, que había sido destruida y que todo volvió a ser como antes. Nada de eso es cierto, lo muestran las acciones y conclusiones políticas a las que se arribaron en estos últimos días y una serie de iniciativas que han sido tomadas a nivel continental que muestran que esto no está muerto y que tampoco nosotros tenemos que considerarlo como tal. (*Aplausos*).

Pregunta: Quería pedirte justamente a partir de esto que dijiste de la desinformación que nosotros tenemos acá, a través de los medios oficiales, qué pasa y si existe lo que se conoce como la aparición de los "recontras"

Dr. Carlos Linger: La recontra es un intento de un grupo local, por el momento, de retomar las armas para atacar al gobierno y eso no tiene futuro en la medida que no tenga ayuda externa y hasta el momento no la tiene. Se da una paradoja muy interesante, en este momento el Frente Sandinista está representando probablemente, el mayor apoyo político al gobierno actual. Porque las condiciones objetivas muestran la conveniencia del éxito de este gobierno porque el fracaso puede significar una debacle política y social muy seria.

Las fuerzas políticas de derecha que se unen en la Unión Nacional Opositora, liderada por Doña Violeta de Chamorro, que asume en el gobierno, rápidamente se descompone como frente político porque es una bolsa de gatos. No hay un partido político mayoritario que asuma el liderazgo de la coalición. Las fuerzas de ultraderecha ya se han desprendido de la coalición y están haciendo su propio proyecto. A partir del vicepresidente, que se llama Godoy, que tiene un proyecto de derecha, muy de derecha y muy claro y que no quiere tener relaciones con el gobierno a pesar de que es el vicepresidente. Por el lado izquierdo, está la ultrazquierda, como en todos lados que también tiene un espectro político limitadísimo. Entonces, el Frente Sandinista, a partir de los acuerdos de transición si logra mantener los protocolos de transición se van a sustentar por lo menos en un nivel mínimo todas aquellas conquistas que fueron alcanzadas anteriormente, por ejemplo, la reforma agraria. Objetivamente, entonces, a la oposición le con-

viene políticamente que este gobierno tenga éxito porque el éxito quiere decir que se mantienen las medidas definidas en el protocolo, para que en un segundo momento político, si se tomara el poder por medio de las urnas, se pudiera profundizar el proceso desde una perspectiva democrática, pero manteniendo los principios políticos que se mantuvieron desde siempre. Esa es la propuesta actual.

Pregunta: Una cosa que me gustaría señalar es que por esta cuestión de la información, cuando hablamos de América Latina, en ningún momento hicimos referencia a Cuba. Allí las enfermedades como la poliomielitis y todas las infecciosas endémicas, se han solucionado. ¿No habría que acordarse un poco?

Dr. Carlos Linger: Cuba es el país que tiene de lejos los mejores indicadores de salud de toda América Latina, incluyendo a los mejores países como Costa Rica. En este momento se está acercando a los países altamente desarrollados. No sólo en términos de indicadores objetivos, sino en desarrollo de tecnología médica. Ustedes saben que Cuba es exportadora de tecnología médica, de bioingeniería, ingeniería genética como ningún otro país de América Latina. Brasil no ha llegado al desarrollo tecnológico en producción de vacunas con ingeniería genética como lo ha hecho Cuba. De manera que la propuesta que tenía la revolución cubana de transformarse en una potencia médica, como se dijo, se mantiene actualmente. En este momento está haciendo algo muy interesante para tratar de defenderse de sus propios bloqueos. La industria turística es una de las mayores fuentes de divisas al país. Ahora, se está creando una industria médica turística, pacientes de todo el mundo llegan a Cuba a hacerse tratamientos de alto desarrollo tecnológico a la mitad del costo de los Estados Unidos.

Pregunta: En relación a lo que marcaba Ud. de la salida democrática a través de la lucha armada y que esto no sería viable a partir del ejemplo de los países de Europa del este, me parece que habría que remarcar que estos países no llegaron al socialismo por la lucha armada de sus pueblos. Son justamente ejemplo de no haber llegado de esa forma sino de haberla adquirido frente a la problemática social en la que estaban inmersos y en oposición a los países de Europa del este tenemos a Vietnam, China, Corea, Angola, etc., los que sí llegaron por revolución armada y se mantienen.

Dr. Carlos Linger: Sí, desde Nicaragua se tenía muy claramente esa figura, mucho antes de la debacle. Porque las condiciones políticas de esos países era muy diferentes a Nicaragua.

Pregunta: Te referías a las conclusiones del Congreso que aconteció en esta

semana. En eso ha habido coincidencia, unanimidad, monolitismo o también hay coincidencias de diferentes matices ideológicos, políticos.

Dr. Carlos Linger: El Congreso Nacional es la confluencia de nueve congresos departamentales que se hacen con aproximadamente 250 miembros de cada departamento que son equivalentes a las provincias de aquí. De manera que hubo alrededor de 250 personas multiplicado por nueve, que se reúnen posteriormente un mínimo grupo de ellos en la reunión del Congreso Nacional. Fue altísimamente democrático, en todo su criterios de selección de participantes y en los criterios de selección. No hubo contradicción ni sutil en lo que se refiere a los principios ideológicos transformados y los que se mantuvieron. Dentro de la dirección nacional del frente hay distintas instancias, orígenes de extracción, políticas diferentes, pero ha habido absoluta unanimidad en ese sentido.

Pregunta: Con respecto al comentario que había hecho sobre que las elecciones no eran el fin o la derrota de la revolución, me parece que podría coincidir, pero me surgió una pregunta cuando dijo eso. En realidad era la evidencia del fin de una etapa. Quería preguntar dónde ubica ese principio del fin teniendo en cuenta que un alto porcentaje de la población votó la UNO en contra del Frente Sandinista. Específicamente me interesa en el área de salud.

Dr. Carlos Linger: Eso plantea una situación muy interesante que es si en una revolución se puede gobernar por consenso. Esa es la pregunta fundamental. Si estás tratando que en un proceso revolucionario de lo que se trata es de un proceso impositivo, vertical, de arriba para abajo, militarizado, o podés gobernar a un pueblo por consenso. Consenso significa el disenso. Hay un porcentaje alto de la población que está de acuerdo contigo y un porcentaje menor que no lo está. Entonces, en lo que ha cambiado la mentalidad revolucionaria es en ese sentido. En una revolución hoy en día, en el mundo hay que gobernar por consenso. No se puede gobernar por imposición, porque fracasa en toda la línea. La pregunta es si en una revolución hay espacio para el disenso, para que pueda existir el consenso. La respuesta es que sí. Es posible negociar y gobernar por consenso. Eso era una hipótesis política que no estaba registrada en la discusión y eso fue el gran aprendizaje.

Pregunta: Voy a cambiar un poco de un nivel macro a un nivel un poco más reducido, pero que me interesa mucho porque hace algo a lo que vos describiste y que me faltaría una vuelta de datos. En relación con este proceso tan interesante desde donde una organización relacionada con salud se

ayuda al desarme de un ejército y a la reubicación y resocialización, por lo menos en la inserción en terreno, de cincuenta mil personas. Marcaste que una de las preguntas que tenían era de qué manera iban a ser acogidos por el resto de los pobladores muchos de los cuales eran sandinistas y éstos que venían eran posibles objetos de venganzas. Como no informaste sobre que pasó sobre eso y nos importa bastante en la evolución histórica argentina de los últimos años, acá tampoco hubo venganza contra los personeros del ejército terrorista de Estado. Pero son estructuras de escenario social muy distintas y no creo que sea comparable una cosa con la otra, pero me interesa mucho que expliques qué observaron allí.

Dr. Carlos Linger: La gente que luchó en la contra no tenía conciencia política de lo que estaba haciendo, por lo menos en la dimensión real de su problema. Eso crea una primera situación, que es cuando uno se descontextualiza de un ejército o se queda con el uniforme o con las ideas que el ejército te pasó. Allí la gente no se quedó ni con el uniforme ni con las ideas. En cierta medida fue beneficioso porque entró a formar parte como un ciudadano más de la sociedad. El problema es que cuando el señor Juan Pérez deja el arma y se va a vivir a Mulu-cucú, que es un pueblito que queda a quinientos kilómetros de Managua, al cabo de un cierto tiempo, eso lo estamos constatando ahora permanentemente, él pasa a ser un pobre más que se está muriendo de hambre al lado de su compañero del que votó por la UNO y del propio sandinista. Eso es lo que yo llamaba la conceptualización de la territorialidad. Allí de lo que se trata es de sobrevivir. La gente se ayuda para sobrevivir, eso es lo increíble. Aun cuando haya discusiones políticas. Cuando se desideologiza una situación de principios rígidos y se enfrenta con el día a día, te das cuenta de que hay ciertas cosas que se diluyen desde la propia realidad que le toca vivir a ellos. En este momento se está dando una situación sumamente interesante. Hay una campaña, y eso aparece en el Congreso del Frente Sandinista, que éste quiere recuperar para él a los que estuvieron luchando en la contra. Aunque esto parezca mentira, porque dice son pobres, son campesinos y fueron explotados. Tienen las mismas necesidades del que fue sandinista pero que no tiene plata ni crédito ni fertilizantes para sus semillas.

Pregunta: Quisiera que explicaras, aunque sea brevemente, cómo fue la incorporación del sector privado y de obras sociales al sistema de salud y cómo está la situación actual? Concretamente si hubo alguna oposición de sectores sindicales en aquel entonces.

Dr. Carlos Linger: La incorporación fue por decreto revolucionario. Lo primero que se hizo un mes después de haber triunfado, es crear el sistema nacional úni-

co de salud y fundir todas las estructuras en una sola. Ahí no hubo discusión posible. Ubicáte en un contexto de una revolución triunfante. El hecho es que en este momento el sector privado, como siempre, utiliza la seguridad social para su penetración a nivel del sector público. El sector privado en este momento, esto no sólo para Nicaragua creo, no tiene la capacidad de inversión económica para poder hacer sus propias estructuras que le signifiquen rentabilidad suficiente, como lo fue en la década de los 60 y 70 o inclusive en los 80. Es decir, hoy en día el equipo médico es altamente costoso y la rentabilidad en estos países todavía es baja. Por lo tanto hay que utilizar instrumentos de intermediación para poder adquirir ciertos equipos y al mismo tiempo vender servicios garantizados, que es el seguro social. La venta de servicios, ustedes lo conocen mejor que yo. El sistema prepago como se plantea aquí en la Argentina, no se lo ve con tanta expansión y cobertura como se lo ve en este país. Entonces, la seguridad social, no en el caso de Nicaragua, ha sido tradicionalmente en casi todos los países de Centroamérica, el instrumento de intermediación del sector privado. En el sector de la obra social sindical, en muchos países, no ha pasado lo que ha pasado aquí que originalmente nace con una idea de cobertura social y acaba siendo un instrumento político y económico fortísimo. Sin embargo, en el caso de Nicaragua no. Está pasando lo siguiente: hay una intención política de privatizar claramente, pero no hay recursos. El sector privado, el financista, el economista, no pone plata en el sector público de América Latina, a menos que tenga garantizado su retorno. Eso es lo que nos está salvando a nosotros de la privatización. La contrapartida de eso lo vamos a conversar el sábado, la descentralización y la creación de los sistemas locales de salud (SILOS). Nosotros creemos que la creación de éstos, es una alternativa política, social y técnica al proceso de desestructuración del Estado en el sector social. O sea, todo lo que ha sido el *Welfare State* y todo eso, creemos que una nueva vuelta de tuerca, de reestructurar el sector público sobre los SILOS, es una muy buena opción que en estos momentos tiene el sector público de sobrevivir y hacerlo bien.

Pregunta: En realidad muchos aspectos de tu exposición me resultaron impactantes y pienso que sería interesante disponer de bastante tiempo como para ver cada uno de esos detalles. Voy a tratar de juntar en dos o tres preguntas los aspectos que para mí son más relevantes con respecto a una propuesta política. Por un lado, tomo algo sobre lo que vos nos transmitías de las conclusiones del congreso del sandinismo y quizás lo voy a plantear un poco por la inversa a ver si entendí bien o no. Decías que en este congreso se reivindicaba inclusive el tema del socialismo, que no era un abandono del socialismo, sino que se seguía entendiendo que el capitalismo no ofrecía salidas. Ahora bien, mi pregunta es la siguiente: En primer lugar, esto implica

¿qué se estaría planteando, que la erradicación de la pobreza se obtendría pura y exclusivamente a través de la estrategia de la lucha desarmada? Una segunda pregunta muy vinculada con esto ¿esto implicaría que se considera que quienes detentan el poder y manipulan las políticas las manipulan y las implementan a través de medios exclusivamente desarmados? La tercera pregunta que ya sería más específica sobre el tema del sandinismo, se refiere a la argumentación que ellos daban de aceptar las reglas del juego, participamos en esto, entregamos el poder. Me pregunto, si se diese la coyuntura de obtener el poder en las urnas, qué reglas del juego se estarían aceptando, en qué legalidad se estaría ingresando que permitiese profundizar aquello que aparentemente hasta el momento no fue posible profundizar?

Dr. Carlos Linger: No me va a ser fácil contestarte, pero tampoco lo voy a intentar. Voy a hacer una reflexión nomás. El problema de la lucha armada es muy complejo. Es el asunto de la legitimidad de ese instrumento. La otra cosa es la viabilidad política en la actual coyuntura mundial. Un partido deberá sopesar esas dos cosas a la hora de tomar una decisión. Lo que significa mantener sus principios doctrinarios a la vez de adecuarse a los nuevos tiempos. Yo creo que el sandinismo está adecuándose a los nuevos tiempos. Nada indica que ha dejado de lado todos sus principios doctrinarios. La lucha armada es un medio, entonces, no se si está en discusión el medio. Lo que pasa es que es un medio altamente sensible desde el punto de vista político de cara a la opinión pública mundial. Entonces, para darte a vos una idea, hay puja en este momento entre los grandes conglomerados políticos del mundo por la hegemonía. Tenés el caso de la Internacional Socialista, de la Internacional Demócrata Cristiana y de otras agrupaciones mundiales. En la reunión del congreso del Frente Sandinista, el vicepresidente del partido socialista francés, vino en nombre de su partido a proponerle al sandinismo que se incluya en la Internacional Socialista. Eso fue el día de la inauguración, el día del cierre la respuesta dice, nosotros en este momento no queremos entrar en la Internacional Socialista, porque nuestra propuesta no es socialdemócrata. Cuál es la propuesta que no es socialdemócrata, eso es lo que hay que ir buscando. Eso no significa estar con la lucha armada, pero si que haya otros instrumentos que puedan ser utilizados en ciertos momentos. Las urnas eran un instrumento que no estaba siendo usado por las revoluciones. Si se utilizan medios para conseguir un fin, si los medios son legítimos, son viables. Se evalúa en este momento, que ese instrumento puede ser idóneo a la hora de recuperar el poder, manteniendo las actuales reglas del juego. Es un juego dinámico muy cambiante. Vos planteás otra pregunta que es una hipótesis prácticamente y es, será que la fuerza de las urnas es lo suficientemente fuerte como para que defina las políticas de un gobierno? Bueno, eso ya es otro cantar. Tal vez, en la Ar-

gentina y a nivel internacional, haya experiencia en ese sentido. Es decir, el grado real de representatividad de un gobierno y el grado de fuerza que tiene un voto a la hora de definir o torcer una política.

Pregunta: Hay una parte de la pregunta que valdría la pena que la tomases, es lo que yo enumeraba como pregunta número dos. Lo digo por lo siguiente, en realidad no fui yo el que puse el tema de la viabilidad o no de un método, sino por lo que yo entendí, quién lo ponía en la palestra era el congreso que descartaba una vía. Personalmente entiendo que los métodos se tienen que adecuar a las circunstancias y a priori, no habría que descartar ninguno. Ahora bien, esto se articula con la pregunta qué pensamos nosotros con respecto a los que detentan el poder. Lo detentan también a través de las armas? Porque para poner dos ejemplos relativamente recientes, uno de ellos lo citabas vos, el caso de Panamá o el caso del Golfo Pérsico. No sé hasta qué punto un proceso de pacificación pasa necesariamente por no acudir a las armas. Quizás igual te ganan con o sin armas. Esto es indudable, pero no siempre elegís vos en qué terreno peleás y cuándo el enemigo está armado, no sé si siempre podés elegir taxativamente desarmarte y así joderlo.

Dr. Carlos Linger: Te aclaro que no es respuesta, no intento responder a tu preocupación, es el hecho que en el caso concreto de Nicaragua y en este caso vale la pena tomarlo, el ejército es sandinista. (Aplausos).

Pregunta: Pensaba qué diferencia hay entre un ejército sandinista de liberación que llega al gobierno por medio de las armas, en un momento determinado se abre el proceso de democratización, pero las armas siguen estando dentro del ejército sandinista. A su vez esto también implica una fuerza determinada dentro del país como para poder hacer otras cosas diferentes a las que podemos hacer nosotros en estos países. También pensaba qué proceso diferente se está dando porque también uno podría pensar en el Chile de Allende que llega al gobierno por medio de las urnas y sin embargo es derrotado totalmente por no tener la fuerza del ejército y tener fuerza política, pero no fuerza económica ni militar.

Dr. Carlos Linger: Si en algún momento se entendió que esta propuesta era viable para otros países, yo no quise decir eso. Estoy aclarando que es una realidad muy particular. Evidentemente, la situación de Nicaragua es así hoy. El hecho es que también es cierto que esa propuesta que surge del frente, no es sólo una propuesta a la realidad particular de Nicaragua. Responde también a la ubicación y el espacio que le quedan a los partidos políticos, digamos del sector popular, en

lo que se refiere a la lucha de sus reivindicaciones dentro de un marco democrático. Entonces, esas son reflexiones más profundas. Qué grado de extrapolabilidad existe de la experiencia de Nicaragua a otro contexto. Yo creo que es difícil decirlo. Lo que sí puedo decir es que hay una fuerza en este caso que respalda ciertas conquistas, la fuerza de las armas en todo caso. Pero también es cierto que hay otras maneras de reivindicar y sustentar ciertas conquistas que no sea por la fuerza de las armas. No estoy haciendo una cuestión de si es imprescindible que haya o no. En este momento es útil para el proyecto revolucionario que el frente sandinista pueda mostrar una alternativa democrática a su tradición revolucionaria, que ha estado siempre propuesta verticalmente. En este sentido, se plantea una nueva forma organizativa, sin descuidar los principios que sustentan la propuesta.

Pregunta: Quería hacer otra pregunta que tiene que ver con la salud. Dijiste que en el momento en que estaba el Frente Sandinista de Liberación como gobierno, había un 8 o 9% del Producto Bruto Interno en salud y en este momento, creo haber entendido, que sólo era el 2%. ¿En qué forma se nota esto y de qué manera se ha planteado revertir esta situación porque se supone que debe haber bajado el nivel de salud con esta diferencia tan grande en porcentaje?

Dr Carlos Linger: Así es, de veintitres mil funcionarios que tenía el Ministerio de Salud, que para un país como Nicaragua es enorme, en este momento hay catorce mil. Del presupuesto de salud, el 72% está dedicado al pago de salarios. Es decir, para sustentar la fuerza de trabajo, pero no está dedicado a la compra de medicamentos de equipos, de insumos y a todo lo que necesita un sistema para funcionar. Los medicamentos ya no son más gratuitos, como lo fueron siempre; y se redujeron en un 40% las prestaciones de salud que se daban en el Hospital Público, estas son las consecuencias, se ven en lo inmediato.

Si no hay más preguntas terminaría acá. Bueno, muchísimas gracias. (*Aplausos*).

**CIERRE DE MANICOMIOS EN RIO NEGRO.
UNA ALTERNATIVA EN SALUD MENTAL.
(Ponencia)**

PRESENTA:

Equipos de Salud Mental de Río Negro.

DISCUTE:

Dra. Sandra Fagundez. Psicóloga. Asociación Brasileña de Saúde Colectiva, ABRASCO, Porto Alegre, Brasil.

PRESENTACION:

Dr. Mario Testa: A mí me toca, por encargo de los organizadores, hacer la presentación no de este grupo sino de Sandra Fagundez, que es esta señora que está aquí a mi lado, a quien yo quiero muchísimo. Sandra va a ser la comentarista de la presentación que el grupo de Río Negro va a hacer. Sandra es una psicóloga que ha tenido una actuación muy importante en Rio Grande do Sul, estado de donde ella es originaria en Brasil y donde trabaja y vive actualmente, y ha tenido una participación muy importante y muy destacada en lo que es un movimiento de enorme significación en la situación de Brasil, que tiene muchos puntos de coincidencia con lo que este equipo que está acá a mi derecha ha realizado en la provincia de Río Negro, en nuestro país.

Esta idea de la desmanicomialización que, digamos, es un proceso en marcha en la provincia de Río Negro —en Río Negro pasan cosas además de las que hace el gobernador (*Risas*), que no vamos a comentar, por cierto— y que tiene puntos de contacto con lo que está aconteciendo en este momento en el estado de Rio Grande do Sul. Sandra ha sido la directora de Salud Mental del Estado de Rio Grande, en este momento ocupa un cargo en la Secretaría de Salud del Municipio de Porto Alegre y es una referente nacional en Brasil acerca de un proceso, también de desmanicomialización que en este momento está siendo debatido

en las Asambleas Legislativas de nuestro país hermano, a través de un proyecto de ley, el proyecto de ley de Pablo Delgado.

Sandra ha ocupado posiciones en el Colegio de Psicólogos de Río Grande, en la Administración de Salud Mental del Estado y es una infatigable luchadora en la promoción de estas tareas que nos reúnen hoy.

Entonces, yo estoy muy contento de que me hayan encargado esta actividad de presentar a Sandra, a quien, siempre que puedo, hago lo mismo: termino por darle un beso. (*Risas*).

Dr. Hugo Cohen: Bueno, vamos a tratar de compartir con Uds., de alguna manera, el trabajo que estamos haciendo en la provincia. Yo soy médico psiquiatra y soy el jefe del Departamento de Salud Mental de la Provincia de Río Negro. Estábamos diciendo antes que se juntan dos ríos: Río Grande do Sul y Río Negro, pero vamos a seguir pensando por este lado la cosa. En este sentido, yo quería compartir el hecho de una tarea que se inicia con la llegada de la democracia en nuestro país y que, por lo tanto, tiene un aspecto de gran significación en cuanto al contexto de libertad y democracia como garantía para la subsistencia y continuidad.

Desde otro punto de vista, de aquí mismo surge el tiempo que lleva esta experiencia en años, ya son siete años, y el enorme trabajo de muchísima gente —obviamente acá hay una ínfima y pequeña parte— y que todo eso hace a una limitación seria en cuanto a intentar transmitir esta riqueza y esta complejidad cotidiana. Obviamente, los que estamos hoy aquí, de este lado del mostrador, somos representantes de los que estamos a favor de esta propuesta y, seguramente, hay quienes en la provincia no la comparten tal cual nosotros la planteamos. De todas maneras, el hecho de que el jefe esté a favor de esta propuesta es un dato que nos ayuda.

Aquí tendríamos que haber estado muchos más compañeros. Ocorre que por la situación particular de la provincia, que seguramente todos conocen, no todos pudimos llegar. De todas maneras, aquí tendrían que estar presentes —y los menciono— los compañeros del Hospital de Catriel, los compañeros del Hospital de Allen, de Roca vino Pepe hoy, llegó hace un rato, que no estaría ya en la lista de ausentes, los compañeros de Bariloche —iba a participar una compañera—, también del Valle Medio, de Choele Choel y de Sierra Grande, que no lo hemos visto y no ha llegado.

También en esta especie o intento de introducción quería comentarles que ayer por la mañana, el ministro de Asuntos Sociales de la Provincia de Río Negro, el Dr. Ricardo Salandra, que quería estar presente en este momento, se comunicó conmigo para disculparse que por motivos de fuerza mayor no puede dejar Viedma y, por lo tanto, transmitirles sus saludos y la disculpa por no estar

aquí. Sí está presente la Dra. Liliana Toscani —que no sé dónde está, después la vamos a invitar a subir, pero no hay silla— que es la directora general técnica del Consejo Provincial de Salud Pública de la Provincia de Río Negro.

Bueno, así las cosas, vamos a largar algunas inquietudes. Todo esto que yo fui comentando de los que estamos y los que faltan tiene que ver con lo que hoy en Río Negro, 1991, es digamos la estructura básica de salud mental, que son 15 equipos. Quince equipos que después vamos a ver cómo se conforman y qué hacen, de 27 hospitales en total. Son hospitales generales, la mayoría hospitales rurales; no hay hospital monovalente, el único que había era el Hospital Neuropsiquiátrico de Allen que fue el que nosotros cerramos en octubre de 1988.

Vinculada a esta estructura tenemos que mencionar a los 22 grupos de alcoholismo que funcionan en la provincia, que después los compañeros van a encargarse de explicar de qué se tratan.

Venimos bastante entusiasmados porque el 2 de julio, hace pocos días, después de más de 2 años de avatares, de marchas y contramarchas, se aprobó nuestro anteproyecto de ley de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental, que se aprobó en general y por mayoría, falta la discusión en particular. Horacio, que viene hoy de Viedma, me comentaba que el lunes será la discusión en particular, después vamos a ver las últimas informaciones al respecto. Esto significa que dimos un paso serio en cuanto a legalizar lo que la práctica dura y cotidiana de mucha gente ya ha legitimado, como nos dijo Mario una vez de las varias que estuvo trabajando con nosotros en Viedma.

Yo voy a tratar de transmitirles de alguna manera lo que nosotros llamamos “principios” o “algunos principios de la desmanicomialización” —que a nosotros nos sale fácil, no sé por qué bueno, pero de todas maneras debe ser porque nosotros lo repetimos (*Risas*)—. Los principios tienen que ver con el sustento de esta práctica, tan compleja y tan rica; no están ordenados, digamos, de acuerdo a importancia o significación; voy a hacer una descripción. Creo que lo central de todo esto va a ser, a partir de uno de los principios que nosotros tenemos, escuchar las intervenciones de los aquí presentes y después, por supuesto, abrirlo a todos Uds. en cuanto al debate.

Entonces, uno de los principios es lo que nosotros llamamos “rescatar los recursos de salud presentes en las personas”. Esto tiene muchas implicancias, yo voy a mencionar algunas, nada más. Esto quiere decir que, para comenzar la desmanicomialización —que dicho sea de paso, va más allá de un edificio, de unas paredes, o de unas rejas y que se extiende hasta nuestra propia mente, por lo tanto, cuando hablamos de desmanicomialización también tenemos que pensar desmanicomializar nuestra propia mente, con todo lo que eso implica—. La implicancia de rescatar los recursos de salud tiene que ver con una idea que nosotros corroboramos todos los días en nuestra práctica que es que todos hacemos, todos

hacen, salud mental en lo cotidiano, en los distintos lugares, en las distintas regiones, localidades. Esto es muy importante porque implica, entre otros aspectos, por ejemplo el por qué conformamos nuestros equipos de salud mental como los conformamos, y el por qué hacemos, desarrollamos las prácticas que desarrollamos. Entonces, rescatar los recursos de salud presentes en las personas. Podríamos acá pensar muchas situaciones, nosotros siempre comentamos una: el hecho de llamar un amigo porque uno no anda bien y “vení a tomarte unos mates o unos vinos o un café porque estoy bajoneado, o etc., etc.”. Ese momento, ese encuentro puede significar una acción de salud mental por excelencia; es cierto, a veces puede salir mal, pero muchas veces también sale bien. Esta es una anécdota, la vida cotidiana nos presenta a cada rato posibilidades de hacer salud mental o no hacer salud mental que, por supuesto como de aquí se desprende, no pasa por una profesión o un certificado universitario.

Nuestros equipos de salud mental, entonces, en relación a esto, lo conforman psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, pero también lo conforman agentes sanitarios, enfermeros, choferes, mucamas, zapateros, mecánicos, mapuches, borrachos, locos y familiares de locos. Es desde esta interacción que nosotros intentamos trabajar en la desmanicomialización.

Un segundo principio es éste que nosotros llamamos, como Uds. ya habrán observado en estos días, —nosotros no hablamos o tratamos de no hablar de locos, de alienados, de pacientes— sino que buscamos aquello que llamamos, esta definición de sufrimiento mental. Por que sufrimiento mental, es una cuestión de palabras, de terminología. Qué significa? Discutimos mucho en la provincia acerca de esto. Sufrimiento mental también tiene muchas implicancias en la práctica concreta porque, entre otros aspectos, nos iguala: nos iguala, por ejemplo, a los profesionales con los no profesionales, horizontaliza esta cuestión, esta problemática de la salud mental y, como otras de las consecuencias, digamos, permite la participación de todos y cada uno de aquellos que nos encontramos todos los días en nuestro trabajo. O sea, que hace de nuevo a que el tema de la salud mental no es un tema de los especialistas que debe ser discutido en ámbitos cerrados y supuestamente científicos universitarios. El problema de salud mental hace a todos los seres humanos.

Esto de sufrimiento mental nos ha abierto muchas puertas y es una experiencia muy rica —que después también nos van a comentar— cuando llegamos a algunas localidades donde hay un paciente, un loco suelto como se dice, y nos piden que lo internemos, que lo encerremos porque es peligroso, porque va a matar, porque se va a matar...bueno esto se repite sistemáticamente y cómo al empezar a trabajar de una manera comunitaria, en asambleas comunitarias, esto de empezar a hablar de sufrimiento mental produce un descorrimiento del loco como el problema central y aparecen luego los padecimientos del resto de la co-

munidad, las verdaderas problemáticas de fondo, las situaciones que a todos nos afligen y, curiosamente, cuando se llega a ese momento, el loco deja de ser el centro y pasa a ser un problema ínfimo y pequeño dentro del conjunto de las problemáticas de una comunidad. Esta experiencia puntualmente la van a comentar en cuanto hablemos de las patrullas, que tienen una denominación un tanto represiva pero que nos ha dado mucho resultado en cuanto a la práctica médica porque ha sido tomado por el sistema de salud y ha producido muy lindos resultados.

Un tercer recurso, un tercer aspecto que hace a los principios es lo que nosotros entendemos por "crisis". Nosotros le damos mucha importancia a esto de la crisis, porque nosotros entendemos que desde la crisis podemos entender también, o intentar acercarnos a lo que le pasa a esta persona, y crisis habla de que en algún momento a alguno de nosotros le está faltando, o algo sucede en cuanto a los aportes o suministros de índole física, afectiva o cultural, con todo lo que cada uno de ellos implica: vivienda, trabajo, seres queridos, amigos, familiares, inserción social, pertenencia. De allí se desprende, como un aspecto operativo entonces, el hecho de que nosotros tratamos de atender a las personas y de ayudarlas en su propio medio. Por qué? Porque la crisis es la que plantea, de alguna manera, la puerta de entrada a la comprensión de lo que a esta persona le sucede; en otras palabras, porque la crisis —decimos nosotros— tiene sentido en el lugar donde se origina, donde la persona vive, trabaja y desarrolla sus días todos los días, y entonces sí allí es donde tiene sentido, allí es donde nosotros debemos intervenir para tratar de obtener la respuesta a esa situación puntual con los recursos, además, que allí en ese momento existen.

De allí se desprende, entonces, la internación domiciliaria o la internación en el hospital general, en salas comunes en la mayoría de los casos, y lo que nosotros llamamos "la elaboración de la estrategia terapéutica", que después también vamos a describir.

En relación a la idea que nosotros tenemos —como verán esto no está ordenado— en cuanto a la concepción de salud mental —esto que siempre se pide: bueno, doctor, defina qué es salud mental— nosotros la entendemos en términos generales como más vinculada a lo que podrá ser crisis, conflicto y lucha. Estas tres definiciones son las que acercan más a nuestra concepción de salud mental: crisis, conflicto y lucha.

Otro de los principios es aquel que pasa por la necesidad —y esto hace a nuestros equipos, nuestras prácticas— de socializar los conocimientos. Nosotros entendemos que, efectivamente, somos portadores de una cantidad de conocimientos pero que hay que reformularlos a partir de una práctica nueva y diferente, a partir de nuevos protagonistas, de situaciones y de escenarios diferentes y, a su vez, compartidos, socializados como yo decía, con todos estos actores y pro-

tagonistas de estos trabajos, de estos equipos de salud mental. Esto se expresa también en los cursillos que nosotros damos en la provincia, en distintos hospitales, de intervención en crisis y reinserción social, que también los damos a nuestros equipos que son todos éstos que antes mencionábamos: estas mucamas, choferes, agentes sanitarios, el director del hospital que si quiere también participa, los médicos generalistas, los asistentes sociales, las enfermeras: hacen salud todos o pueden no hacer salud todos, por supuesto.

Otro de los principios tiene que ver con la idea —de esto no hace falta que desarrollemos mucho— de la oposición que, obviamente, nosotros tenemos acerca del control social que desde nuestras prácticas tradicionales profesionales se ha ejercido. Este es un trabajo muy duro, nosotros planteamos, esto lo elevamos a la Legislatura junto con la exposición de motivos del anteproyecto de ley, esta expresión de que, ante los excesos que se pueden cometer por el control social, nosotros elegimos los riesgos de la libertad. Esta es otra de las definiciones básicas que hacen al sustento de nuestra práctica.

Para no extenderme mucho porque tratamos de repartir en forma proporcional, pareja, el tiempo, en cuanto a esto de la desmanicomialización ya a los fines prácticos, cotidianos, tenemos que mencionar que es una tarea que debe abordar fundamentalmente —nosotros de alguna manera esquemática o gráfica lo describimos—, digamos, tres sectores o tres grupos o tres aspectos: uno será aquel que hace a los trabajadores de salud mental en particular; otro aquel que hace al hospital y sus trabajadores en general y el tercero a la comunidad y sus instituciones. Esto quiere decir que para entender y para intentar desarrollar el proceso de desmanicomialización tenemos que intervenir en los tres y con los tres —nosotros decimos que si falta una pata faltan las tres, la cosa no funciona— y no hay ninguno que tenga mayor significación que el otro.

Dos o tres elementos que tienen que ver con aspectos no tradicionales, de alguna manera, o no contemplados en nuestras formaciones académicas, pero que, a nuestro entender, son esenciales para la práctica de salud. Cuando a veces nos sentamos a pensar un poco por qué pasan las cosas que pasan y qué fenómenos hay detrás de una cantidad de situaciones, nosotros vemos que, además de todos estos principios que antes enunciábamos, hay aspectos íntimamente vinculados a esto de la solidaridad, de poner el cuerpo pero también esto de la pasión y del afecto. La otra vez estuvo Mario Testa, cuando hicimos el acto fundacional del Instituto Rionegrino en Viedma, no hace mucho, unos 40 días, y él nos ayudó un poco a pensar o a conceptualizar qué fenómeno se está produciendo a partir de nuestras prácticas, e hizo todo el desarrollo epistemológico, el origen y cómo se construye el conocimiento en el campo de las ciencias naturales y en el campo de las ciencias sociales, y después de trabajar duramente con una cantidad de personas como lo constituyen nuestros equipos una de las reflexiones que hubo

fue ésta —no me acuerdo de quién lo había planteado—: Mario, decinos, y el afecto, ¿dónde entra? Y Mario dijo: “vamos a tener que pensar”.

Esto nos lleva de la mano a otra cuestión, que es la que habla de esto de los recursos, esto que es todo un tema que se plantea permanentemente: la crisis, los recursos económicos. Bueno, no hablamos de ese tipo de recursos, estamos hablando de un recurso que, aparentemente por la experiencia hasta aquí de nuestra práctica, parece ser como esencial y básico a nuestro trabajo. Estamos como descubriendo todos los días que la fuerza principal para la transformación que intentamos producir surge y se origina precisamente a partir del sufrimiento de cada uno de estos protagonistas dispuestos a cambiar su historia y dispuestos a hacer este trabajo junto con otros. Porque esto lo preguntamos muchas veces, y hay quienes desde ese lugar de no aceptar esta propuesta dicen: “Pero qué sabe un agente sanitario de Freud”. Sí, creo que no sabe de Freud, pero no estoy calificando el saber o no saber de Freud, sino que estoy tratando de rescatar aquello que es esta posibilidad que este ser humano tiene de contener un individuo en crisis en una chacra y en un monte y tratar de resolver reinsertándolo allí mismo de la mejor manera.

Esto, por supuesto, hay que verlo y hay que estar “con” para poder entenderlo. Esta es otra de las limitaciones, en todo caso, de nuestro trabajo en cuanto a poder describir una cantidad de fenómenos que no pasan, lamentablemente, por la posibilidad de un discurso. Muchas veces nosotros llegamos a la conclusión de que cuando se agota la posibilidad de entender le decimos: “Bueno, vení y hacelo con nosotros”.

Por último, todo esto lleva implícito lo que nosotros entendemos que es —acá sí hay un orden de prioridad— en nuestras prácticas que es la dimensión ética de nuestro trabajo como trabajadores de la salud. Este es el principio fundamental que guía el trabajo nuestro todos los días.

Yo voy a dejar acá para pasar a escuchar entonces a los compañeros.

Miguel Burgos: Bueno, buenas noches, yo soy Miguel Angel Burgos, soy enfermero. En noviembre voy a cumplir seis años en Río Negro, antes vivía aquí en Buenos Aires y yo descubrí este tema de la salud mental cuando me fui para allá, porque aquí en Buenos Aires trabajaba en una terapia intensiva muy selecta, no tenía nada que ver ni con el sufrimiento mental de las personas ni con la locura ni con toda la idea esa que tiene la gente. Pero yo les voy a hablar puntualmente, porque sé que hay muchos para hablar, de un caso que hemos compartido con Pepe, nuestro Coordinador zonal, que es Carlitos.

Carlitos estaba en el hospital de Roca, totalmente fuera de control, era imposible contenerlo, había que atarlo, se escapaba, la gente denunciaba porque andaba por la calle robando fruta. Bueno, Carlitos era algo incontrolable.

Cuando empezamos a trabajar con Pepe dijimos: “Bueno, vamos a elaborar una estrategia”, entonces Pepe me decía: “Cómo vamos a elaborar si no sabemos cómo va a salir. Escuchame, no seamos locos. Vamos a ver qué es lo que hace él y nosotros lo seguimos.” Y empezamos a seguirlo, eso es lo que hicimos, empezamos a seguirlo y lo acompañamos. Lo sacamos a pasear, un día lo llevamos en el auto con Pepe a pasear, lo llevamos allá hasta donde vivía el hermano, descubrió su casa —bueno, su casa, para él es su casa—, su ranchito, su letrina, su mundo y es como que él se empezó a volver a querenciar en su lugar y, poco a poco, fue dejando el hospital. Mejor dicho, un día dijo: “Yo no vuelvo más al hospital” y no quiso volver y no volvió.

Así que nos tomamos el trabajito con Pepe de conseguir pala, azada, rastrillo; limpiamos el patio, arreglamos la casa, un poco lo acompañamos en su voluntad de querer rehacer su vida.

Bueno, y fuimos siguiendo sus distintas etapas. Había días que no podíamos negociar nada con él, había días que estaba muy abierto y se podía trabajar mucho, bueno, y había días que nos íbamos bien y había días en que nos íbamos muy mal.

Es un paciente —Moroco, según el barrio— muy querido por la gente, muy trabajador, que aparentemente tuvo un momento de alucinación, bueno no se puede explicar muy bien: fue llevado por la Policía y aterrizó en el hospital por una orden del juez. Se hicieron los trámites a nivel judicial...

Hoy día, Carlitos —o Moroco para el barrio— está en su casa. No está 10 puntos, estará 7, 6, pero está en su lugar, en el lugar donde él eligió estar, en el lugar que de alguna manera él recuperó y que lo recuperó a él. Creo que ese es el lugar que le corresponde a todas las personas con sufrimiento mental, en el medio de los suyos, donde el afecto de los demás pueda ser terapéutico, donde uno puede ayudarlo, donde uno puede borrar los muros y las estructuras que, más de una vez, contienen porque sí a las personas.

Yo no me voy a extender mucho más porque no tiene ningún sentido que les cuente nada más porque mis compañeros tienen muchas cosas para aportar, les quiero dar las gracias por haberme escuchado y dejó el lugar al que sigue. Gracias. (*Aplausos*).

Ernestina Farías de Ruíz: Bueno, buenas noches. Me llamo Ernestina Faras de Ruíz, muchos me conocen más por Bety que por Ernestina.

Soy enfermera de salud mental y coordinadora de los Grupos Institucionales de Alcoholismo. A través de muchos años de padecer el sufrimiento de mi esposo como alcohólico por fin logré recuperarlo pudiendo llevarlo a un grupo GIA, porque antes ningún médico me dio nada para poder curarlo. Con él empezamos en este grupo poco a poco, no fue fácil: me costó muchísimo. Fueron 15 años

de alcoholismo de mi esposo.

Ninguno de los dos pensábamos en un posible milagro. Yo había recorrido muchos lugares para poder recuperarlo, hasta que llegué a este grupo. A pesar de que yo era enfermera, en ningún lado ni ningún profesional me dijo: "Tu esposo padece una enfermedad que es el alcoholismo". Lo aprendí en el grupo GIA.

Comenzamos allí con mi esposo a recuperarse él y a recuperarme yo, porque como Uds. sabrán, toda la familia se enferma, sobre todo los niños, que son los que más sufren en este problema. Por eso yo insisto mucho en que los familiares deben asistir a las reuniones de los grupos GIA, porque allí entre todos aprendemos cosas nuevas: cambios de actitudes, cómo llegar a este enfermo que cuesta tanto. Vimos que teníamos que cambiar cosas cuando comenzamos, entonces nos decidimos a ir a los domicilios, porque no hay mejor conexión de un alcohólico en recuperación, que la que entabla con otro alcohólico.

Luego dimos también nuestro domicilio para que quienes necesitaran ayuda viniesen a nosotros. Mi esposo trabajaba en el Ministerio de Economía de Viedma, desde allí le pedimos la descripción al hospital. Hoy es un empleado más del hospital, gracias a Dios, está trabajando conmigo. Nosotros dos nos dedicamos a trabajar con todos los enfermos, no solamente con los alcohólicos. Estamos coordinando cuatro grupos de alcoholismo que hay en Viedma. Después vimos la posibilidad de irnos a los barrios ¿por qué motivo? Porque es muy necesario que el enfermo esté en su comunidad, que el enfermo esté apoyado por esta comunidad y que la comunidad misma se haga responsable de él. A través de todo este trabajito, después comenzamos trabajando también, yo como enfermera en salud mental, con los enfermos de sufrimiento mental. Cuando íbamos a pensar que mi esposo, un alcohólico en recuperación, podía ser tan útil a estos enfermos. Con él vamos a domicilio, les llevamos su medicación; les hacemos un seguimiento, charlamos con ellos y también nos quedamos a charlar con la familia que tanto necesita de esa ayuda (porque a veces los familiares no comprenden esta enfermedad). Además de todo esto sacamos a pasear a los enfermos, porque como Uds. sabrán, muchas veces, en los Hospitales Generales no todos están de acuerdo con estos enfermos, porque, claro, todos le tenemos miedo a la locura. ¿Quién no le tiene miedo a la locura? Sin embargo, nosotros seguimos en la lucha; creemos y estamos firmemente convencidos de que esa es la recuperación real para nuestros enfermos. No encerrarlos, no marginarlos.

Un día llevamos a tres enfermitos que estaban deambulando continuamente en el Hospital, vino mi esposo y dice: "Betty, qué te parece si los llevamos al Centro Cultural que están dando títeres?" Uds. no van a querer creer la alegría que tenían estos enfermos. Los llevamos al Centro Cultural, dimos un paseo por la costanera y cuando vinieron se acostaron y quedaron planchados, sin medicación. Quiero decir que esto es más eficaz que cualquier pastilla. Además de eso

otra vez vino otro enfermo, también que estaba de alta, pero que dos por tres venía al Hospital; venía con mucho frío, su casita (pobrecita la casita de ella no tenía gas y se le llovía), con mi marido no lo pensamos dos veces, la llevamos a nuestra casa. La felicidad de esa pobre enferma fue incalculable. Ella mirando televisión, contenta y calentita en mi casa. No por eso nos sentimos mal, al contrario, para nosotros es muy gratificante poder ayudar a estos enfermos. Hemos hecho con gran esfuerzo una vuelta hospitalaria en Viedma; y esa vuelta sirve de terapia para nuestros enfermos. También estamos con ellos trabajando en grupos terapéuticos. No los abandonamos nunca. Estamos continuamente trabajando. Sabemos que es muy difícil para muchos comprender esta enfermedad, pero yo creo que no hay nada mejor pago, más gratificante, que poder salvar a una persona de su propia destrucción; por eso nosotros lo estamos haciendo y seguiremos haciéndolo. Nada más. (*Aplausos*).

Dra. Graciela Natella: Bueno, hablar después de Bety la verdad que cuesta pero yo voy a intentar transferir un poco el trabajo que estamos haciendo en lo operativo. Yo soy psiquiatra, trabajo en Río Negro desde hace casi seis años y estoy a cargo de un servicio de Salud Mental de Viedma. Lo que iba intentar hacer era contar el trabajo, y me cuesta mucho, a lo mejor más que hacerlo; es un trabajo difícil, y apasionante, pero difícil. Contarlo, creo que por eso estamos todos ¿no? porque uno solo... es muy difícil de hacerlo.

Tal vez estos principios que Hugo traía, los principios de la desmanicomialización, para nosotros funcionan un poco como nuestra teoría, y estos principios, esta teoría se pone en práctica, como decía Hugo, en tres niveles: uno es el sector salud —los hospitales—, las instituciones y los otros sectores sociales, la comunidad en general.

Voy a empezar por el primer principio, esto que Hugo decía de rescatar los recursos sanos presentes en todas las personas. Bueno, creo que sin haber practicado este principio hubiera sido muy difícil nuestra tarea, creo que quizás no se hubiera podido realizar. Porque esto que finalmente significaba armar equipos de trabajo con gente que se iba acercando a partir de su sensibilidad, de su necesidad, de que se convertía en referente natural de otros y entonces, bueno, eran los referentes más apropiados para seguir apoyando o para sostener a otro fue lo que permitió —como decía antes— que se armaran equipos multisectoriales con gente que provenía de distintos lugares y de distintos saberes, y esto nos enriqueció mucho porque pudimos combinar lo que fueron los saberes populares con los saberes científicos, el aprender todos un poco de cada uno, esto de hacer circular el conocimiento, la posibilidad de acceder a nuevos aprendizajes.

Esto permitió, además, una capacitación de todos en prácticas alternativas en salud, en salud mental, en el trabajo que veníamos llevando a cabo y conformó

verdaderos equipos de trabajo donde, bueno, en algún momento el eje de ese equipo era el agente sanitario, era el maestro, era el médico, era un agente de minoridad... Podía ser quien en ese momento estuviera más cerca de la situación a la cual había que dar respuesta y que más legítimamente podía darla.

El segundo de los principios que Hugo mencionaba, que era el abordaje de la crisis mental en el lugar en que se producía se, tradujo en —también lo comentaba él— la apertura de servicios de salud mental en muchos lugares en donde en un primer momento no existían, pero fundamentalmente la posibilidad de internación en todos los hospitales de la provincia. Ahí nos empezamos a dar cuenta de que las internaciones, en muchos casos, funcionaban —además de que en algunos casos se justificaban en cuanto a su abordaje técnico—, a la necesidad de una estrategia de máxima como es para nosotros la internación, porque no había familia que posibilitara una contención de esa persona con sufrimiento mental o porque la crisis englobaba a toda la familia y no se podía procesar con alguno de los familiares que contenga la situación en su domicilio. Pero ahí nos dimos cuenta que muchas de las internaciones tenían que ver, más que con una necesidad de un abordaje psicopatológico, con otro tipo de abordaje: en general eran internaciones sociales, así y todo en el hospital general. Nosotros además internamos en salas generales en la mayoría de los servicios de la provincia y más en aquellos que no tienen servicio de salud mental.

Entonces, las internaciones servían para lo que nosotros, muchas veces, denominábamos “estrategias terapéuticas” que eran el abordaje específico que necesita una persona cuando está en una crisis, y esa estrategia se armaba con los recursos que teníamos, de distinto orden. Y la internación servía para eso: servía, por ejemplo, para encontrarle un lugar para vivir, porque no lo tenía para recomponer lazos familiares. En general, digamos, las más prolongadas tenían que ver con esto, con personas que habían perdido su situación, su familia, su vivienda, y funcionaban más como este tipo de sostén, sostén que afuera no existía.

La estrategia terapéutica para nosotros es un instrumento de primer orden por esto. Es una estrategia que va dirigida a la situación que se nos presenta, no está armada: se arma según lo que está pasando y en el momento en que está ocurriendo, y por eso van apareciendo recursos nuevos, porque, a lo mejor, vamos a un barrio y no sabemos lo que vamos a encontrar, qué es lo que está pasando cuando nos llaman, cuando hay una urgencia. Y allí, en esa situación se van armando nuestras posibilidades de apoyo, de ayuda a esa persona o esa familia en crisis, cuando esa crisis se producía en un lugar donde no había un recurso técnico —que yo decía que este recurso operaba con su formación previa— nosotros nos trasladábamos a los lugares de la provincia —es una provincia muy grande, creo que es la tercera en dimensión del país— nos trasladábamos con lo que nosotros denominábamos “patrullas”. La patrulla salía del hospital que tenía recur-

so de salud mental hacia la localidad que no lo tenía y, en algunos casos, nos trasladábamos por ejemplo en un día 300 km, 200 km para llegar a ese lugar en donde no había recurso de salud mental.

Apoyábamos al equipo de salud general que estaba trabajando con esa crisis y, en general, lo que hacíamos era no solamente trabajar con el paciente o con la familia en crisis, sino trabajar con la comunidad hospitalaria, y muchas veces — la mayoría de las veces— hacíamos lo que llamábamos “asambleas comunitarias” donde se citaba a todos los referentes de ese lugar que podían aportar o que tenían algo que decir con respecto a la situación.

En este momento, estamos trabajando —justamente aquí está presente el director de Minoridad de la provincia— y estamos trabajando con ellos en una patrulla por una situación que hay en una población cercana a Viedma, en que nos trasladamos gente de Minoridad, de Salud Mental, de Justicia, de distintos sectores para resolver la problemática de una familia que la Justicia tiene un dictamen de quite de la patria potestad de los menores, que están a cargo de sus padres, por ahora. Esto obligó a que nosotros nos trasladáramos allí y que empezáramos a armar un trabajo de sostén de estos padres —ambos psicóticos— para que se pudiera sostener esta paternidad que nosotros creemos que toda persona tiene derecho a ejercerla y de ser sostenido para poder ejercerla.

Acá me están diciendo del tiempo, bueno. Los casos creo que son lo más rico de nuestro trabajo, las situaciones: hacer una asamblea en una comunidad para evitar el linchamiento de un paciente y —como decía Hugo— que la gente finalmente terminara hablando de sus problemas y de su propia violencia y no de la violencia del otro. Bueno, esto lo van a seguir comentando mis compañeros. Y del último punto —y ya término— que es de esta intervención nuestra en la resolución de las necesidades básicas de las personas como parte de su salud mental, hacemos cargo de esas necesidades para que otros luego se vayan haciendo cargo —otras instituciones— por ejemplo: personas sin trabajo, sin familia, gestionar pensiones por discapacidad, generar grupos de trabajo, grupos precooperativos, tramitar viviendas —nosotros tenemos un Instituto de la Vivienda en la provincia que en general está trabajando en planes de viviendas populares—.

Todo esto es un poco como que van bajando estos principios en estos sectores: en los hospitales, trabajando con los pacientes, con los sectores institucionales, permanentemente con la Policía. Toda esta estrategia terapéutica a la cual yo aludía incluye el trabajo con estos sectores: Policía, Educación, Minoridad, Justicia, las instituciones de la comunidad. Y después, el trabajo en los barrios —bueno, Bety comentaba algo y se va a seguir comentando— y doy paso... (*Aplausos*).

Dra Analia Broide: soy médica a cargo del servicio de un pueblo, de El Bolsón, al sur de la provincia, es un pueblo cordillerano de 15.000 habitantes. Es muy po-

co lo que puedo agregar porque Graciela creó que tocó casi todos los puntos.

Lo que yo podría tomar del trabajo es cómo en este momento... comencé a trabajar sola en el sector de salud mental del hospital, recién hace tres años formamos un equipo de dos psicólogos con un recuperado de alcoholismo y yo. Y en este tiempo desde el 84 hasta ahora, se han insertado en la comunidad algo así como 72 personas que hubiesen sido manicomializadas.

Con la escasez de recursos —yo me acuerdo que en el 79 cuando llegué a trabajar al hospital estaba como médica generalista—, de Salud Pública se me dijo que no se necesitaba un profesional “psi”, que lo oportuno será que me traslade a Allen porque en ese momento el hospital psiquiátrico estaba allí, y solamente me quedé como para hacer ver la necesidad de un profesional “psi” en el lugar, y empecé a trabajar con la gente, con la gente en el hospital y con la gente en el barrio.

El hecho de seguir trabajando —porque todavía hoy hago guardia de médica generalista— me permite seguir teniendo un vínculo muy fluido con los profesionales “no-psi” del hospital, y sentirme muy integrada con el grupo profesional que, en un principio, tenía tanta resistencia a nuestro trabajo. En este momento, todo el hospital es un aliado terapéutico, todos trabajamos juntos: desde la gente de cocina como el chofer. Estuvimos haciendo tres años una huerta comunitaria en donde participaban pacientes con sufrimiento mental para que pudiesen tener un sueldo: el sueldo era comida o un bono solidario, que en ese momento se estaba repartiendo por el municipio. La huerta era sostenida por los trabajadores de mantenimiento y choferes del hospital junto con los pacientes.

Lo otro que quería agregar era un caso: el caso de Tito, un paciente —una person— que quería ser expulsada del pueblo. Un muchacho que en este momento tiene 30 años y desde los 17 tuvo su primera descompensación, a la que se le agregó una atrofia frontal progresiva y un alcoholismo. Tenía muchos problemas cuando tomaba: se ponía muy violento, muy agresivo, y para peor de males vive en un barrio residencial de El Bolsón, porque por experiencia sabemos que los barrios marginales son mucho más contenedores. Estos barrios son totalmente expulsivos.

La manera como fuimos trabajando desde hace tres años, —Tito está en la comunidad—, trabaja en el hospital, en la huerta comunitaria, anduvo tan bien durante dos años que se hizo como una bolsa de trabajo en el hospital. Le venían a pedir trabajo, se peleaban entre los trabajadores del hospital para llevárselo para que hiciera la huerta, él colaboraba con su familia con alimentos y con dinero que se llevaba. Los fines de semana, los trabajadores del hospital se turnaban para llevárselo a la casa, venía a casa; cuando está muy mal —y no es favorable que esté deambulando por la calle— nos turnamos, los que estamos de guardia pasiva lo llevamos alternativamente a la casa de cada uno para contenerlo, porque de esa manera facilitamos el hecho de que no tome. Bueno, no se me ocurre nada más. (*Aplausos*).

Elda Ravena: soy hija de un alcohólico y mi hermano también es alcohólico. Soy agente sanitario y el rol que cumple el agente sanitario es el de hacer salud primaria, o sea, llevar acciones de prevención y promoción de la salud a una determinada comunidad. En Viedma se hace en los barrios, y mediante visitas programadas.

A partir del año 88 nos integramos algunos agentes sanitarios a trabajar en alcoholismo. Esto implicó dificultades con nuestros compañeros, porque trabajábamos por ahí fuera de horario y ellos nos decían que nos pasábamos en reuniones y que esto era perder el tiempo, pero con el tiempo creo que fueron reconociendo un poco lo que estábamos haciendo, desde nuestros propios compañeros hasta los jefes, y conseguimos la extensión horaria como reconocimiento a este trabajo, ya que el grupo GIA es un grupo institucional de alcoholismo y, como tal, creemos que la institución debe hacerse cargo también del problema.

Yo siempre digo que tengo la suerte de ser agente sanitario porque llegando a la vivienda me encuentro con una familia, con personas que necesitan ser escuchadas, que necesitan contar sus propios problemas. Y bueno, me siento, tomamos unos mates, comemos tortas fritas, y entre charla y charla, y especialmente escuchándolos, detectamos entre otros problemas, problemas de salud mental, de alcoholismo, y hacemos nuestra derivación, luego los médicos nos encargan al paciente y lo vamos a visitar, le damos la medicación, o sea que estamos en contacto de persona a persona.

Es un trabajo muy lento —yo digo de hormiga— porque es lento, silencioso, que a veces no se ve porque por ahí los resultados no son inmediatos. Así que el médico de nuestro periférico últimamente nos está pidiendo abrir un grupo de alcoholismo ya que todo barrio no escapa a esta necesidad. Alcohólicos hay en todas partes, y nos tenemos que tomar un tiempo: el de sentarnos, el de reflexionar, el ponernos de acuerdo en lo que vamos a hacer, o sea el de ir haciendo un cimiento firme como para que las dificultades nos tambaleen pero no nos tiren.

No sé, había escrito tantas cosas como para no olvidarme pero creo que el tiempo es poco. Bueno, esto será todo. (*Aplausos*).

Julieta: Bueno, yo soy agente sanitario. Hace tres años que estoy trabajando como agente sanitario y hace muy poquito tiempo estoy trabajando a nivel central. Yo también estaba haciendo terreno, como mi compañera, y hace muy poquito empecé a trabajar a nivel central para hacer un programa de radio. Al principio yo me preguntaba cómo un agente sanitario iba a hacer un programa de radio, con muchos miedos, ya que anteriormente la que lo conducía también era un agente sanitario y me animé, empecé el programa.

El programa, más que todo, era para la comunidad. La comunidad era la que participaba: hacíamos concursos de recetas donde las propias mujeres de los ba-

rrios se encargaban de inventar recetas y todos los meses se sorteaba y se sacaba una receta. El premio era una orden de compra; también estaban quienes iban a la radio, eran especialmente la gente del barrio, los pacientes, los alcohólicos que estaban en recuperación, las enfermeras, especialmente la gente que no tenía posibilidad de ir a un medio de comunicación.

Muchas veces he recibido críticas porque utilizaba un lenguaje sencillo, que era el lenguaje que se usa en el barrio, y bueno, empecé y últimamente he tenido muchos problemas ya que para poder conducir el programa de radio se me habían hecho planteos como que tenía que hablar únicamente de salud. Entonces yo le preguntaba al director: "qué es hablar de salud?" y él me decía que "hablar de salud únicamente era decir qué prevención se podía hacer, pero no organizar a la gente".

Acá me dicen de dónde era la radio. Bueno, yo digo que es Radio Nacional (*Risas*) y una vez, cuando hablé el año pasado, por ejemplo, de las Jornadas e hice entrevistas a los villeros que se estaban organizando, yo preguntaba qué era lo que pasaba con Viedma que Viedma no se estaba organizando, dónde estábamos, porque muchos pedíamos que se hiciera algo a beneficio periférico, pero nosotros dónde estamos? el periférico es nuestro y nosotros nos tenemos que organizar. Desde que dije eso, empezaron a mirarme con otros ojos o con otras cosas, como por ejemplo, cuando una vez puse un tema de Piero, que es *El regalaio* y les decía yo a la gente que no enganchara tanto en la música sino en el contenido de la letra. De ahí en adelante el director empezó a elegirme la música: me dijo que yo ya no podía elegir la música, él me hacía la selección musical.

Y lentamente así me fui privando de muchas cosas, como por ejemplo, cuando quería hablar de las organizaciones me decían que no se podía, que cuando yo empezara a hablar algo me iban a cortar el programa. Como yo siempre iba a la radio, a pesar de que yo no hacía la selección musical, por ejemplo, iba a la radio y me encontraba con que no había selección musical. Se improvisaba a último momento, me encontraba muchas veces sin operador técnico o sin el locutor que estaba a cargo.

Igual seguía, hasta que llegó un momento que bueno, fui y la radio estaba cerrada. Se había dicho que no se tenían las llaves, y otros compañeros no habían podido hacer tampoco el programa de radio. Últimamente, hace menos de un mes, fui a hablar de vuelta con el nuevo director, y me dijo: "bueno, vamos a hablar a calzón quitado. Las cosas son así. Yo lo único que quiero es que se haga un programa de salud, y que se hable nada más que de salud". Entonces yo le decía qué era para él salud, nuevamente. Entonces me dijo que bueno, "que tratara de hablar sobre salud, que invitara a los médicos". Entonces yo le dije que los invitados eran la comunidad, que yo hablaba de los problemas, y me dijo que algo había sentido de mí, que si quería hacer el programa no podía decir nada, absolutamente nada en contra del presidente ni en contra del sistema.

Entonces yo quedé en contestarle, que yo realmente así no podía trabajar, que eso no era salud mental para mí. Y hace como tres o cuatro meses que no se está haciendo el programa, y es una lástima porque había mucha gente que escuchaba el programa, especialmente la gente del barrio, escuchaba y aparte ellos se sentían protagonistas de todo eso. Aparte, no sólo eso estaba haciendo sino que también estoy siguiendo a pacientes que tienen internaciones domiciliarias y que los voy a visitar, les llevo la medicación, van también a mi casa. Por ahí cuando, por ejemplo, se me hace tarde o no tengo con quién dejar a los chicos los llevo, los chicos ya conocen a los pacientes. Cuando me olvido un fin de semana de ir a verlos, ellos me recuerdan: "mami, vamos a ver a Rosa", también mi marido, a pesar de que no está trabajando en salud pública, también me pregunta sobre los pacientes o me dice: "vamos a verlos".

También estoy trabajando en la parte de alcoholismo, empecé a coordinar grupos de alcoholismo porque yo también tuve una madre que fue alcohólica, y también viví acá en Buenos Aires y vivía en las villas. En ese tiempo nadie, pero absolutamente nadie la pudo ayudar a ella. Cuando fue a pedir ayuda la quisieron llevar a un neuropsiquiátrico, y ella dijo: "loca yo no estoy", así que no fue. Trató de hacer todo lo posible para salir adelante, pero hace trece años que la perdí y realmente en ese momento yo no pude hacer nada.

Desde ahí fue que me planteé de empezar a hacer algo, pero no sabía qué. Y cuando empecé a sentir de los grupos, me enganché y empecé a tratar de trabajar por los otros pacientes, y me decía: bueno, ya que yo no había podido hacer nada por mi madre, de poder hacerlo con otra gente, con otra madres o con otros padres, que no pasen lo que yo pasé. Eso es lo único que yo quiero decir. (*Aplausos*).

Mane: Bueno, yo soy asistente social, trabajo en el equipo técnico central y también en radio, pero en la radio como infraestructura, o sea, trabajo en la Red de Radio Rurales que es una red provincial que intenta integrar distintas redes zonales.

Es una red para atender a localidades de la Línea Sur y nosotros llamamos Línea Sur a esa zona de la meseta que va rodeando —si Uds. miran ahí, hay una línea de ferrocarril que va desde Viedma hasta Bariloche— toda esa zona mesetera es lo que nosotros llamamos Línea Sur. Es una zona pobre, con un clima muy riguroso, con población dispersa y donde tenemos pequeños hospitales y también comunidades rurales.

En esos hospitales nosotros tenemos diseñado un sistema de comunicación que, si bien en estos momentos está proyectado en su totalidad para toda la provincia, está implementado en algunas. Intenta atender demandas comunitarias, emergencias sociales y también demandas institucionales. Y yo les quiero decir

que nosotros consideramos a la comunicación no como un privilegio sino como un derecho y como un derecho a la vida y a la subsistencia en esos lugares, porque la comunicación en esos lugares está específicamente, muchas veces, para salvar vidas, para vencer la soledad de los agentes sanitarios, de los maestros rurales que viven en estas condiciones de aislamiento. Porque es muy distinto concebir comunidades rurales aisladas e incomunicadas que concebir comunidades rurales comunicadas.

Y yo les voy a comentar un ejemplo: por las noches, la gente que se queda a hacer guardia puede utilizar este servicio, —es permanente, es comunitario y es gratuito— cuando quieren y en el momento en que lo desean. Y era habitual que un agente sanitario de un puesto de Naupa-Huen, que dista de su hospital de cabecera 280 km, que es Cipoletti, a eso de las 11 ó 12 de la noche le tocara la guitarra y le cantara a sus otros compañeros que estaban, por ejemplo, en el Hospital de Los Menucos, de Ñorquinco o de Jacobacci. Y es permanente toda esta integración que hace la gente entre sí. Y Uds. dirán cómo esto que es infraestructura tendría que estar en el Ministerio de Obras Públicas o tendría que estar a cargo de un ingeniero. En Río Negro partió de una necesidad concreta de atender a la gente y pertenece al Ministerio de Asuntos Sociales, depende de la Dirección General Técnica, del ILI y está a cargo de un asistente social.

La comunicación no es un programa en sí mismo sino que es complementario de otros programas y de estos subprogramas y tiene un carácter eminentemente integrador interdisciplinario. Por eso nuestra relación con Salud Mental es de complemento, de coordinación y de apoyatura. (*Aplausos*).

Patricio Infante: soy alcohólico en recuperación. Estoy coordinando un grupo en el Hospital de Villa Regina, en el Alto Valle del Río Negro, tengo 47 años, soy padre de siete hijos, mi recuperación se debe a que pude llegar al GIA de General Roca —del Hospital de General Roca— donde hice mi tratamiento y después hice el curso de pasantía para trabajar en alcoholismo y armé el grupo en Villa Regina, precisamente el 15 de julio cumplió tres años de actividad este grupo que se llama “Cruz del Sur”.

Mi carrera alcohólica empieza, más o menos, a los 20 años. Fue muy fuerte, terminé muy deteriorado, no solamente yo sino todo mi grupo familiar, una crisis total y muy aguda, muy profunda. Terminé tomando día y noche y ahora los compañeros me cargan porque dicen que ahora tomo “Noche y Día”, que es un jugo de manzana... (*Risas*). Pero por suerte llegué al grupo y allí dejé de chupar sin tomar ni siquiera una aspirina.

Y cuando fui al grupo me pasó algo muy anecdótico, porque yo llegué al grupo que pertenecía al Servicio Social del Hospital y llegué con la idea de que había algún doctor, algún psiquiatra, algún especialista que me iba a dar un re-

medio mágico o que me iba a hacer, qué sé yo, la terapia o qué sé yo lo que me iba a hacer, pero el médico ese me iba a hacer el tratamiento. Y resulta que me encontré con un borracho que estaba medio rengo ahí en el hospital (*Risas*) y ese fue el que me hizo la terapia (*Risas*). Que permitió que después de haber chupado durante 24 años y haber terminado en la última miseria más abyecta, en el sufrimiento, en la soledad, en la tristeza, en la pena, en la angustia, en la pobreza, en la miseria, ese borracho rengo me dio el suficiente apoyo, el suficiente empujón para que en este momento esté aquí en esta Aula Magna tratando de hacer mi aporte a esta magnífica gente que ha concurrido a las V Jornadas de Atención Primaria para la Salud junto a un formidable equipo en Salud Mental de mi provincia, Río Negro, habiendo sacado a mi familia de la miseria, habiendo recuperado la salud, habiendo recuperado el poder de discernir, habiendo podido recuperar muchas cosas y, al mismo tiempo, adquirir otras como, por ejemplo, tener un empleo, tener esta formidable tarea de trabajo en Salud Mental y, más allá de eso, dedicarme a la política de tal forma que, en este momento, soy candidato a Diputado para la Legislatura de Río Negro. (*Risas y aplausos*).

Y digo esto acá en Buenos Aires porque no lo digo allá en la provincia porque decirlo allá en la provincia es otra cosa. (*Risas*). Acá lo decimos como parte de lo que puede significar un borracho que, por lo general, es tan marginado, es tan despreciado, es —como les dijera— causa de tanta repulsión, de tanto asco por parte de la comunidad profesional sobre todo, de esa comunidad que emborracha, de esa comunidad empresaria que tiene la Quilmes, por ejemplo, u otras de alta categoría. De esa comunidad que tiene la cultura alcohólica del vino —la bebida de los pueblos fuertes—, del “destape de nuestro tiempo”, y yo digo que “el destape de nuestro tiempo” es un mensaje a destruir el último recurso que tiene nuestra República que es la juventud, y digo que la “bebida de los pueblos fuertes” es mentira, es la “bebida de los pueblos oprimidos”, de los pueblos subdesarrollados, de los pueblos pobres, que estamos en la periferia tratando de ponernos de pie en esta cuestión tan inteligente que dijeron las primeras expositoras en el panel del domingo, cuando se hablaba de “la integración latinoamericana”.

¿Por qué se quiere unir Latinoamérica, que sufre? Porque tenemos problemas comunes, problemas comunes, agudos, profundos, tristes como es el alcoholismo por una parte y la comunidad científica por la otra, que no logra resolver este problema de la salud mental de nuestro pueblo. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Dr. José Schiappia Pietra: Bueno Patricio, qué se va a hacer. Me tocó después de vos (*Risas*). Yo soy psicólogo, vivo en la ciudad de General Roca y pertenezco a la gente de Salud Mental de la Provincia de Río Negro. Yo, hace 14 años que estoy en la Provincia de Río Negro, y estoy desde el principio trabajando en Salud Mental, así que tengo las perspectivas de lo que era el trabajo en Salud

Mental en Río Negro hace 14 años y las transformaciones que se han dado y las transformaciones que se nos fueron dando a nosotros.

Yo no sé si todo lo que se dice de Río Negro es cierto. Igualmente no voy a ser yo el que va a venir a desmentirlo. Lo que sí creo es que están sucediendo cosas. Están sucediendo cosas que en el caso mío —porque yo voy a hablar un poco por mí, por mi experiencia— comenzaron, creo yo, cuando pude comenzar a tomar cierta distancia institucional. Yo no sé si es posible a todos los trabajadores de la Salud Mental esa experiencia. En el caso mío sucedió así y comencé a trabajar un poco en lo que yo llamo la periferia institucional, en los márgenes: los márgenes de horario, los márgenes del espacio donde se realiza el trabajo diario. Por distintas circunstancias.

Y ahí comencé —comenzamos, ya que tengo que generalizar porque somos varios— a entender otra cosa de aquello que se llamaba loco. Yo no sé si por estar en el margen empezamos a entender el loco como marginado. Y de alguna manera, eso de marginado reemplazando a eso que era enfermo, propiedad de corporaciones hospitalarias. Y de alguna manera, por haberlo visto marginado y sentido marginado, pudimos comenzar a pensar estrategias que apuntaban a otra cosa en lo que llamábamos cura.

La cura tradicional eran curas basadas en lo psíquico o basadas en lo orgánico. Y nosotros, desde esta marginalidad y desde esta percepción del enfermo como una cosa marginal —enfermo mental— comenzamos a trabajar estrategias de cura basadas en estrategias de abordaje social. Equipos de intervención en crisis, de reinserción social de pacientes internados, o sea, distintas experiencias que nos empezaban a dar otras perspectivas de aquello que se llamaba enfermo.

Y si bien no sabíamos bien qué era eso de curar, teníamos la esperanza de que también a nosotros se nos diera eso de que la cura viene por añadidura. Seguíamos tratando de trabajar para reinsertarlo a esas estructuras primarias, referentes de su identidad, que normalmente lo habían expulsado. Cuando hablo de estructuras primarias referentes de identidad —o instituciones primarias— Uds. pueden pensar en la familia, pensar en grupo de amigos, grupo de trabajo, vecinos, y obviamente abrirá estructuras secundarias —o instituciones secundarias— que deberán reemplazar a esas primarias y lo internaban, obviamente lo deshumanizaban.

Bueno, yo creo que este fue el trabajo que empezamos a hacer. Empezamos a hacer un trabajo sobre la marginación de las personas que padecen sufrimiento mental, y nos pasó algo —y nos pasa algo— muy interesante: que cuando empezamos a trabajar no sabemos qué hacer. O sea, todo el instrumental que nosotros tenemos, en general nos resulta inútil a la hora de planificar un tratamiento. Nosotros decimos que el saber más importante es aquello que vamos a descubrir entre todos. Y todo el que traemos de alguna manera no nos sirve, porque si sir-

viera ya estaría solucionado el problema.

Y es así, es así. Muchas veces tenemos la famosa frase: "qué hago, me lo llevo a mi casa? Yo creo que en esto hay una especie de fe, fe o esperanza, no sé cómo decirlo. Uno sabe que comenzando el trabajo conjunto comienzan a aparecer instrumentos que no los teníamos en cuenta cuando hacíamos el análisis previo. O sea, el camino lo hacemos andando, y esto creo que Hugo lo relata en los principios de Salud Mental.

Esto nos lleva a dos cosas: una, que en Salud Mental nosotros creemos que debemos trabajar en equipo por una simple razón: tenemos que ofrecer algo en reemplazo de lo perdido a la persona para que desde allí pueda recuperar aquello perdido. O sea, el equipo, y de ahí la necesidad de que estos equipos sean equipos bastante sanos y bastante entrenados, diría yo, en la cosa ética —por lo menos en la reflexión ética— porque ofrecerse a un otro que sufre como soporte para que desde allí pueda recuperar lo perdido, no es fácil, y no es tarea para nadie solo.

Por ahí hay un dicho que dice: "Si puedo lo hago solo, si me ayudan lo hago, y si no me ayudan, también". Yo creo que no. Solo no puedo, acompañado puedo —si me dejan solo no puedo—.

Eso nos lleva a la conformación de lo que nosotros llamamos la interdisciplina, que integra —como Hugo ya había dicho y dijeron varios acá— los mismos pacientes, familiares de pacientes y demás. O sea, lo que integramos son distintos saberes, que se ponen sobre la mesa y a partir de ahí se elaboran técnicas y estrategias a partir de las cuales tratamos de salir del paso. El saber médico, el saber del psicólogo, el saber de los asistentes sociales, el saber del vecino, distintos saberes.

Esa es una de las cosas que yo rescato de este trabajo rionegrino. Lo otro que rescato y creo que iba a ser énfasis del trabajo en Río Negro —o por lo menos lo que yo he hecho. lo que veo que hacen otros equipos— es el trabajo comunitario. Por trabajo comunitario mucha gente puede creer que significa andar por la calle, andar embarrándose en el barro más periférico o andar por las chacras. Eso no es el trabajo comunitario.

Trabajo comunitario significa trabajo en salud mental como un enfoque comunitario. Uno puede hacer un enfoque comunitario desde el mismo consultorio de un hospital, si es necesario. Pero el enfoque comunitario —esto no es idea nuestra, es idea de Bleger, creo— implica que uno además de la cosa del deseo y del vínculo, tiene que tener en cuenta la cosa del poder, por ejemplo. La cosa de las organizaciones de la comunidad, son todas cosas que pesan a la hora de hacer una estrategia, un abordaje: la envidia, los celos, cosas aparentemente no tenidas en cuenta en otros tratamientos.

Cambia el encuadre; en encuadres tradicionales nosotros ponemos las normas. En encuadres comunitarios las normas están puestas y hay que descubrirlas y respetarlas.

Y bueno, hay dificultades. Nosotros decimos que cada vez que atendemos un caso atendemos el sistema que lo contiene, el sistema que le da solución; o sea, nosotros trabajamos casos y sistemas simultáneamente. Yo creo que los casos son fáciles, el problema es el sistema. Los problemas son los sistemas, esas estructuras institucionales que nosotros somos, que contienen, dan referencia a las personas, le dan una salida. La modificación de toda una estructura. En Río Negro estamos en una larga lucha por modificar una estructura manicomial que, como dijo Hugo, va más allá de una pared sino que es un montón de normas y señales que nos marcan todos los días y en las cuales nosotros nos movemos y que, bueno, demolerlas y fundar nuevas cuesta mucho.

Tenemos un serio problema, por ejemplo. Nosotros esto lo estábamos discutiendo hoy. Mario Testa cuando estuvo en Río Negro tuvo la experiencia: hay tanta diversidad de miembros y tanta horizontalidad en nuestra práctica que nos dificulta mucho el nivel de conceptualización en la capacitación, por ejemplo. Y yo no le veo mucha salida en este momento, esto está en plena reflexión. Cómo hacemos para hacer una capacitación conjunta con esta heterogeneidad de niveles de conceptualización y de conocimiento previo?

Yo creo que otra dificultad es que nosotros cuando hacemos el trabajo hacemos el trabajo hospitalario convocando a todo el hospital, pero no necesariamente todo el hospital está dispuesto a aceptar nuestra propuesta y nuestra convocatoria. Y nosotros no podemos trabajar solos, pero tampoco podemos obligar a los hospitales a que respondan a nuestra propuesta. Esto es persuasión, no obligación. Obviamente, tenemos decisiones a nivel político que nos aprueban, que nos dan todo el aval, pero no pasa por ahí. Pasa por un trabajo más largo quizás. Es todo una dificultad. Y bueno, Hugo, yo paro acá (*Aplausos*).

Dr. Hugo Cohen: Antes de pasar a la última intervención —dado que acertamos porque bueno, más bien empezamos tarde—, quedaría un compañero nada más para el cierre de esta primera parte, yo le pedí a los compañeros que no han podido intervenir que al menos den nombre y apellido y qué es lo que hacen.

Soy Noemí Graciela Mourekán, soy socióloga, becaria del CONICET, trabajo con el equipo de Río Negro en investigación de las percepciones y representaciones sociales de la salud mental.

Soy Mara Lemunao, soy hija de un enfermo alcohólico en recuperación.

Soy Alberto Lucio, médico psiquiatra del Hospital de San Antonio Oeste. (*Aplausos*).

Soy P. Randazzo, soy alcohólico, llevo dos años en recuperación. (*Aplausos*).

Soy Miguelina Lemunao, soy hija de un alcohólico en recuperación. (*Aplausos*).

Soy Rosita, soy agente sanitario y estoy trabajando también en el hospital como

coordinadora en alcoholismo y haciendo seguimiento de los pacientes que sufren enfermedad mental. (*Aplausos*).

Soy Horacio Juliá, a mí me toca ser abogado. No ha sido una suerte serlo, trabajo con el equipo de Salud Mental hasta donde mi propia salud mental me da. (*Aplausos*)

Liña Yanfil*: Bueno, no sé por qué a mí siempre me dejan para lo último, pero... (*Risas*). Lo importante es que estoy presente. Me voy a presentar: algunos me conocen acá, yo soy Jacinto, soy enfermero, trabajo en Salud Mental en el Hospital de Viedma. Soy coordinador de alcoholismo porque soy un borracho que hace diez días cumplí 22 años de recuperado.

Agradezco la presencia de todos Uds., estoy muy contento y perdónenme si me emociono por ahí porque estar acá es muy importante para nosotros los indios. Alguna vez, pensando hoy, caminando con otro paisano que tengo por acá cerca pensaba: "pensar que al indio Manuel Namuncurá lo trajeron acá para darle dos estrellas para conformarlo cuando lo derrotaron. Y hoy al indio Liña Yanfil viene a hablar sobre su trabajo de alcoholismo, sobre su trabajo de enfermero aquí en Buenos Aires, esta gran ciudad donde todavía no me puedo acostumbrar a pesar de que ya hace tres días que estoy". Porque paisano nací, Uds. me van a perdonar. Quiero saludarlos en mi lengua a todos Uds., porque me siento indio realmente porque soy el único negro, parece, que anda por acá.

Todos los otros son *huincas*. Bueno, *Inchú*, *Jacinto Liña Yanfil ta fei capanta pata guan ni ta ni tan umu' panta Buenos Aires fren ten que che' poo fo ni tan...* Bueno, si quieren se lo voy a transmitir en casulla (*Risas*) porque si no, me van a correr Uds. (*Aplausos y Risas*). Me van a correr pero no creo porque... Yo estuve acá en unas Jornadas en las Aulas Magnas, todo difícil, yo no entendí nada (*risas*). Bueno, entonces este parece el desquite (*Risas*)...

Hablaron mucho de la red, bueno, yo en una oportunidad dije que la red está armada pero está muy enredada, especialmente acá en Buenos Aires (*Aplausos*). Está muy enredada y tenemos que desenredarla. Perdónenme pero soy sólo un paisano, vio, a un paisano por ahí cuando se le despierta el indio engancha (*Risas*).

Bueno, les voy a contar un poco de mí... discúlpeme doctor, me va a tener que dar cinco minutos más, (*Risas*). Les voy a contar un poco de mi experiencia de borracho: Yo nací en Charunday provincia de Río Negro allá donde a los pobres indios los corrieron... allá nació este paisanito que está acá hoy en Buenos Aires. A los 9 años me vine al pueblo porque nos corrieron de donde estábamos, nos corrieron los turcos, qué lamentable... Y a los 11 años, de tanto sufrimiento, de tanto ver sufrir a mi padre y a mi madre, me hice alcohólico. Empecé a tomar

* Nota de los editores: Las expresiones en mapuche fueron transcritas fonéticamente en la medida de lo posible.

vino, bueno, seguí mi carrera de alcoholismo. Yo a mi juventud no la conocí, porque la pasaba borracho nomás; trabajaba, tenía que trabajar en el campo para estar fresco. Eso me llevó a una miseria muy grande, me enfermé, estuve muy enfermo, pero era todo a raíz del alcohol.

Y hoy estoy muy contento porque estoy recuperado. Un gran amigo acá que tenemos me llevó al Borda, y yo le decía: "acá casi vine yo" y ellos me decían: "ai vos hubieras venido acá, no salías más". Solamente por el alcohol, porque nosotros los indios no somos locos, todavía estamos con la cabeza bien sana; lamentablemente —yo decía el otro día— la locura de los huincas empezó cuando me empezaron a matar todos los indios, hace 500 años queridos amigos, queridos compañeros. Quiero que esto lo tengan presente Uds. y lo analicen porque este indio, a lo mejor, está hablando macanas, porque tiene a veces mucha bronca adentro porque lo han matado, le han sacado todo y no le han dejado nada.

Por eso decía yo que hace 500 años empezó la locura, y hoy nos queremos curar. Este indio también está para atender locos y para curar locos; a lo mejor, alguna vez, va a curar locos. Y esta oportunidad que nos dan a nosotros de venir acá —igual que al indio Patricio, paisano con el que hemos conversado— bueno, hemos cambiado ideas y estamos muy bien, así que estamos al servicio de los locos, al servicio de los borrachos, y eso a nosotros nos da una satisfacción. Nosotros tenemos, lamentablemente, una vida muy difícil, pero hoy, gracias a Dios, estamos pasando por un momento muy bueno, muy lindo, por eso estamos acá con Uds. Yo, en agradecimiento, les voy a decir cómo yo me recuperé: yo me recuperé solo, hermanos míos —y discúlpenme que les diga hermanos, pero yo soy así, el indio es así, cuando quiere a la gente dice hermanos, cuando no los quiere no dice nada— buscando el río, volví a mi cultura, volví a mi lengua, les hice *Nguillatán* a mis *tachaos* les decía a mis *tachaos*: (pronuncia una frase en mapuche), me lamentaba a mis *tachaos*, mi padre, Dios y la tierra y ahí empezó mi recuperación. Iba al campo y lloraba porque no aguantaba estar en mi casa, escuchaba a los pájaros —qué lindo escuchar a los pájaros, qué enseñanza grande que tenemos nosotros de los animales—. Yo a veces pienso que nosotros hemos superado a los animales, los animales son ejemplos a comparación de algunos seres humanos que vivimos en esta tierra.

Y ahora, para terminar, yo les voy a presentar una cosa muy importante que traje, que la tengo hace 25 años, que fue mi compañera cuando yo me sentía triste, cuando me sentía amargado y no hallaba qué hacer. Si Uds. me permiten, les voy a presentar a mi compañera, a mi querida e inolvidable compañera, que mi hijos dicen: "papá, no te separes nunca. El día que te mueras te la vamos a poner en el cajón". Queridos amigos, queridos hermanos, muchas gracias y que Dios los bendiga a todos. (Aplausos).

(Comienza a tocar una canción con su acordeón a piano, todos empiezan a

acompañar con palmas, luego aplauden y vivan).

Lic. Sandra Fagundez: Yo quiero hablar de mí —y ya hablé de esto hoy por la mañana y lo repito ahora para un grupo más chico— gran alegría de estar acá y poder hablar con gente, encontrarme con gente con la que ya estuvimos juntos en este proceso de democratización y de producción de vida de la salud, de salud mental, que es nuestro campo de trabajo.

Aquí tuve la oportunidad, y estoy teniendo la oportunidad, de encontrarme con gente como Vicente Galli, el Dr. Mario Testa, que me presentó —y no es fácil ser presentada por el Dr. Mario Testa— a Rubén Ferro, encontrar a Teresa Ragno, de Bari, Italia, encontrar a una vieja conocida sin conocerla, casualmente, que es Diana Mauri, también de Italia, que están acá presentes y a los compañeros del interior de Argentina con los que hemos trabajado constantemente juntos, como de Entre Ríos el Dr. Elerman, el personal del viejo conocido —no personalmente, tampoco— como Chacho, de Santa Fe y bueno, Mario, de Rosario y la gente con la que nos hemos encontrado constantemente en estos últimos seis años, fuera incluso la gente que también encontré, y con mucho cariño, en una situación muy especial en Cuba en unos encuentros de psicoanálisis y de psicología marxista, con algunos de ellos nos encontramos todas las veces, los tres años que estuvimos ahí y a otros apenas la primera vez en el año 86 y Silvia Bermann, que yo rescato acá como una persona con la que nos encontramos ahí, y Ulloa.

Poder estar acá, hablando de esta experiencia es una larga historia. Hablo de una trayectoria que no comienza con nosotros que estamos acá. Comenzó con una historia antigua —y qué lindo poder hablar de la música— con nuestra historia de América Latina y que, si por el habla, por nuestro lenguaje, por la intelectualidad, incluso por la gestión del sector salud no podemos encontrar antes, sí nos encontramos por esta civilización indígena que estaba acá antes de nosotros. Y una de mis grandes emociones, de mis grandes impactos, fue encontrar a gente indígena aquí en este equipo y en el taller que tuve ayer por la tarde, y encontrarme con indígenas es encontrarme con mis raíces. Yo decía a uno de ellos que mi familia es indígena y, entonces, hablar indígena, tocar la música es una identidad e integración cultural, que tenemos necesariamente que rescatar para luchar contra la fragmentación a la que estamos sometidos por esta política de ajuste que nosotros conocemos tan bien en nuestro cotidiano y que es tema de esta Jornada.

Yo pienso entonces —como Mario Testa me enseñó— de la necesidad de crearnos, más allá de las categorías del sistema económico en que vivimos, crearnos sí condiciones de integración social que construyan la historia y que rescaten la historia de nuestro pueblo del pasado para que podamos construir el futuro, tener un proyecto de futuro que convoque a nosotros y que convoque a las

generaciones que vienen por ahí.

He pensado que otro impacto que tuve fue que cuando llegué acá y vi a esta mesa compuesta así. Y me sentí muy contenta, por un lado, porque ahí se siente un proceso, donde la posibilidad de toda la gente de ocupar el lugar principal, y es soportar la mirada de toda una platea y mirar a toda la platea, y esto significa que ahí hay un rescate de lo que nosotros llamamos en Brasil —en nuestra lucha de salud y salud mental— de rescate de la ciudadanía. Y quizás incluso no se trate de un rescate sino de una construcción de una ciudadanía plena de nuestros pueblos.

Y encontrar entonces a toda la gente acá presente, con ganas de hablar y teniendo que ser cortada de hablar, teniendo un nombre, teniendo una historia de trabajo, me parece que es la concreción de lo que significa este proceso de rescate de la ciudadanía, y pensé qué lindo sería si en las VI Jornadas cada provincia de Argentina pueda presentar no un proceso semejante, sino un proceso propio, y que pueda contar su historia como fue contada la de Río Negro. Acá, en este momento y con relación a salud mental.

Y claro que tuve el impacto desagradable de no estar presente ahí, en esta mesa como invitada para hacer este comentario, pero después me pareció que estaba bien, no era mi lugar. Acá es muy difícil entrar, acá ya tienen una patota (*Risas*) y yo no participé directamente de ese proceso, yo acompañé, yo me solidaricé con este proceso y continué solidarizándome, pero no soy lo mismo en relación al equipo.

Y pensé también que me parecía, la extrañeza era por esto, porque en mi país nunca pasó esto. Nunca vi esto de que un invitado extranjero esté en una mesa (*Risas*), creo que hace parte también de nuestras cronificaciones, en que siempre estamos al borde de nuestros conflictos narcisísticos, nuestros conflictos que no son solamente narcisísticos, que son los conflictos de la historia, de las dificultades, de los muros creados en relación a la integración, el problema de género en relación a hombre-mujer. Se suscitan una barbaridad de cosas cuando se toma una actitud como esta (*se ríe*) y lo que es de hecho desmanicomialización y lo que es una repetición y una identificación con nuestro enemigo que nosotros permanentemente estamos atacando y denunciando sus contradicciones.

Y este es el proceso, creo, de desinstitucionalización como aprendemos junto a los italianos y de desmanicomialización. Cuáles son nuestras cronificaciones, cuales son nuestras cristalizaciones, qué logros ya obtuvimos con este proceso de transformación y cuáles son los otros desafíos que tenemos cotidianamente y en términos de proyecto social en relación a nuestros pueblos. Yo empecé así señalando la importancia de recuperar la voz, y que acá, en la presentación de esta mesa aparece, cuando toda la gente quiere hablar; y cómo es difícil este lugar: es una conquista poder hablar de un proceso y de un trabajo en un área tan marginalizada como la que nosotros mismos vivimos. Y cuando nosotros mismos mu-

chas veces producimos esta marginalidad.

La otra gestión es —y hablaba con Mario viniendo para acá— que tenemos que recuperar nuestros sentidos en términos de nuestras glorificaciones. Tenemos que reaprender —y muchas veces aprender por primera vez— a escuchar, a hablar, a sentir, a tocar, a danzar, a oler... gracias (*se ríe*)... y a comunicarnos de otra manera que no sea solamente por la palabra. También por la música, por la danza, y por ahí tenemos una comunicación muy fuerte. Ya sé que hoy por la mañana trabajaron con radio: fue muy importante y bastante integrador acá, y ahora, terminando esta presentación con la música, no hace falta que sea señalado lo que produjo en cada uno de nosotros esta música.

Y ahí aparece cómo tenemos trabajo construyendo muros que en la sociedad, en los pueblos no existen, por la música por ejemplo, que es una prueba de esto. Esta música yo la conozco de mi infancia, y yo viví siempre en Brasil, en una provincia frontera que es Rio Grande do Sul. Y ahí yo quería hablar un poquito de qué está pasando por ahí, que también estaba en la invitación que los organizadores me hicieron.

Quiero señalar que este proceso de desmanicomialización ya existe, es parte de un proceso que tiene sus idas y venidas, tiene sus avances y retrocesos, tiene sus períodos marcados, nuestros períodos de mayor democratización y de menor democratización, y hasta de represión violenta, pero felizmente en noviembre de este año en Caracas, la Organización Mundial de la Salud en cooperación con Italia hizo un Encuentro Latinoamericano de Reestructuración del Servicio de Psiquiatría, donde estuvieron representantes de todos los países de América del Sur, seguramente, y firmaron esta declaración, que propone justamente la transformación del servicio señalando el fracaso de los manicomios en relación a la gestión de salud mental específicamente.

Y propone entonces que los presupuestos de salud mental sean pasados a los servicios comunitarios de salud y salud mental, y no más a los hospitales psiquiátricos, y se trabaje para su extinción gradual y la creación de servicios alternativos, que en todas las experiencias conocidas en que hubo inversión seria de los países muestran que son resolutivas en relación a la gestión de salud mental. Que los recursos humanos tengan su formación fuera de estas instituciones y sí en lugares de la comunidad. Y el tercer hecho, el tercer fundamento de esta propuesta es en el campo legislativo: que se transformen los servicios, que se capacite gente, que se modifique la legislación en relación a la gestión de salud mental. Y de ahí pasar a trabajar con categorías como fue trabajada en Río Negro, de sufrimiento psíquico, de crisis, puede ser un camino, importante camino de ruptura en relación a nuestros preconceptos y muros creados en relación a los identificados como locos.

Y cada uno de los países que estuvieron presentes —Argentina estuvo pre-

sente también— firmaron el compromiso de empezar a desarrollar procesos en este sentido. Pero yo creo que la Organización Mundial de la Salud solamente consiguió producir este encuentro no por iniciativa exclusiva suya y por un rasgo de progresismo que tiene.

No, la Organización Mundial de la Salud produjo esto por el proceso que ya hay en el mundo, principalmente en Italia, y porque ya existe este proceso en desarrollo en nuestros países en América Latina. Tuvimos que hacer muchísimo trabajo todos nosotros en relación a la transformación, probar que es posible la transformación sin reconocimiento oficial desde los organismos internacionales para que creemos las condiciones e, incluso, para que la OMS produjera este proceso.

Yo señalo esto para valorizar los procesos locales desarrollados en nuestros países, y que, sin ellos, probablemente esta reunión no hubiera ocurrido: no habría condiciones que determinaran esa reunión; o serían muy vacías. Y en mi país, hay movimientos de salud mental de los trabajadores, de los cuales yo soy parte y que se van a reunir en Porto Alegre este fin de semana y que tienen en este momento como una bandera de lucha la aprobación de la ley Paulo Delgado, que es un diputado federal de la provincia de Minas Gerais del Partido de los Trabajadores. Esta ley ya fue aprobada junto a los diputados federales, se está tramitando hoy en el Senado para su aprobación. Y esta ley propone: la extinción progresiva de los manicomios, la creación de alternativas locales y la regulación a la internación compulsiva. Son estos tres los ejes de la ley.

Y estamos en un momento crítico de la aprobación. Esta ley nos permitió, primero, una unidad en relación al movimiento. Y es fácil sentir cómo es difícil a través de una red, de un movimiento tener unidad: muchas veces —algunos compañeros de la salud dicen que los mentaleros, como nosotros mismos nos llamamos los de la salud mental— son muy narcisistas y ombliguistas, o sea, muy volcados hacia nosotros mismos y a veces nos perdemos en algunas diferencias mínimas y perdemos las grandes banderas de lucha como la creación de vida, la producción de cultura, de espacios de libertad. Y la discusión sobre esta ley nos permitió esta unidad y, como nosotros mismos decimos, pasamos a estar bien entre nosotros mismos, nos tratamos bien, nos respetamos y hasta gustamos unos a los otros. De la música que cada uno canta en versión diferente. Nuestro país es extremadamente diversificado y no sólo por la cuestión de la cultura sino también por la cuestión de las líneas teóricas, del trabajo, del partido al que pertenecemos, y esta lucha mayor nos permitió también un intercambio, un crecimiento muy grande.

Y, por otro lado, una ley que haga posible un proceso de democratización que legitima por un lado el proceso ya descrito.

Esta ley tiene doble consecuencia: por un lado, legitima el proceso que ya está en marcha en mi país, porque no es uniforme en todo el país; por otro, presionar a

las autoridades a tomar una actitud, de crear alternativas, porque la financiación, por ejemplo, y el presupuesto van a ir para servicios alternativos y no para creación de hospitales. Y para no extenderme, yo traigo aquí un pedido, una moción de apoyo incluso, a esta ley de este foro, de este plenario para llevar a esta reunión en la que esta presente este sábado y domingo.

Yo quiero decir con esto que debemos continuar en ese proceso: la aprobación de la ley puede poner la cuestión de salud mental, ese problema de salud mental como una cuestión social, y movilizar actores sociales hasta entonces no movilizados en relación a esta cuestión.

Y es necesario, incluso una vez aprobada la ley y ésta es la situación también de Río Negro, continuar ese proceso de consolidación de este avance para continuar legitimando este proceso que la legalización no es suficiente: es necesaria pero no es suficiente. Y es necesario un esfuerzo de la militancia sociopolítica —y una vez más nombrando a Testa— para que este proceso continúe avanzando, consolidándose y legitimándose y que sea procreado, y que, la próxima vez que Río Negro se presente, la gente, por ejemplo, no hable de su profesión necesariamente, porque yo estaba pensando: “cuánta cosa silenciada y cuánta cosa se tiene que hablar. ¿Por qué no se presentaron como el mapuche, como de dónde son, dónde nacieron, qué edades tienen? ¿Por qué a veces se prefiere la presentación por la función que se ejerce o por la patología que caracteriza a nosotros o a nuestros familiares?”. Creo que ahí también hay una necesidad de proceso de continuidad de avance para tener cada vez más coherencia con el proceso de participación y de construcción de una identidad. Gracias, eso es todo. (*Aplausos*).

Dr. Hugo Cohen: Bueno, antes que nada el agradecimiento a Sandra y las disculpas —en este caso no fue por una conducta patoteril de Río Negro sino por una desorganización de nuestra presentación—, así que esperemos tener realmente varias oportunidades más para compartir esta lucha juntos en todos los lugares. Gracias. (*Aplausos*).

VILLA CONSTITUCION: UN PUEBLO EN LUCHA. LA CONSTRUCCION DE UNA PROPUESTA EN SALUD (Ponencia)

COORDINA:

Ruben Efrom

EXPOSITORES:

Alberto Piccinini, Omar Bouvier e Iris Valle

Alberto Piccinini: Para quienes no conocen un poco la historia de la Seccional Villa Constitución, podríamos decir que nuestra lucha comienza —mejor dicho comienza a trascender— por los años 73-74, donde nosotros encabezamos una resistencia. Eramos la oposición a la dirección nacional de la UOM; ganamos las elecciones en el año 74, alcanzamos a estar cuatro meses en el sindicato, después nos detienen, se produce un conflicto de 60 días, ese conflicto es quebrado a sangre y fuego, donde mueren en un año alrededor de 30 compañeros. La detención nuestra fue en el mes de marzo del año 1975; luego de la represión muchos de nosotros pasamos unos años en cárcel.

El activismo fue despedido, o sea que quedó destruida la organización, y la posterior represión durante el proceso militar hizo que quedara desmantelado el sindicato.

Cuando comienza la etapa del gobierno constitucional, volvemos a recuperar el sindicato mediante elecciones. Primero en enero del 84 y luego en las elecciones oficiales en todo el gremio de la UOM en noviembre del 84.

A partir del año 84, bueno, volvimos algunos compañeros viejos al sindicato; volvíamos con una experiencia vivida, volvíamos sabiendo que habíamos sido los sobrevivientes de esa etapa tan dura para la clase trabajadora y también recogiendo algunas experiencias. Eso explica el por qué nuestra relación con la dirección nacional fue diferente, porque nuestra política fue la de tratar de no co-

meter viejos errores del pasado, ms allá de que siempre vamos a seguir reivindicando nuestra lucha del año 74 o 75, pero sí con una mayor madurez política. En función de esa experiencia fue que nosotros empezamos a trabajar tratando de formar a los compañeros.

La represión había diezmado los cuerpos de delegados, comisiones internas, y eso indicaba que había que hacer un trabajo de recomposición de los cuadros del sindicato en todos sus niveles.

Teniendo en cuenta esa realidad, nuestra política fue la de tratar de llevar adelante una línea que nos permitiera ir ganando espacio, que nos permitiera ir formando a los compañeros y, además, tratar de aprovechar la experiencia en cuanto a cómo se debe luchar —esto lo recalco en función de que ha habido y hay todavía diferencias con compañeros, compañeros de algunas organizaciones políticas y otros compañeros independientes, en cómo se debe luchar, que muchas veces con ligereza se habla de luchar o no luchar, yo creo que ese aspecto no debe ser discutido, porque nadie va a discutir si tiene que luchar o no—. Los trabajadores van a conseguir cosas en función de su lucha, nunca le han regalado nada. El asunto es cómo se debía luchar.

En función de esa línea nosotros fuimos tratando de formar a los compañeros, fuimos tratando de formar algunos equipos técnicos para que nos sirvieran de apoyo. Fuimos tratando de meternos más en la cuestión política porque sabíamos que todas las consecuencias que padecíamos los trabajadores tenían que ver con la política. Nuestro trabajo apuntaba fundamentalmente a crear la conciencia; primero la conciencia de clase de los compañeros y, segundo, a que tomaran conciencia política. Que los compañeros se ubicaran dentro de la sociedad, que conocieran cómo estaba estructurada la sociedad, cuáles eran las estructuras de poder y esto es en función de que nosotros habíamos llegado a la conclusión de que ya en la historia había muchos compañeros muertos, muchos compañeros despedidos, muchas luchas heroicas y muchos mártires, pero que solamente sumaban derrota y que era importante que rompéramos el ciclo de acumulación y acumulación y derrota.

Uno revisa la historia y se va dando cuenta que todos los trabajadores que fueron fieles a su causa, que fueron honestos, llegaban a un pico, venía la represión y después de unos años de represión, de lucha, había que recomenzar de nuevo a formar los nuevos cuadros, ya sean los delegados, las comisiones internas y las comisiones directivas. Por el otro lado, los viejos dirigentes sindicales comprometidos con el sistema, comprometidos con las patronales, seguían manteniendo sus privilegios y sus lugares de poder dentro de las organizaciones obreras.

Es en función de esa política que nosotros apuntamos a una línea de no confrontación en vano; entendíamos que había que luchar en la medida en que la relación de fuerza nos permitiera hacerlo y asegurarnos que no íbamos a cosechar

una nueva derrota. En función de eso fuimos trabajando y fuimos dando una política también para que los compañeros que participaban en el sindicato estuvieran preparados, no solamente para la lucha de oposición, para la confrontación, para la marcha, para el paro, para las manifestaciones, sino que entendíamos que el sindicalismo tenía que estar en condiciones de presentar propuestas alternativas, teniendo en cuenta qué es lo que pasaba en el mundo, teniendo en cuenta cómo se iban modificando los sistemas de trabajo, teniendo en cuenta lo salvaje de la competencia en los mercados incluso a nivel internacional, los trabajadores teníamos que conocer un poco más de la producción y el papel que jugamos nosotros dentro de la producción y en los espacios de poder.

Seguimos entendiendo que no alcanza con decir que los trabajadores son explotados y que los empresarios y las grandes empresas monopólicas son explotadores. Entendíamos que había que dar una respuesta alternativa y por eso la necesidad de participar más políticamente, porque este último conflicto grande que ocurrió en Villa Constitución con Acindar es un conflicto político; se demostró que realmente el conflicto se trasladó a nivel político y si en alguna medida pudimos resistir el embate de Acindar, una gran empresa monopólica en su actividad, con un gobierno y con un Ministerio de Trabajo cómplice de las grandes empresas, con una complicidad que va desde aprobar leyes en favor de la empresa y en quitar derechos a los trabajadores, nosotros tratamos de no quedar solos, aislados en esta lucha. Por eso fue que cuando empezamos a hablar de la reconversión —que esto ya viene desde hace varios años que nosotros estamos hablando de la reconversión—, la reestructuración, el ajuste, porque afortunadamente habíamos tenido posibilidad algunos compañeros de viajar al exterior, de cotejar experiencias con diferentes sindicalistas de los países más desarrollados, también vinieron compañeros aquí a la Argentina.

Habíamos tenido la posibilidad de tener materiales que nos hacían comprender que ese proceso era algo irreversible, que era algo que no se podía eludir y nosotros, dentro de nuestras posibilidades—ya que tampoco poseemos una estructura técnica al nivel que debería ser para defendernos— tratamos de ir preparándonos, vuelvo a repetir con los medios que estaban a nuestro alcance. Y cuando ocurrió la confrontación, nosotros ya habíamos agotado toda la instancia de negociación, y yo quiero aclarar un poco esto, lo de la flexibilización: la reconversión salta en este conflicto de Acindar porque se han dado —podemos decir— tres aspectos de la flexibilidad. En algunos lados, la flexibilidad pasó y nadie se enteró, la sufrieron los compañeros y nadie se enteró; en algún otro lado se intentó resistir y se resistió así confrontando, pero sin ninguna propuesta de alternativa, y el resultado fue una derrota total con la imposición de parte de la empresa de los métodos de trabajo.

Modestamente, nosotros creemos que presentamos una alternativa porque

nuestra actitud no fue la de decir "no, nos oponemos a la reconversión, a la flexibilización". Nuestra actitud fue de presentar propuestas alternativas y de exigir participación en los cambios, exigir una discusión para saber cuál era el destino final de los compañeros que quedaban desocupados. Eso fue lo que originó el conflicto en Villa Constitución. Nosotros veníamos haciendo un trabajo con la población de Villa Constitución; los que conocen la zona saben que la actividad siderúrgica es la que determina la economía de la zona o, fundamentalmente, es la que predomina en la economía.

Entonces, en función de esa pérdida de fuentes de trabajo, fuimos conversando con el pueblo de Villa Constitución, fuimos soportando algunas arbitrariedades de la empresa, pero informando al pueblo de Villa Constitución qué es lo que estaba pasando y qué es lo que iba a venir y cómo se iban a perjudicar. Hicimos conocer a todas las autoridades locales, provinciales, nacionales, los diputados fueron visitados y se los proveyó de una carpeta donde se explicaba qué ocurría en Villa Constitución al gobernador de la provincia. Todas las autoridades estaban informadas de qué es lo que venía ocurriendo en Villa Constitución.

Eso es lo que posibilita que la empresa Acindar no pueda llevar adelante su política de prepotencia y derrotarnos.

En primera instancia, nosotros logramos un acuerdo a mediados del año 90, donde la empresa acepta la participación de una comisión técnica por parte de nosotros en la discusión de los nuevos métodos de trabajo. Esa comisión técnica, junto a personal designado por la empresa, discutieron durante tres meses, y ahí se vió que, aunque con poca preparación técnica, con pocos elementos, nosotros nos habíamos preparado para dar una respuesta a la flexibilización, ya que la empresa no pudo llevar adelante los cambios como ellos querían, y opta en definitiva por el conflicto.

Y yo quiero recalcar esto, porque esto es fundamental en la lucha de los trabajadores: la posibilidad de ofrecer respuestas alternativas.

Hoy nosotros estamos convencidos que ninguna lucha sirve si los trabajadores no somos capaces de presentar propuestas de alternativa a los problemas. Lamentablemente, tenemos que llegar a la conclusión de que en todos estos años hemos venido retrocediendo en nuestras conquistas: hoy se puede asegurar, sin temor a equivocarnos, que la prioridad de los trabajadores es luchar por el mantenimiento de la fuente de trabajo cuando, años atrás, estábamos discutiendo mejores niveles de vida, mejores condiciones de trabajo, bueno, un montón de derechos que son lógicos para los trabajadores y, es cierto, hoy nosotros estamos discutiendo fundamentalmente, nos han llevado a que en este momento pongamos el acento en luchar por la fuente de trabajo.

Y esto lo recalco porque yo sé que ha sido elemento de polémica con compañeros, pero no fundamentalmente con compañeros trabajadores, porque en gene-

ral nosotros podemos decir que discutiendo nos entendemos. Más que nada esto ha sido fruto de polémicas de grupos políticos, de grupos políticos cuya función es solamente la destrucción, de grupos políticos que solamente saben hacer trabajo de oposición, pero no están en condiciones, ni se preparan para hacer conducción, simplemente hacen oposición: critican, destruyen, y ven todos los males que existen pero no hay propuestas de alternativa y de salida. Y esto yo sé que después incluso en el debate va a surgir como elemento de polémica, pero lo digo conciente de eso porque yo creo que es necesario que hagamos polémica, que hagamos la discusión política, porque es fundamental para los trabajadores. Porque en una etapa como la que nosotros estamos viviendo, donde todo el país se enteró del conflicto de Villa Constitución, todo el país vio cómo este general golpista trató de descalificar nuestra lucha, cómo este militar que lo único que sabía y sabe en su vida es reprimir, cómo perdió la chaveta y en forma autoritaria quiso descalificar nuestra lucha, cómo ante tremendo peligro y ante esta situación, cómo algunos grupos políticos que dicen defender los derechos de los trabajadores lo único que hicieron fue atacarnos a nosotros y ponernos a la altura de los burócratas que entregan los intereses de los compañeros.

Bueno, eso lo tiro para que después en el debate lo conversemos, lo discutamos, porque es fundamental para la lucha de los trabajadores que haya claridad política.

Pero volviendo al conflicto en sí, lo que yo quiero remarcar es que aun hoy, en una situación de retroceso, en una situación económica donde —vuelvo a decir— la prioridad es el mantenimiento de la fuente de trabajo, y sabemos los que tenemos algunos años y conocemos de esto cómo opera en la conciencia del individuo el temor a la pérdida de la fuente de trabajo, más en una situación y una actualidad como la que tenemos hoy, pero cómo a pesar de toda esa situación nosotros logramos modificar en alguna medida esa situación de pasividad y cómo revertimos este atropello autoritario de la empresa; cómo nosotros fuimos entendiendo que no era posible enfrentar esa lucha, una lucha a todo o nada, que no era conveniente que la confrontación fuera de lleno y más teniendo en cuenta que el conflicto se inició en la etapa donde mucha gente estaba de vacaciones. Cuando los primeros despidos, muchos compañeros estaban de vacaciones.

Y esto lo quiero hacer notar porque en esto radica fundamentalmente el criterio de lucha, cómo se pelea. Nosotros fuimos resistiendo con medidas parciales, con asambleas, con movilizaciones, con un trabajo en la prensa local, informando a la gente, pero tratando de no desgastar a los compañeros, porque ese es un elemento fundamental en toda lucha. Un ejército pelea hasta que tiene municiones, y en los trabajadores está demostrado que las luchas grandes y desgastantes son todas derrotas, porque en determinado momento, en Villa Constitución, había 3.200 despedidos y era un pueblo que estaba parado, y era un pueblo que sobrevivió gracias a la solidaridad de muchos trabajadores y de mucha gente,

porque muchas familias pudieron comer en función de que iban con sus familias a la carpa a comer, durante todo ese tiempo, y esto no es exageración. Esto los compañeros que nos visitaron pudieron comprobarlo.

Y también lo que se demostró: cómo en ese momento la solidaridad permitió que la fábrica no nos derrotara, permitió que los compañeros estuvieran permanentemente rotando los turnos en la entrada de fábrica, permitió que las mujeres de los compañeros se integraran a esta lucha, y estaban no solamente haciendo la comida y participando, sino también estaban en los piquetes, en las puertas, evitando que entrara el personal fuera de convenio, que entraran los jefes. Cómo participaron los chicos permitió ver que la creatividad de los trabajadores es inmensa. Cómo se organizó, cuál fue la respuesta que se dio.

Nosotros podemos asegurar que lo de Villa Constitución si bien no fue una guerra ganada, en esa etapa, para nosotros, fue una victoria. Pero no fue una victoria por lo que conseguimos de la fábrica, sino que fue una victoria por lo que no le permitimos hacer a la fábrica.

Toda esa resistencia que se pudo dar, porque yo quiero que nosotros entendamos que debemos pelear contra un solo enemigo; nosotros peleábamos contra Acindar, nosotros denunciábamos el atropello de Acindar, denunciábamos la pérdida de fuente de trabajo de los compañeros. En esa pelea pudimos estar junto a nuestro pueblo, a la gran mayoría y junto a la opinión pública. Y yo lo destaco, porque detrás de objetivos bien claros y comunes es cuando se mueve la mayoría de la gente.

Había gente que había propuesto tomar la fábrica desde el inicio del conflicto. Bueno, habíamos entendido que no era conveniente, lo discutimos y se vio que era un error, porque si nosotros hubiéramos tomado la fábrica, teniendo en cuenta experiencias anteriores no muy lejanas y teniendo en cuenta la etapa en que estábamos viviendo, el momento político, hubiera sido un suicidio. Nosotros llegamos a darle una lucha pero con todo el pueblo junto detrás de un objetivo que era el de todo el pueblo, no era solamente el del sindicato: había toda una población luchando en defensa de la fuente de trabajo.

Y, a veces, esto originaba algunas críticas de los compañeros o de algunos grupos políticos, que dicen: “¿Por qué no denuncian que el gobierno forma parte también de esto!”. Pero vaya novedad de que el gobierno forma parte, si el gobierno es el que está impulsando este proyecto económico con la complicidad, bueno, mejor dicho lo manejan las clases dominantes con la complicidad del gobierno.

Pero vuelvo a destacar que nosotros, en función de la experiencia vivida en el año 74-75 y vuelvo a reiterar para que no haya confusión: una lucha que reivindicamos totalmente. Pero en el 75, nosotros peleamos contra todos: nos peleábamos contra la fábrica, contra la burocracia sindical, contra el Ministerio de Trabajo, contra el gobierno. No había ningún enemigo más dando vuelta por ahí, que no lo hubiéramos enfrentado. Y el resultado fue lo que vivimos: una repre-

sión muy grande, con un resultado que no lo hubiéramos evitado tampoco así, porque era toda una etapa política, todo un momento político, y la represión más allá de Villa Constitución se hubiera dado igual. O sea que Villa Constitución no hubiera modificado todo lo que estaba pasando en política.

Pero sí aprendimos que cuando se da una lucha en ese terreno, y un sector vence al otro, es una agudización de la lucha de clases, porque desde mi punto de vista —tal vez alguno no lo pueda compartir— pero aunque el presidente diga que se acabaron las ideologías, la lucha de clases sigue existiendo, y cuando se agudiza la lucha de clases, el que tiene más fuerza y más poder se lo hace sentir al otro, y en función de ese poder que tenía la clase dominante, en esa etapa, ocurre lo que ocurrió.

Y en función de esa experiencia, y en función de analizar cuál es la relación de fuerza en este momento, nosotros desarrollamos nuestra lucha de esa manera. Una lucha que no terminó, por el contrario, falta mucho. Pero fue una instancia de la lucha, fue una etapa de la lucha.

Teníamos diferentes alternativas, nosotros creemos que hoy, a pesar de un futuro nefasto para los trabajadores y para nuestro país, todavía seguimos peleando. Y el asunto es seguir peleando, no gastar toda la fuerza en una batalla heroica y después desaparecer de la escena, y entonces quedan los recuerdos, quedan los elogios a una lucha heroica, pero queda una nueva derrota. En función de esa línea, nosotros pudimos hasta ahora soportar el avance de la empresa Acindar y sabemos que nosotros solos no lo vamos a parar, por eso el compromiso es cómo juntamos las fuerzas, cómo juntamos todas las luchas que están dispersas, cómo los trabajadores, aun en esta etapa, todavía tenemos posibilidad de revertir esta situación negativa que estamos viviendo.

Pero, ¿cuál es el camino? y vuelvo a repetir: el camino tiene que ser una participación más activa en política. Tiene que haber una conciencia política más profunda en los compañeros, y ése tiene que ser el compromiso. Los trabajadores tenemos que participar políticamente y sin confundirnos, sin confundir los roles en cuanto a qué rol cumple el sindicato y qué rol el partido político, porque si no estaramos cometiendo los mismos errores que criticamos, pero los trabajadores tienen que ser dueños de su pensamiento político, y los trabajadores tienen que jugar roles de importancia en la dirección política, en las definiciones de fondo, en cuál es la línea para llevar en los conflictos, en las decisiones de fondo.

Porque hay mucha gente que habla de la lucha: habla de la lucha, pero después, cuando una lucha mal llevada o equivocada trae como consecuencia pérdida de puestos de trabajo —y cuando no son mayores las consecuencias—, a esa gente que no le afecta directamente la lucha, por más que sean buenas personas y bien intencionadas, no están sabiendo nada de lo que es la vida de un trabajador: solamente se limitan a dar exposiciones teóricas que son necesarias, que son

importantes y que tenemos que reconocer los trabajadores que sin ese complemento teórico, nosotros nunca vamos a alcanzar la claridad necesaria.

O sea que no estoy subestimando la teoría, pero esa teoría tiene que ser complementada con la práctica. Con la práctica de todos los días, con la práctica de los trabajadores para poder saber qué piensa, qué tiene en su cabeza el trabajador que puede perder su trabajo, porque no es lo mismo alguien que tenga la posibilidad de encontrar una salida laboral a alguien que, a lo mejor, todo su capital era su fuente de trabajo. Entonces, a veces, las discusiones se dan en función de las posturas con los compañeros, y algunos compañeros dicen: "Y bueno, pero Uds. están confundiendo a los compañeros, Uds. están llevándoles ideas equivocadas", y nosotros les decimos que no. O sea que las propuestas que nosotros presentamos a los compañeros no son las que nosotros quisiéramos, bueno, porque sin temor —digamos— yo puedo decir que quiero que se haga la revolución en nuestro país. Yo quiero cambiar y modificar la sociedad, yo quiero vivir en un mundo diferente. Pero con ese discurso yo no les voy a solucionar el problema a los trabajadores, o sea, eso es lo que quisiera yo como dirigente, pero para eso hay que trabajar y hay que empezar a trabajar desde lo chiquito, y hay que empezar a trabajar desde solucionarle el problema al compañero y hay que tratar que ese compañero tome conciencia de dónde va a estar su verdadera liberación: que no alcanza luchar por el aumento de salario o por el mantenimiento de la fuente de trabajo, que hay que luchar por un objetivo mayor. Pero para eso, es necesario darle los elementos a los compañeros trabajadores, para que vayan procesando ellos y descubran la necesidad de hacer la revolución. Porque si alguien se la quiere imponer, los compañeros la van a rechazar porque no la entienden.

Entonces, ¿cómo se ayuda y cómo se puede ayudar mucho desde la teoría a los trabajadores? Bueno, es dándole los elementos teóricos para que los trabajadores sean los que procesen el conocimiento, para que sean dueños del conocimiento, y no que se lo presten. Porque esa ha sido nuestra experiencia, porque esa ha sido mi experiencia, y yo no me olvido de mi conciencia de trabajador individualista que el sistema me había metido encima. Que yo era un trabajador metalúrgico, y después tenía otro trabajo para tratar de solucionar mi problema individual y que, afortunadamente, hubo compañeros más esclarecidos que me hicieron comprender que debía luchar por algo más que los aumentos salariales o las pequeñas conquistas.

Y me hicieron comprender que, para luchar por mis hijos, no alcanzaba con que les diera una casa, alimento y estudio, sino también que tenía el compromiso de luchar por una sociedad mejor, para que mis hijos vivieran en ella. Pero eso lleva un tiempo, lleva un proceso, porque al principio, como todo trabajador que no conoce, como toda persona que le tiene miedo a lo desconocido y por las prácticas y experiencias vividas, a mí no me da ninguna vergüenza decir que yo

rechazaba cuando me venían a hablar políticamente o algunos grupos venían a darme material para que leyera. Y esa es una actitud casi, a veces, permanente del compañero nuevo, del compañero que recién se inicia, y más cuando se viene de una práctica como de la que vinimos nosotros, donde se trató de destruir —y en alguna parte se logró— lo mejor que teníamos, con la muerte y desaparición de una cantidad de compañeros que hoy hubieran sido verdaderos dirigentes políticos y que, como consecuencia de toda esa represión, estamos soportando un gran atraso en la conciencia de los trabajadores, y yo diría de todo el mundo, y que hay que remontar todo ese atraso, que hay que empezar nuevamente esa tarea de esclarecimiento para que nos encontremos armados para enfrentar esta realidad y para cambiar esta realidad.

Porque nosotros queremos cambiar esta realidad, pero también somos conscientes de que la realidad la vamos a cambiar si tenemos fuerza, si tenemos fuerza para llevar adelante los cambios, si tenemos fuerza para ganar pequeños espacios de poder, porque los trabajadores debemos luchar por el poder, pero en serio, no con los discursos, en serio, realmente alcanzando esos espacios de poder.

Esos espacios de poder se empiezan a pelear en la fábrica, desde el puesto de un delegado, de una comisión interna, de una comisión directiva, en el puesto de un concejal, de un intendente, de los pequeños espacios de poder. Estamos hablando en el sistema en el que estamos viviendo: si alguien propone otro sistema u otra vida, podemos conversarlo, pero estamos hablando de esta realidad.

Entonces, es importante, pero muy importante, saber que no podemos pelear solos, que acá todo un pueblo está padeciendo un proyecto económico que responde a los intereses de la minoría, pero también tenemos que hacernos cargo de cuál es la parte de responsabilidad que nos corresponde a cada uno de nosotros, los que conformamos el campo popular. Y parece que no aprendimos; tenemos miles de muertos en el camino, miles de desaparecidos, compañeros despedidos, exiliados, y todavía no aprendimos, y sino, sin comentarios extras, veamos qué es lo que está pasando en el campo electoral en este momento, dentro del campo popular.

Llegan los momentos de unirse y, bueno, aunque nadie pelea por los puestos, en definitiva, se dispersan, nos dispersamos en grupos y seguimos sometiéndonos a la vieja política del sistema. Entonces, eso nos tiene que obligar a pensar y por eso es que nosotros reivindicamos la lucha de Villa Constitución en cuanto a la metodología, y reivindicamos que es una lucha política, o sea que no es una lucha gremial, es una lucha política incluso porque trascendió los marcos de la actividad gremial, porque trascendió incluso los marcos de la fábrica y del pueblo, de la ciudad, donde todo el mundo intervino y donde se demostró que es posible modificar la realidad, siempre y cuando se alcance la acumulación necesaria de fuerza para rechazar este proyecto.

Eso, así sintéticamente, es lo que ocurrió en el conflicto de Villa Constitu-

ción; hay muchos aspectos más que después les digo que incluso me gustaría debatirlos si hay tiempo. Hay otros aspectos que los compañeros van a explicar, pero que nosotros creemos —y vuelvo a repetir— que nos obliga a los dirigentes gremiales a tener en claro cuál tiene que ser la política para luchar —descartando que, bueno, se tiene que luchar— cómo se debe luchar, cómo aprendemos a luchar para modificar la realidad y cuál es el camino.

Una realidad muy dura, nosotros en este momento estamos con una situación todavía incierta, con un acta que se firmó por 180 días, que finaliza en noviembre; con un acta que se discutió durante tres horas y se discutieron cuáles eran los puntos que nos beneficiaban y cuáles los puntos que nos perjudicaban. Porque yo quiero destacar que en Villa Constitución tenemos el orgullo de decir que se practica la democracia, y en serio.

De esto hay testimonios filmados, escritos, participación de la prensa, o sea que hay elementos que corroboran lo que estoy diciendo. Ese acta que se firmó, se discutió durante tres horas punto por punto, y ese acta que se firmó fue una salida al conflicto, fue el mejor resultado que pudimos lograr en ese conflicto. Y ese acta después de tres horas de discutirse punto por punto se votó con 3000 votos a favor y siete en contra; esto lo digo por algunos comentarios de que se había traicionado la confianza de la gente, que se había estafado a los compañeros trabajadores y donde, en definitiva, nosotros siempre sometimos las decisiones de fondo a la decisión del compañero, y porque además yo creo que son los que tienen derecho a definir su destino. Porque hablar de afuera de que la lucha debe seguirse, que no se debe abandonar, que hay que seguir con el conflicto hasta la derrota final de la empresa, hasta que pida perdón la empresa más o menos, es fácil decirlo cuando uno está de afuera, lo mira como espectador y no tiene necesidad de su salario para mantener a la familia. Pero cuando hay que buscar una salida, cuando hay que encontrar la solución a los problemas de sobrevivencia que tiene la gente, entonces es otro el pensamiento.

Los compañeros van a poder explicar un poco más las consecuencias y algunos otros aspectos, porque así como yo marqué aspectos reivindicatorios, también hay consecuencias duras para nosotros: en estos mismos momentos hay una cantidad de compañeros que, si bien tienen un subsidio, están rotando y están suspendidos. Tenemos alrededor de 500-600 compañeros que van rotando la suspensión, y cuya situación es incierta, o sea que es muy posible que esos compañeros sean los compañeros que en noviembre, si no hay ninguna modificación a la estructura productiva, sean los compañeros que sobran, sean el excedente de mano de obra que tiene la empresa con este ajuste.

Por eso nuestra resistencia para aquellos sectores que decían que estamos atrasados en el tiempo, que nosotros no teníamos propuestas alternativas, que nosotros no nos habíamos preparado para la reconversión, bueno, ya he dado al-

gunos elementos de que sí nos habíamos preparado; para aquellos sectores que piensan que nosotros nos negamos a una realidad, les decimos que no nos negamos a la realidad, pero nosotros vamos a seguir haciendo hincapié en algo que es fundamental para nosotros: es la lucha por el destino de los compañeros.

Si aquí hay reconversión, si hay transformación, si hay flexibilización, tiene que ser dada en función de saber cuál es el destino de esos compañeros que hay de excedente, que en definitiva es el problema social.

Me parece lógico que la fábrica se preocupe por la rentabilidad, pero también es lógico y razonable que nosotros nos preocupemos por el problema social, y nosotros agotamos todas las instancias para evitar el conflicto. Nosotros no queremos el conflicto y no queremos el conflicto, y no es porque no queramos luchar, es porque sabemos cuáles son las consecuencias. Las consecuencias son muy duras para los compañeros trabajadores, significa un duro golpe, y teniendo en cuenta cuál es la situación actual, nosotros tenemos el compromiso y la obligación de no desgastar a los compañeros, porque si nosotros insistimos en una línea de desgaste, terminamos en derrotas, se terminan perdiendo los sindicatos, se terminan perdiendo las fuentes de trabajo y se llega al sometimiento como se ha llegado en algunas fábricas, donde la lucha ha sido derrotada y donde se ha eliminado a los principales compañeros que hacían la resistencia y se ha dejado a los compañeros indefensos.

Eso, en definitiva, es lo que quería comentarles del conflicto en Villa Constitución, y después, tal vez en el debate, podamos ampliar y responder algunas preguntas, interrogantes que tengan Uds. Nada más. *(Aplausos)*.

Omar Bouvier: Soy integrante de la Comisión de Higiene y Seguridad. Por la experiencia que habían adquirido, que no era únicamente luchar por reivindicaciones salariales o monetarias, sino que también debíamos estar preparados para luchar por la higiene y la seguridad en el trabajo y las mejores condiciones de trabajo. Entonces, la primera experiencia se hace con tres médicos; los tres médicos organizan entre ellos desde el sindicato a ver cómo podían ayudarnos a nosotros a mejorar nuestras condiciones de trabajo. Eso no le da una participación —no nos da una participación activa— porque no nos podíamos llegar a entender entre los profesionales y los trabajadores, cuáles eran las mejoras, cómo podíamos contabilizar esas mejoras.

Hasta que en el año 86 se crea una Comisión de Higiene y Seguridad que la empresa la ve bien, con buenos ojos, hasta que se comienzan a pedir algunas reivindicaciones. Cuando la empresa se da cuenta de esto, aborta ese proyecto.

A raíz de un accidente fatal de un compañero de trabajo —yo les quiero recalcar acá que en Acindar tenemos una muerte por año de compañeros de trabajo—, una asamblea pide la creación de la Comisión de Higiene y Seguridad, y un

poco se le impone a la empresa la creación de esta comisión. Entonces, allí comenzamos a trabajar con un grupo, con un técnico en Seguridad e Higiene, que nos da los conocimientos que nosotros no teníamos en cuanto a eso, dos médicos y dos psicólogos. El trabajo se hace dentro de fábrica, controlando puesto por puesto e integrándonos a lo que eran los Comités de Seguridad de la empresa — la empresa estaba dividida en seis comités—. En estos comités participaban únicamente los jefes, se reunían mensualmente y discutan los accidentes.

Nosotros, en la primera reunión en la que nos toca participar —únicamente participábamos los obreros, a los profesionales no los dejaban participar, y no participábamos en forma paritaria, sino que a lo mejor, eran ocho o diez jefes y uno de nosotros—. Entonces, veíamos cómo ellos lo primero que preguntaban era si el compañero accidentado tenía los elementos de seguridad. Si tenía los elementos de seguridad decían: “Y bueno, le pasó porque le tenía que pasar, porque es su trabajo o porque es un tonto”. Y si les faltaba algún elemento, como pueden ser los guantes, el casco, los lentes, entonces se tomaban desde ese lugar. Pero nunca pensaban en el trabajo del compañero: el trabajo que estaba haciendo y de la manera en que lo estaba haciendo, si el compañero se sentía bien, comfortable.

Entonces, cuando ingresamos nosotros, ellos se encuentran ya con alguien que les estaba defendiendo desde otro lugar, les está haciendo una contra, y ven que las propuestas que se les llevaba no eran propuestas tontas, de un mejoramiento chiquitito ni nada por el estilo, sino que se le hacían propuestas desde la parte técnica y desde la parte profesional, porque nosotros durante el mes, íbamos sabiendo, pidiéndole a los compañeros que se accidentaban que nos avisaran, que nos dijeran cómo se accidentaban. Sabíamos cómo había sido el accidente, cuestión de que cuando llegábamos a la discusión lo conocíamos de antemano, y ya habíamos hablado con los profesionales a ver cómo podíamos contrarrestar ese problema.

Entonces, la empresa se encuentra con un grupo de obreros que nos les estaba tocando —digamos— de oído nada más, sino que les está conociendo la parte técnica y la parte de los trabajadores, que creo que es lo mejor que cada uno de nosotros conoce: su puesto de trabajo y lo que está haciendo. Así, cuando vamos ganando espacio con esa comisión, hasta conseguimos dos días en la semana en que nos dejan trabajar para hacer únicamente higiene y seguridad dentro de la empresa, que no tenemos que ir a nuestros puestos de trabajo. Y nos encontramos con los primeros intentos de flexibilización, lo que comentaba Piccinini. En esos primeros intentos de flexibilización, nosotros vemos cómo la empresa gira todo en que ellos quieren sacar trabajadores de los diferentes sectores, pero no toman en cuenta la parte de la seguridad e higiene: la carga física, los momentos de descanso, eso para ellos no contaba. El trabajador tenía que trabajar durante las ocho horas y no importaba después si trabajaba en Calorías, si te-

nía que tener media hora de descanso, si no la tenía que tener.

Entonces, dentro de la Comisión Técnica, había un integrante de la Comisión de Higiene y Seguridad. Cuando vamos a las primeras discusiones, la empresa nos dice, realmente, que ellos no habían tenido en cuenta la higiene y la seguridad dentro de toda esta instrumentación nueva del trabajo. Entonces, trabajando, buscando en algunos sectores, conseguimos parar un poco esta flexibilización y mejorar condiciones de trabajo que luego, con el paso del tiempo y lo que ocurrió con todo esto del conflicto, esos sectores quedaron con las condiciones que se habían conseguido impuestas por la discusión con la Comisión de Higiene y Seguridad.

Pero nosotros vemos cómo los patronos, si bien hay una legislación en Higiene y Seguridad, a ella no le dan importancia para nada. Entonces, nosotros nos preguntamos cómo podemos integrar a los profesionales para que conozcan nuestro trabajo y nos den alternativas para salir adelante en todas esas cosas. Así es que, con el correr del tiempo, logramos en una sola reunión que se integre un médico a las reuniones del comité.

No les quiero contar a Uds. lo que pasó en esa única reunión en la que el médico estuvo integrado, por la discusión que se generó dentro del ámbito con los jefes y con la parte médica de la planta. Porque el servicio médico que está en planta es un servicio médico para la ley que figura, pero es más vale un controlador de ausentismo y están en el momento del accidente pero, bueno, se lo trata al compañero, tratan de sacarlo adelante, de que el compañero vuelva a trabajar lo antes posible, pero nada que ver con lo que dice la ley de Seguridad e Higiene en cuanto a que deben controlar los puestos de trabajo, ver cómo está trabajando el compañero, nada de eso. Eso no se tiene en cuenta.

Y esta experiencia, esto que les cuento yo, nosotros vemos que pasa en muchos lugares de la República, porque hablando con otros compañeros nos dicen que ocurre lo mismo con los servicios médicos. Entonces, cuando estamos en discusiones con la Comisión de Higiene y Seguridad, cuando nosotros planteamos la creación de una Comisión de Higiene y Seguridad paritaria, para discutir con iguales valores, con iguales fundamentos, la empresa ahí pone el grito en el cielo. Eso a ellos no les cae bien y en el único lugar en que nos dejan funcionar, digamos normalmente, es en la parte de la Comisión Técnica, que estaba discutiendo la flexibilización laboral.

En una experiencia con los profesionales —y algo que creo que nos llena de orgullo— conseguimos que toda una sección de compañeros, aldededor de 30, conseguimos llevarlos al sindicato y que discutieran con los profesionales los problemas que ellos tenían, problemas en cuanto a hipertensión, problemas sexuales, porque eran compañeros que trabajaban en Calorías o que estaban, por ejemplo, el caso de los gueros, que estaban expuestos a mucha presión desde su

puesto de trabajo con la producción. Y un día uno de los médicos va al puesto de trabajo de un gruero y ve cómo este compañero, controlado por el propio médico, en un minuto tenía que realizar 45 movimientos con la grúa. Entonces, entienden los profesionales, a partir de ahí, los planteos que les veníamos haciendo nosotros y nos comenzamos a integrar mejor para tratar de solucionar los problemas que teníamos dentro de la empresa.

Es así que nosotros teníamos alrededor de 20 accidentes mensuales, accidentes menores, dentro de la empresa. Y con esta participación en un mes conseguimos tener 6 accidentes únicamente. Y así, paulatinamente, si bien no mejoró esta cifra, estábamos en los 6, 8, pero nunca más de 10. Hasta que llega el momento del conflicto, de la flexibilización, cuando cada vez comienza a ponerse más dura la cosa.

En un momento, la empresa llega a implementar la curva gaussiana, que es una forma de calificar a los trabajadores, que va desde 1 a 5. Y en toda sección tenían que tener un 10% de número 1, que eran los compañeros que creían que eran imprescindibles; un 20% de número 2, que eran los muy buenos; otro 20% de buenos, que eran los 3 y después quedaban en la otra franja los número 4 y los número 5. El número 5 era directamente un compañero marginado; a ese compañero que estaba calificado de esa manera se le decía que tenía que retirarse de la empresa.

Ocurre dentro de la planta un hecho: que los compañeros se sienten muy mal, tanto el que era número 5, porque le habían propuesto, le habían dicho que se tenía que ir de la empresa como los otros que querían no llegar a ser número 5. Entonces, la Comisión de Higiene y Seguridad y los profesionales —la Comisión de Higiene y Seguridad desde adentro, pero los profesionales desde afuera— trataron de revertir esa situación para no tener nuevas situaciones de riesgo para nosotros. Es así que, por desgracia, un compañero calificado con el número 5 sufre un accidente mortal. Al cabo de unos meses, la empresa desiste de esa calificación, dice que esa calificación no tiene más nada que ver.

Eso fue denunciado en cuanto ámbito tuvimos nosotros, sea Secretaría de Trabajo, Ministerio de Trabajo, etc. Entonces, Uds. vean cómo la empresa nos va imponiendo situaciones y ellos van creando continuamente sobre nuestras mentes, cómo pueden hacer para tratar de mantenernos con la cabeza gacha. Cuando la empresa ve que dio tanta vuelta, tanto rodeo y no consiguen lo que ellos quieren —ellos querían sacar al compañero, desafectarlo del sindicato, que no tuviera más nada que ver con el sindicato, que el compañero al sindicato lo vea como una cosa así, de lejos, y que hicieran lo que decía la empresa—.

Entonces, ellos, en ese momento, podían hacer lo que querían, sacar los compañeros que querían, ir con su flexibilización donde ellos querían llegar. Eso le dio a la Comisión de Higiene y Seguridad fuerza, salió en contra de la empresa, porque la comisión sale fortalecida de esa situación. Tal es así que cuando la em-

presa ve que por ningún medio puede conseguir lo que quiere, ya sea por la parte de la Comisión Directiva, la Comisión Interna, la Comisión Técnica para discutir la flexibilización, la Comisión de Higiene y Seguridad produce el conflicto que ya les narró el compañero Alberto.

Ahora, yo quisiera pedirles a Uds., que son profesionales, que traten de comprender al trabajador en su puesto de trabajo, que hay libros que son muy lindos, que a nosotros nos enseñan mucho, pero traten de comprender y de ver cómo el compañero, en su puesto de trabajo, es el que les puede dar a Uds. todos los valores, y de donde pueden sacar muchas experiencias, y yo creo que nos van a ayudar a todos los trabajadores a revertir esto de la higiene y salud laboral, porque nosotros tenemos hoy una realidad en lo que sería la parte del Ministerio de Trabajo relacionado a la higiene y la seguridad. Está, diríamos, no sé si totalmente desmantelada, pero hoy eso no existe. Para los trabajadores esa parte de la ley laboral no existe.

Entonces, únicamente lo podemos conseguir desde nuestros puestos de trabajo y desde lo que hagamos. Y nosotros vemos cómo desde las organizaciones sindicales nacionales tampoco se fomenta esto, no se crean las Comisiones de Higiene y Seguridad porque la comisión que tenemos creada nosotros, la tenemos creada en la seccional Villa Constitución y creo que la UOM a nivel nacional, no sé si hay 5 ó 6 seccionales que tienen una comisión funcionando.

Entonces tenemos que ver los trabajadores cómo podemos salvarnos, cómo podemos conseguir mejoras en las condiciones de trabajo junto a los profesionales, que son los que nos van a dar toda la sapiencia, todo lo que ellos han estudiado, todo lo que saben. Porque en estos momentos, yo les vuelvo a recalcar lo que les dije antes, en estos momentos hay dentro de la empresa Acindar, se está trabajando sobre el obrero dentro de la cabeza, tratándole de hacer cambiar el pensamiento al trabajador. Y eso, entonces, nosotros tenemos que ver cómo lo podemos revertir. Gracias. (*Aplausos*).

Iris Valle: Yo voy a intentar relatarles algunos aspectos de esta misma experiencia pero en relación a la problemática y a la concepción de los llamados técnicos que nos hemos acercado a este lugar de trabajo.

En principio había un marco que nos cohesionaba como equipo, que nos venía convocando desde hace mucho tiempo, y era el reconocimiento de que el conjunto de herramientas e instrumentos que podíamos aportar encontraba un muy corto techo, un techo muy importante que era que no teníamos respuesta en relación a cómo se conformaba esta estrategia de aporte o de construcción de un equipo, en función que lo que sí teníamos claro era que teníamos que estar subordinados a lo que definíamos como prioritario que era la posibilidad de contribuir a una estrategia político-gremial.

En esta definición más amplia que es nuestro intento de que los trabajadores recuperen su historia y su saber para ser sujetos de su propia historia, nos encontrábamos con esta dificultad: no tenemos posibilidad a priori de contar con instrumentos que fueran los adecuados en relación a lo que este proceso nos iba a ir marcando. Y, por supuesto que, comenzamos con nuestra tarea muchas veces con ideales muy altos, no?

En principio nos encontramos con que teníamos que caracterizar nuestras limitaciones por el lado de los recursos con los que contábamos y además también otra limitación era poder caracterizar cuáles eran las representaciones con las cuales los compañeros podían ubicarse en esta que nosotros denominábamos su problemática de salud, o si Uds. quieren pensarlo como su proceso de salud y enfermedad.

En este imaginario que los compañeros trabajadores portaban acerca de este área de trabajo, de este derecho que es la salud, venía fuertemente impregnado, en espejo diríamos, por lo que es la demanda habitual tal como se plantea que es demanda según la asistencia previa que se le ha brindado, o sea, fundamentalmente, asistencialista y centrada en la problemática de la enfermedad.

Nuestra expectativa, que tenía que ver con esta cuestión, de la calidad de vida de los hombres, aparecía desde el pedido de los trabajadores como desde el plano de la necesidad en realidad, y lo que para ellos era prioridad tenía que ver fundamentalmente con la preservación de la fuente de trabajo.

Nosotros, el equipo, se fue conformando en su aspecto más amplio a partir de que la UOM de Villa Constitución cuenta con una obra social que, si bien no tiene área de internación, tiene recursos propios de asistencia ambulatoria. Desde el inicio, se pensó en la posibilidad de articulación de este nivel asistencial, con todo lo que significaba trabajar acerca de la salud laboral y la seguridad e higiene dentro de la fábrica. Pero, hasta el momento, no hemos podido articularlo de esta manera, y esto tiene que ver con las limitaciones que nos encontramos en relación a que lo que planificamos, va continuamente sobredeterminado por los avatares de los términos de los conflictos, que se van planteando a nivel político en la seccional.

Las primeras intenciones nuestras tuvieron que ver fundamentalmente con la cuestión de tomar el inicio del trabajo sin hacer una división entre el aspecto asistencial y los otros aspectos del trabajo que tuvieran más que ver con lo preventivo, con lo comunitario y con lo laboral.

El modo en que se encaraba la asistencia tenía que darnos, para nosotros, indicadores, y a su vez, ser un mensaje hacia esa población acerca de la posibilidad de acceder a otro modo de atención en salud. Esto en la práctica se dio así, una cosa que fue bastante bien en el área donde yo trabajo, que es salud mental.

A partir de que las primeras consultas que vienen de las instituciones indus-

triales en relación a nuestro aporte para ellos, tuvieron que ver con que toman como referencia un proyecto de trabajo que habíamos hecho en equipo, al estilo de una experiencia piloto, que era un trabajo comunitario que se hacía desde la obra social sobre un barrio circunscripto de Villa Constitución, que es el barrio San Lorenzo.

El primer pedido tuvo que ver fundamentalmente con la temática de los turnos rotativos. Lo primero que emerge en este pedido que viene desde miembros de la Comisión Interna era que querían comenzar a tomar este problema, que aparecía como fuertemente impregnado en los compañeros, como un malestar en ese momento, pero que, digamos, aparecía en una forma contradictoria.

Se lo denunciaba como malestar, como una problemática grave, pero al mismo tiempo se planteaba, como opción a esto, la cuestión de una reivindicación económica. Por lo tanto, lo que decidimos es no tomar como eje de choque en ese momento esa concepción, entendiendo que, por el contrario, teníamos que intentar adentrarnos en cuáles eran las condiciones que hacían que estos males no pudieran ser pensados no en su resolución sino en su intercambio económico simplemente, y decidimos tomarlo en los términos que se planteaba.

Este trabajo que empezamos, que comienza a confluir con la comisión que estaba funcionando en el sindicato, se ve interrumpido como proceso especialmente a partir de un hecho trágico, que fue una muerte por accidente. Esto se lo explico para que Uds. vean cómo por ahí se planifican ejes de trabajo, pero que se hace muy difícil sostenerlos, más allá que en cada etapa se van recuperando elementos a partir de que nosotros lo que hacemos es subordinar nuestro proyecto de construcción a lo que en ese momento se va determinando como problemática principal dentro del sindicato.

Si bien hacemos un esfuerzo en intentar sostener alguna programación, esto ha sido sumamente dificultoso. Por ejemplo, de esta primer entrada nuestra, que tiene que ver con la problemática de los turnos rotativos, en forma inmediata queda sustituida por la problemática de los accidentes. Inclusive, en ese momento, coincide con que, en la seccional había un grupo de investigación de una Universidad sobre esta temática, que dio pie a que se pudiera plantear lo que Omar recién les relataba, que era la posibilidad de disputar con la empresa cómo tomar esta problemática.

En síntesis, lo que podemos decir es que, cuando nosotros tomamos lo de los accidentes, lo tomamos en término de situación de trabajo, y que fundamentalmente la situación de trabajo se podía recuperar, además, haciendo historia de estos accidentes. O sea, cuando el accidente dejaba de ser un mero emergente, un hecho puntual, y se hacía la historia de este proceso, o sea cuando realmente se hacía carne y concreta esta problemática, con nombres y apellido, con situaciones concretas y con historias de vida concretas, aparecía que el accidente no po-

día ser planteado desde la óptica de la empresa, como lo que ellos llamaban siempre la teoría del error humano.

Y ahí comienzan los primeros momentos de confrontación, donde lo que podemos decir en términos generales es que este proceso que Omar marca como surgimiento de, digamos, como un mismo objetivo, que es la creación de la Comisión de Seguridad e Higiene y los comités por sección, como significó el confrontamiento de dos políticas distintas.

La empresa creo que toma la problemática de seguridad e higiene no sólo porque la gente presiona por esto, sino además porque forma parte de una política que ya estaba pensada previamente, en la cual lo que se intentaba era, en función de la futura propuesta de flexibilización laboral, ir creando todo un consenso acerca de cambios en las condiciones de trabajo, tomados como problema técnico. Con una organización técnica totalmente paralela, se iban a nombrar compañeros delegados a los Comités de Seguridad que no tuvieran dentro de la empresa ninguna relación con las otras organizaciones previas, llámese cuerpo de delegados, Comisión Interna, Comisión del Sindicato, y se plantea como una política justamente de transformar esto de las condiciones de trabajo, en un problema técnico estrictamente, y además que a su vez debilitaba la organización dentro de las fábricas, dividía a los trabajadores y vaciaba a la discusión de las condiciones de trabajo de su contenido político, y lo transformaba en la nueva modernización.

Nosotros, en la discusión, podemos plantear recuperar esto desde otro lugar, intentar convertir esta propuesta de la patronal, y a su vez esta exigencia de los compañeros, en algo que fuera un instrumento propio para los trabajadores. Y creo que eso en el desarrollo de esta Comisión de Seguridad e Higiene quedó claro por el nivel participativo que pueden promover por las secciones y porque además esta instancia, que siempre trabajó en relación a los otros niveles organizativos, creo que tuvo la posibilidad, fue el primer lugar, donde se fue mostrando con claridad algo que hace de detonante en el momento de confrontación con la empresa. Creo que la empresa queda algo así como sorprendida de la posibilidad que tienen los compañeros de transformar el saber espontáneo que tenían sobre su trabajo cotidiano en un instrumento de poder —cuando digo instrumento de poder esto quiere decir que la discusión de las condiciones de trabajo por sección fueron posibilitando que los compañeros se pudieran hacer cargo de una visión de la producción global, con limitaciones porque, por supuesto, hay información de la empresa, a la cual nosotros aun no tenemos acceso—.

Pero en el obrero mismo, y además por el aporte de compañeros técnicos — una cosa muy importante es la incorporación de un ingeniero a nuestro equipo— se fue recuperando el saber cotidiano y espontáneo de estos trabajadores, y es lo que posibilita que en la Comisión Técnica de flexibilización laboral, cada sección tenga su propia propuesta de trabajo, esto que Piccinini les planteaba como una

alternativa a la empresa.

La empresa no esperó nunca que esto que ellos largaban como digamos un chiche nuevo, que era la Comisión de Seguridad e Higiene, se pudiera transformar en una instancia más de organización y de resistencia a lo que iba a ser el futuro plan de flexibilización laboral, con lo cual podemos decir que se trató realmente de un proceso donde los compañeros se apropiaron de esta instancia. Y eso es lo que después la empresa va a intentar ir vaciando, por supuesto.

En este proceso que nosotros tenemos, quiero rescatar un momento que fue, recién Omar relataba algo especialmente en los momentos en que pudimos trabajar en instancias participativas con la sección de gueros, porque ahí pudimos poner en práctica algo de esto que yo decía de los instrumentos técnicos y su creación, cómo se hacen.

Generalmente, cuando uno investiga una sección, cree que tiene algún elemento a priori con el cual relevar sus condiciones de trabajo. Nosotros hicimos totalmente al revés, nosotros lo primero que hicimos fue más la técnica participativa de taller, hicimos reuniones con ellos en el sindicato y en la empresa, a través de las cuales fuimos intentando captar cuáles eran los ejes principales que se planteaban como problemáticos. A partir además de que nosotros no creemos que el proceso de trabajo pueda ser dado cuenta a partir simplemente de una categoría de riesgo, en general siempre puede quedar como por fuera del trabajador esa categoría.

Entonces, en este intento de darle cabida al hombre en situación de trabajo y a su concepción del proceso en general dentro de la fábrica, privilegiamos recuperar lo que ellos traían, y entonces, en función del retrabajo de lo que había aparecido en esas reuniones, se crea una encuesta. Y esta encuesta decíamos claramente que nosotros sabíamos para qué la hacíamos, que no nos íbamos a engañar en relación a que íbamos a buscar cualquier cosa, que tenía que tener la suficiente flexibilidad como para no taponar la aparición de elementos contradictorios o nuevos, en relación a lo que habíamos recuperado de las charlas, pero sí que al mismo tiempo también intentábamos utilizarlo como un modo de recabar, a nivel más amplio y masivo, la posibilidad de ratificar esto que nosotros habíamos trabajado con ellos. Y además tenía otro objetivo, que era que nos planteábamos que el valor del instrumento técnico se ponía muy en evidencia en los momentos en que teníamos que ir a la discusión directa con la empresa, que esto tuvo mucho peso cuando se llega al momento donde las conclusiones que se iban sacando de este trabajo tiene que ser discutido con la patronal, no es lo mismo ir al nivel del comentario que llevar un instrumento que permita sistematizar esto que ya habíamos procesado con los compañeros, que a su vez nos sirve a nosotros para devolvérselo a ellos para que puedan reprocesarlo.

Fueron muy interesantes algunas de las cuestiones que aparecieron en esta sección, para ejemplificarles, algo sobre esto que decía hoy acerca de lo proble-

mático que es esto de tomar la cuestión de los accidentes. Una cuestión que me llamó mucho la atención fue que aparece en varios de ellos, casi como consenso de este grupo de trabajo, la concepción de que no hay accidentes mortales en la sección, por suerte. Y la cuestión de la suerte y del azar se constituye en aquello que ayuda a sostener el trabajo a pesar de su riesgo y peligrosidad.

Por eso es una sección que entra fuertemente en crisis y tiene tanto nivel de participación cuando se da ese accidente mortal, porque es aquello que, de alguna manera, rompe el esquema defensivo de la sección, esta vez no había habido suerte. Y otra de las características que también veíamos allí era cómo ellos habían tenido posibilidad de instrumentar cambios dentro de sus puestos de trabajo, habían tenido muy buenos resultados, especialmente en el hecho de tomar en cuenta la problemática del desgaste al cual era sometido el compañero que tenía muchos años, hacen toda una inversión en relación a sus roles y funciones.

Sin embargo, es como que ellos mismos, a pesar de que son los gestores y productores de esta experiencia por sí mismos, como que necesitaron otra instancia para poder valorizarlos y recuperar la importancia que esto tenía, y además digamos los efectos que tenía dentro de ellos esta cuestión, que ya no era indiferente para cada uno de ellos, de qué pasaba con los compañeros que tenían muchos años, los que se jubilaban, porque cada uno de ellos se reconocían en la historia de aquellos que tenían muchos años o ya se habían jubilado.

Una cuestión que se planteó en relación a los momentos de conflicto, en donde nosotros tenemos que entrar a priorizar la cuestión de qué podíamos aportar en relación a la problemática de la flexibilización laboral, específicamente una cuestión que veíamos como muy importante: era que nos interrogábamos qué peso podía tener acerca de la condiciones especialmente subjetivas de los trabajadores, el hecho de que esta propuesta de la empresa, que más que ver con nuevas condiciones tecnológicas de trabajo tenía que ver más bien con una posibilidad de reconvertir la organización interna del trabajo, o sea replantearse las relaciones de trabajo dentro de la fábrica, fundamentalmente quebrar la organización gremial.

Nos preguntábamos qué consecuencias iba a tener esto, en tanto ya lo reivindicativo no parecía ser la cuestión de cuál era la masa salarial, digamos, a eso no apuntaba el proyecto de la empresa tampoco, sino que lo que estaba en discusión era qué pasaba que la fábrica estaba manejando el conflicto de manera tal que los trabajadores quedaban como prenda de negociación, o sea la cuestión de los despidos, los puestos de trabajo, es lo que Acindar va a utilizar en el conflicto en relación a la posibilidad de conseguir preventas del gobierno, y además desarticular la organización interna.

Esto lo planteo porque tiene mucho efecto en relación a las crisis que se van a producir, a los estados críticos que en ese momento se producen, en relación a los propios niveles de identificación de los trabajadores en relación a esto. Y voy

a hacer una aclaración en relación a cómo trabajamos esto de las condiciones subjetivas dentro del equipo técnico y cómo nos ubicamos nosotros.

Nosotros consideramos de mucha importancia tener en cuenta cuáles son las condiciones subjetivas sobre las cuales se crean estos procesos, pero no en un sentido, por supuesto, de causalidad o de cuestión explicativa, sino que lo que sí creemos es que esto de las condiciones subjetivas debe ser importante tener en cuenta a partir de que están en juego permanentemente, y que son las que nos pueden dar pautas en relación a cómo viabilizar las propuestas que nosotros podemos hacer en relación a esto.

En síntesis, solemos decir que nos interesa en nuestro trabajo crear condiciones subjetivas que van a posibilitar cambios, pero que se proponen desde las estrategias políticas, o sea, no confundimos los lugares pero tampoco creemos que se deba renunciar al aporte de instrumentos específicos que, en realidad, hacen a una disputa por el poder, que contribuyen a esa disputa por el poder.

Una de las cuestiones que puede detectar dentro de esto, y yo llamo una situación crítica, es la cuestión de que, en este momento entra como eje —fundamentalmente dentro de los trabajadores— el hecho de que el trabajo pasa a ser algo precario. Con esto quiero decir que todo lo que instrumenta la fábrica más allá de las caracterizaciones que hace de los nuevos equipos de trabajo y todo lo demás apunta a hacerles sentir a ellos la amenaza de la pérdida de trabajo, y eso apunta a romper fundamentalmente los lazos de solidaridad entre ellos y a resquebrajar sus ideales y lo que los tenía cohesionados dentro de esta historia común.

Creo que merece una mención especial el hecho de que todo este proceso transcurre sobre una historia previa que es la que mencionó Piccinini al comienzo, que es la historia que se puede llamar trágica de la década del 70 en Villa Constitución, y que es una historia que no puede ser explicitada. Es una historia que aparece como no pudiendo ser recuperada todavía, en el sentido en que aparece casi con efectos traumáticos. No se habla demasiado de esta historia, no se puede explicitar, con esto no quiero decir que esté negada ni ausente, todo lo contrario, creo que, inclusive, la elección de la conducción y del liderazgo en el sindicato es lo que nos plantea a nosotros los términos contradictorios en los cuales se reconoce un trabajador. De cómo tuvimos que preocuparnos mucho en relación a la efectividad que podía tener la política de la empresa en esto de colocarlos en un nivel de individualidad donde rompan toda su historia colectiva y, por otro lado, al mismo tiempo, los trabajadores y la población van produciendo en conjunto hechos colectivos que, por el contrario, reafirman y recuperan esa historia, aunque hoy todavía no pueda ser explicitada, que sí la recuperó el enemigo, intentando plantearla como política del terror cuando caracteriza esta lucha como subversiva.

Desde el punto de vista de este trabajo, de qué es lo que fue pasando en rela-

ción a las condiciones subjetivas de los trabajadores, quisiera remarcar lo importante que fue toda la participación que se da especialmente desde las carpas que se instalan para seguir sosteniendo el conflicto.

Una cuestión que pudimos observar, fundamentalmente los que trabajamos en la obra social, fue que muchos compañeros afectados en forma muy crítica y con fuerte impacto, en el cuerpo inclusive, en esta crisis, podían ser sostenidos en otras condiciones desde su participación en esta instancia. Inclusive hubo pedidos muy concretos de la comunidad en relación a emergentes de problemáticas, por ejemplo en los niños en las escuelas. Y decidimos no tomarlo desde un nivel asistencial a esto, sino que lo que hicimos fue promover actividades que permitieran que esto que aparecía emergiendo como un síntoma se pudiera ver si podía tomar otro sentido a partir de una experiencia que fuera colectiva y que no quedara coagulada en lo individual.

Esta situación del despido, una cuestión que puso muy sobre el tapete para ejemplificar esto de la conciencia contradictoria, era que, digamos, aun en los niveles de activistas que portaban un discurso ideológico donde podían reconocer las diferencias de intereses entre su clase y los dueños de la empresa, sin embargo se dio en una gran cantidad de ellos una situación muy crítica en relación a que lo que se ponía en evidencia era que siempre se esperaba que el problema fuera de otro, que el despido fuera otro, porque todos estaban esperando algo así como un reconocimiento de la empresa en su trabajo. Y eso, simultáneamente con ser portadores de un discurso político e ideológico, les daba un elemento a ellos como para pensar que esos intereses eran contradictorios, y en algunos casos se tomaban fuertemente antagónicos.

Quiero aclararles en relación a esto que dije sobre nuestros propios procesos como técnicos, y la creación de instrumentos que el conflicto inclusive nos agarra en un momento que para nosotros era de una importancia productiva muy importante. Estábamos, gracias a ese nivel participativo y de organización interno, pudiendo pensar y empezar a implementar la construcción de los llamados mapas de riesgo, y bueno, ahí tuvimos que replantearnos de nuevo toda esa estrategia.

Pero hoy en día también pensamos que quizás no era tan importante esto del mapa de riesgo, porque en definitiva estas propuestas que surgieron de alternativas acerca de cómo operativizar cada puesto de trabajo, en contraposición a la propuesta de la empresa, deben contener en sí mismas elementos que quizás sean hasta más ricos que un mapa de riesgo, sin menospreciarlo como instrumento, pero esto para marcar cómo aquello que nosotros a veces marcamos como necesidad metodológica, lo que proyectamos o programamos tiene que ser sobre la marcha, subordinado al proceso de los trabajadores. (*Aplausos*).

Ruben Efrom: Bueno, queda abierto el debate.

Público: Bueno, **quería preguntarte si me podías aclarar, porque no entendí bien, cuándo se da todo el trabajo, bueno, toda la situación de la carpa que vos comentabas y todo esto, el equipo técnico qué hace... No me quedó claro, si lo podías ampliar un poco.**

Iris Valle: Lo que pasa es que en el momento del conflicto hay una estrategia única, se borran de alguna manera los lugares, y las instancias organizativas son otras, son las del conflicto. Entonces, todos tomamos un punto de referencia, que son las carpas, entonces todos vamos ahí, digamos, y bueno, es como que ahí, desde cada problemática que se planteaba, cada uno aportaba lo que podía. En mi caso tuve que recepcionar, a partir de mi pertenencia, digamos, más, ya que trabajo en un campo interdisciplinario en relación a la salud mental, todo lo que aparecía como malestar o como enfermedad en algunos casos, pero también como un fuerte malestar en la cuestión de la crisis, a partir de la posibilidad de la pérdida del trabajo.

Inclusive, creo que es una cosa muy de destacar el hecho del altísimo nivel de consulta que hay en salud mental, que fue una de las causas por las que nosotros nos propusimos una estrategia de hacer retornar al seno de la comunidad problemáticas que creíamos no debían ser objetivos de tratamientos terapéuticos sino que tenían que ver con la carencia de espacios. Quizás tenga mucho que ver con esto que yo les hablaba. Algo así como tamizar este pedido o esta demanda y no psicologizar algo que, por ahí, era un malestar más del tipo de lo cultural, o en todo caso de cómo a veces se hace, digamos, como un nudo o se coagula un punto de encuentro entre esto de la historia personal y la social.

Público: En parte lo estaba respondiendo Iris Valle; lo que yo iba a preguntar, más o menos iba a situar en ese sentido. Me pareció muy claro cómo expresaba estos principios, que inicialmente planteaba Piccinini sobre, digamos, las diferencias de una lucha de clases y cómo se manifiesta en lo concreto. Me parece que la segunda exposición fue muy clara con respecto a eso, y por ahí ciertas estrategias en el sentido de acumulación.

Si bien al principio me pareció esta acumulación-derrota, como que la acumulación era lo que causaba la derrota. Me parece que al esclarecer no creo que eso haya quedado en duda. La pregunta era, justamente en este sentido, que la acumulación es necesaria y que hay algunas acumulaciones que iban comentando. ¿Cuáles son las líneas actuales de acumulación en este área que estuvieron desplegando? Porque ella empezó a contar recién un pedacito cuando le hicieron la pregunta.

¿Cuáles son las líneas actuales, no sé quién me quisiera responder, de acumulación en el área de salud? ¿Desde el sindicato, desde los trabajadores?

Iris Valle: Mirá, si es desde salud, según desde qué aspecto lo tomes. Porque yo me referí más al aspecto que tenía que ver con la salud de los trabajadores, porque por ahí no hay mucha experiencia de esto, pero en realidad esto es una unidad de estrategia con lo de la obra social. Y estamos en un momento que se podría caracterizar como totalmente crítico y defensivo. El riesgo de desaparición de la propia obra social. Estamos en una estrategia defensiva en relación a eso. Continuamente nos movemos sobre este borde, sobre la cuestión de producir organización, producir aporte, producir experiencia y al mismo tiempo, bueno, toda esta experiencia creo que una de las problemáticas que tiene, que además también tiene que ver con esto que yo decía de cómo construye cada uno la manera subjetiva en que vive esto y que se puede remitir al plano de la conciencia política, techos que tienen que ver con que esta experiencia encuentra muy poco marco de referencia, y para la gente hay una contradicción muy grande entre lo que se planteó como sus ideales y aquello de lo cual hoy se puede disponer. Si lo llevo al plano de la salud, una problemática en Villa Constitución es que los trabajadores son plenamente conscientes de su derecho a la obra social y que son dueños de su obra social.

El problema que ahora se armó es que les cuesta mucho entender que se está perdiendo eso. Siguen esperando un nivel de atención que, en nuestro caso —en lo asistencial— más allá que puede ser criticado por lo clásico, etc., pero que dentro del plano de las necesidades de la gente era de una calidad bastante buena. Eso, que para el estado hoy de la atención en salud es algo muy valorado, corre serio riesgo, a partir de los pedidos de racionalización que hay de los recursos y bueno, cómo se sostienen los proyectos si no es con los recursos.

Y bueno, pelear esto no es solamente una problemática de qué hacemos en la obra social, va a depender también de la correlación de fuerzas en el conflicto, porque eso va a definir qué aporte hace esa seccional y de la relación seccional-UOM nacional, y lo que Uds. ya conocen de lo que está pasando en este momento: la disputa por los fondos en salud.

Público: Creí entender que cuando Piccinini hablaba de los cambios económicos a nivel nacional y al nivel internacional se refería a que era un proceso irreversible. No me quedó claro, digamos, si lo plantea en los términos del ajuste argentino, en los términos de la transnacionalización a nivel mundial o en los términos de capitalismo como sistema. Hago otra preguntita: Nombró organizaciones políticas que no coinciden con el accionar gremial y que reclaman que asuman Uds. el discurso de ellos. Yo le pido por favor que las explicites, que digas cuáles son y si alguna jugó bien, a su criterio digamos, que también diga cuáles son las organizaciones políticas que jugaron bien. Porque es bastante confuso para mí, digamos, aunque puede parecer tonto,

no, quiero que diga éste sí, éste no.

Alberto Piccinini: No, cuando me refería a lo irreversible estaba hablando de la industria siderúrgica, me refería a eso. Bueno, para alguien que maneje algunos datos, se puede apreciar concretamente cuál es la crisis de la empresa siderúrgica en el mundo y que aquí, en la Argentina, se agudiza en función de que no solamente es más difícil entrar en el mercado internacional, por la gran competencia que hay, por el salvajismo en la competencia que hay, y, además, por la reducción de la demanda.

Entonces, lo que yo decía que es irreversible para la industria siderúrgica en este sistema que impera en el terreno de los negocios es la cuestión de la competencia. O sea, quien no pueda competir, va a perder mercado; cuando se pierde mercado, lógicamente, las fábricas cierran o se achican.

Yo me refería a eso, me refería a que es irreversible además el proceso de transformación, aunque no es el caso de Acindar, pero la tecnología va modificando los sistemas de trabajo. En la medida en que se avanza tecnológicamente, bueno, en un lugar en donde había a lo mejor 20 obreros, se pone una máquina, una computadora o algo y pasan a ser 5 los compañeros ocupados.

Eso es irreversible, ese avance tecnológico, esa transformación, esa necesidad de ajustarse a las leyes del mercado —que no quiere decir que esté de acuerdo, pero que es la realidad— hace que eso sea irreversible. Entonces, yo decía que ante esta situación irreversible, debemos prepararnos para dar las respuestas necesarias, para buscar una salida, porque no alcanza con oponerse, no alcanza con resistir si no se es capaz de presentar una propuesta alternativa.

No nos alcanza a los argentinos con que nos quejemos de que no tenemos un buen gobierno, tenemos que ser capaces de crear una alternativa para que tengamos el gobierno que nosotros queremos. Eso es lo irreversible que hablo del sistema.

En cuanto —así cortito nomás— a mi concepción de que los sistemas, —y bueno, yo sé que va a desatar una polémica, que no quiero hacerla ahora pero yo me sigo reivindicando como un tipo de izquierda y como un simpatizante del socialismo—. Que se hayan cometido errores en los países que, bueno, a lo mejor hoy nos damos cuenta que mal llamamos socialistas no quiere decir que el socialismo no sea opción. Por lo menos yo lo pienso así.

Hablan de las bondades del capitalismo; bueno, la Argentina es un país capitalista. Entonces, se quieren ver todos los errores de los países socialistas, pero no se hablan de los errores del capitalismo. No quiero entrar en ese terreno porque es bastante profundo. Pero si hay que identificarse, aquí estoy, me identifico como un hombre de izquierda y simpatizante del socialismo, así que no creo que acá hay que cambiar de mentalidad, porque hay algunas cosas que han ocurrido en los países del Este.

En cuanto al asunto de nombrar a los que se opusieron, a los grupos políticos que se opusieron y a los que ayudaron, bueno, yo creo que podríamos hacer un balance positivo: la gran mayoría ayudó y la gran mayoría se subordinó a la decisión de los compañeros trabajadores. Yo no sé si sirve, digamos, que yo nombre tal o cual partido, me parece que eso no sirve. Yo nombro políticas, porque a veces, digamos, hay compañeros o gente que no está encuadrada dentro de un partido pero ejecuta una política. Entonces, por ahí yo digo eso y ya cada uno se va dando cuenta de quién estoy hablando, y no me parece correcto aprovechar la ventaja que tengo acá en fustigar o denostar a un partido político en especial, a pesar de que tenemos serias diferencias, pero yo critico y fustigo políticas. Entonces, aquellos grupos que llevan adelante políticas destructivas en los conflictos y en la lucha política, bueno, yo creo que en definitiva conciente o inconcientemente están jugando para la patronal, porque para nosotros hay reglas de juego, y si en Villa Constitución —como se ha podido comprobar— en la asamblea, en los congresos de delegados los compañeros que tienen diferencias políticas con nosotros, —que los hay, que son poquitos, pero que los hay— pueden hablar, pueden exponer y tienen la posibilidad de que sus propuestas sean escuchadas libremente por el conjunto de compañeros, lo que nosotros criticamos es que una vez sometido al conjunto de los compañeros, esos compañeros no se subordinan a la mayoría, porque tiene que haber una regla de juego, tiene que haber una instancia de discusión y después tiene que haber una disciplina que nos permita tener fuerza para enfrentar al enemigo, porque democracia no es anarquía. La democracia es la discusión de todas las ideas y después el respeto a la opinión de las mayorías. Podemos discutir todo lo que se quiera, pero después es una sola propuesta la que va a enfrentar a la empresa, la que va a enfrentar al enemigo.

Entonces, yo insisto: yo fustigo esas políticas que son destructivas, esas políticas que lo único que saben es hacer política de oposición y no política de conducción, y, en algunos casos, cuando ha llegado el momento, han demostrado conductas bastante censurables. Porque nosotros teníamos algunos delegados, de algún grupo político, que nos hacían la vida imposible, y después terminaron cobrando la indemnización aprovechando la cobertura legal como delegado y cobrando más dinero que cualquier compañero común.

Entonces ahí sí que nosotros nos ponemos bien firmes, ante esas actitudes, porque nosotros entendemos que si estamos dentro del campo popular podemos discutir, pero en una situación de riesgo como la que estamos viviendo ahora, podemos discutir cuál es el método pero nunca podemos ponernos del lado de la patronal. Y yo les quiero decir que esos grupos políticos han gastado más papel en criticarnos a nosotros que en criticar a la empresa, que en criticar al sistema y como si nosotros fuéramos los responsables de esta situación económica, como si nosotros fuéramos los responsables del ajuste, de la pérdida de fuentes de trabajo.

Entonces, eso, en determinado momento, pasa a ser complicidad con la patronal, porque nosotros en el último de los casos podremos ser dirigentes con ideas equivocadas, podemos equivocarnos en cuanto a la línea, pero es bien conocida nuestra historia y no nos pueden decir que somos vendidos o que nos entregamos a la patronal. Entonces merecemos un respeto y reclamamos ese respeto; no evitar la discusión, la discusión debe profundizarse, y eso nosotros lo hacemos en Villa Constitución, lo hacemos en el núcleo nuestro, con los compañeros que estamos más de acuerdo políticamente, y discutimos, y tenemos a veces profundas diferencias, pero las saldamos de esa forma, las saldamos fraternalmente, las saldamos como corresponde entre compañeros, y después vamos y enfrentamos al enemigo todos juntos.

Y la crítica a esos grupos políticos es que no tienen una política acertada aunque puedan llegar a tener razón, sino que nos golpean en estos momentos en que nosotros estamos muy presionados por este proyecto económico, por el gobierno que aprieta de todos lados, por la empresa. A esas presiones se suman los ataques de ellos a nosotros. Entonces quiere decir que hay una clara posición, con todos los defectos: nadie puede negar que en Villa Constitución se llevó una lucha adelante que respondió a los intereses de los trabajadores y que la patronal no pudo hacer lo que quiso.

Nadie puede negar que ese apoyo que tuvimos nosotros de todo el pueblo, primero de los compañeros metalúrgicos, después del pueblo de Villa Constitución y después de toda la sociedad, fue como consecuencia de una línea política justa, correcta, porque si nosotros nos aislábamos y no teníamos ese apoyo que tuvimos nos hubieran pasado por encima y no habría más sindicato, y no habría más Comisión de Higiene y Seguridad, y no habría más compañeros trabajando en la salud mental o en lo que sea en el sindicato.

Porque a veces nos dicen: “¿Y para qué quieren el sindicato?”. Para eso queremos el sindicato: para seguir peleando por los derechos de los trabajadores y para seguir la pelea, porque a veces es mucho más cómodo llevar a un conflicto a todo o nada y nos sacamos el problema de encima y después quedamos como héroes que fuimos reprimidos por la patronal. Yo creo que a esta altura del partido eso ya no sirve más.

Entonces es importante, y esto yo lo tiré porque realmente quiero polemizarlo, porque es de suma importancia que en los futuros conflictos, más allá de las diferencias políticas que puedan existir, al enemigo se lo enfrente en un solo bloque. Porque si no nos van a pasar por encima a todos y no solamente a los trabajadores, a todos los sectores populares. Y eso es fundamental para la discusión política, por eso yo digo e insisto que los trabajadores debemos participar más políticamente, debemos discutir más políticamente, que los trabajadores necesitamos poseer los elementos que nos puedan hacer analizar la realidad y seamos

dueños de nuestro conocimiento.

Entonces ahí no a venir ningún funcionario rentado de tal partido a llenarle la cabeza a los compañeros. Porque los compañeros van a estar en condiciones de poder rebautir esas concesiones, que es el único camino, y además —vuelvo a repetir— yo soy uno de los que rescato el aporte que han hecho muchos compañeros profesionales, o sea que yo, de ser un simple obrero, a haber aprendido algunas cosas se lo debo a muchos compañeros revolucionarios profesionales, y que fue necesario ese elemento teórico para que yo pudiera despertar, porque no tengo vergüenza en decir que yo desperté en la cárcel. En la cárcel me di cuenta de lo que era la lucha de clases, y suspiré y dije: “estoy vivo”.

Bueno, que es importante el aporte que se puede hacer, pero se debe terminar con el criterio de paternalismo, de pensar que el dueño de los conocimientos va y le marca la línea a los trabajadores, de que es lo que tiene que hacer. El aporte está en darles los elementos: “Compañeros tengan los elementos y después resuelvan Uds., son Uds. los dueños del destino”. Y yo creo que eso me parece lo menos que podemos exigir o pedir los trabajadores. (*Aplausos*).

Ruben Efrom: Bueno, en una nueva muestra de la actitud solidaria de los compañeros de Villa Constitución, han decidido ceder la última parte de su tiempo a los compañeros de PROSAFE. Por lo tanto, pedimos que permanezcan unos instantes acá y despedir nuevamente con un aplauso a los compañeros de Villa Constitución. (*Aplausos*). Bueno, la compañera Analía Cabral de PROSAFE nos va a hacer un comentario.

Analía Cabral: Bueno, acá estamos Susana Margulies, antropóloga de PROSAFE y yo, Analía Cabral, psicóloga, en representación de nuestros compañeros para hacerles conocer el cese de un programa de atención primaria en una obra social de nuestro país. Nosotros hemos estado trabajando durante cinco años en el programa de salud ferroviario, de la obra social de ferroviarios, y en el mes de mayo se resolvió la desactivación de nuestro programa por considerarlo un lujo para el conurbano bonaerense, es decir para los compañeros ferroviarios de la provincia de Buenos Aires.

No queremos extendernos en esto porque creemos que realmente lo que es importante ahora hacerles conocer es que todo un programa que estaba fuertemente imbuido de todos los conceptos, de toda la orientación que venimos señalando en las Jornadas desde hace cinco años se consideró un gasto excesivo para una obra social, que entre los recortes que hizo respecto a la cantidad de automotores que se poseía, a la cantidad de biomes y de papel, que en este momento había que recortar, era también prescindible la salud de 140.000 ferroviarios, que eran los que cubrían nuestras 12 áreas

desparramadas por todo el conurbano. Entre las cuestiones, que habíamos podido desarrollar, estaba la posibilidad de contar con 12 áreas en las cuales se trabajaba con médicos de familias y equipos interdisciplinarios, en los que participaban psicólogos, enfermeros, médicos y trabajadores sociales. Toda una actividad dedicada a la salud que venía fomentando siempre el ferroviario desde prácticamente principios de siglo, y que hizo que se tuviera centros de salud desparramados en todo el país, en los cuales estaba siempre el aporte de peso a peso, peso fuerte como ellos decían. Concluyó, digamos, en este último período democrático con la decisión tomada por los propios compañeros ferroviarios de implementar el primer programa de atención primaria en una obra social. Esto posibilitó, tal vez imbuidos de toda esta modalidad de trabajo que compartíamos como comentaban recién los compañeros de Villa Constitución, de no solamente intentar asistir mejor, es decir acercar médicos de cabecera a los compañeros en sus lugares de vida, digamos, sino también poder empezar a comprender por qué es que se produce la enfermedad. Y entonces empezar a recorrer todo este camino que también íbamos aprendiendo conjuntamente con los trabajadores acerca de cuáles eran las condiciones en que se trabajaba en los distintos lugares, meternos en los talleres, meternos en los lugares de trabajo, empezar a investigar y tratar, entonces, de ir profundizando acerca de qué manera se podía hacer para trabajar mejor y vivir mejor. Todo esto, indudablemente, implicó tener que enfrentar poderosos —no sé si tan poderosos, pero sí en última instancia poderosos— intereses, donde la cuestión pasa por corruptelas, porque ni siquiera pueden llegar a nivel de la corrupción, simplemente corruptelas, que en un momento determinado hacen que todo un viraje que se da a nivel de la conducción de la obra social determine entonces que ya este programa no tiene que seguir existiendo, que tampoco es necesario poder atender con ambulancias a los compañeros en los distintos lugares y como nos decía hace un rato un compañero: ya hay dos compañeros muertos porque las ambulancias no llegaron a tiempo. Pero todo esto va quedando oculto, va quedando tapado.

Nuestra intención ahora es simplemente hacerles conocer esta situación, decirles que quizás lo menos importante es que hayamos quedado 200 trabajadores de la salud en la calle, sino que lo que sentimos en un primer momento es el duro contraste, otra vez, de haber sido pisoteados y de haber, en algún momento, sentido ese triste sabor al fracaso.

No obstante, esto no fue tan así, porque pudieron subsistir algunas cosas: la Casa del Ferroviario, como la han llamado los compañeros de Temperley, un trabajo autogestionario realmente muy valioso para lo que son la gran cantidad de jubilados ferroviarios que hay, y la posibilidad de continuar en

La Fraternidad, con todo un trabajo que venimos realizando con los conductores ferroviarios, permiten entonces pensar en que tanto esto como otros trabajos que fueron la posibilidad de crear consultorios en lugares donde no había nada, de desarrollar toda una serie de tareas estrictamente vinculadas a los distintos problemas de salud. Esto, a nosotros nos permite pensar que, como decían recién los compañeros, de alguna manera tenemos que encontrar nuevas maneras de pensar esto de atender a la salud de los trabajadores. Y entonces, en toda esta discusión, y en poder ir encontrando dónde están los lados flacos y dónde están, digamos, las brechas, tal vez entonces podamos responder a estas cuestiones tan cruciales.

Nosotros, de alguna manera, lo que queríamos era hacerles conocer esto y, de alguna manera, comprometernos también a que el año que viene, posiblemente, ya estemos en condiciones de traer una evaluación y mostrársela a Uds. para que podamos juntos criticarlas. Nada más. (*Aplausos*).

**60 NIÑOS MENORES DE UN AÑO MUEREN
DIARIAMENTE EN NUESTRO PAIS, LA MITAD POR
CAUSAS PREVENIBLES. ¿POR QUE?, ¿HASTA CUANDO?
(Mesa redonda)**

COORDINADOR:

Dr. Alejandro Wilner

Comisión Organizadora (en reemplazo de la Dra. María Luisa Ageitos, presidenta de la Sociedad Argentina de Pediatría, quien no pudo asistir a último momento).

PANELISTAS:

Dr. Atilio Castañaro: Jefe del Servicio de Neonatología de la Maternidad Provincial de Tucumán "Nuestra Señora de las Mercedes".

Dr. Eduardo Duro: Director Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Dr. Pedro de Sarraqueta: Pediatra. Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan.

Lic. Pablo Vinocur: Sociólogo. Especialista en Salud. Consultor de UNICEF, Argentina.

Dr. Alejandro Wilner: Esta mesa, 60 Niños menores de un año mueren diariamente en nuestro país la mitad por causas prevenibles. ¿Por qué, y hasta cuándo? similar en cuanto al título a la que tuvimos el año pasado pero con la diferencia de esta pregunta: ¿hasta cuándo? con el compromiso de los expositores de responderla.

Lic. Pablo Vinocur: Bueno, muchas gracias y antes que nada, para que no hablen mal de mí, yo lamentablemente los voy a tener que dejar a las seis menos cuarto, no es que quiera escapar después de lo que vaya a decir, pero para que no

se mal interprete.

Creo que las dos preguntas que convocan a esta mesa y son ¿hasta cuándo van a seguir muriendo 55 niños por día menores de un año en la Argentina?, y ¿por qué esto sigue ocurriendo? Después de muchos años en que el Estado y la sociedad argentina en su conjunto vienen invirtiendo una cantidad importante de recursos en el sector salud, no necesariamente en la atención infantil, quisiera contextualizarlas en un tema que he visto en el programa que ustedes han discutido, han analizado, a lo largo de estas Jornadas. Quisiera meramente mencionarlo porque creo que a esta altura es abundar en comentarios caracterizar la década de los 80 para nuestro país como una década perdida, una década signada por la explosión de la deuda externa, que por otra parte no solo ha afectado a la Argentina, sino también a toda la región, a América Latina, por una década que, a través de las sucesivas políticas económicas de estabilización y ajuste han generado un empobrecimiento sustantivo del país y de la región latinoamericana, que ha tenido como resultados sociales, profundos cambios en la estructura de nuestras sociedades. Ha caído el empleo, han disminuido los ingresos y ha entrado en crisis, y esto es muy evidente en la Argentina por el desarrollo relativo que el mentado, llamado, Estado de bienestar iniciado desde la década del 30 y fortalecido durante el peronismo, había conocido. Este marco, o este cuadro, que en realidad en la Argentina se ha iniciado en la década del 70, mediados del 70, que es cuando más crudamente se detiene el proceso de crecimiento económico y comienza un proceso de puja distributiva, que genera una situación que podríamos caracterizar como de exclusión social creciente. tiene obviamente como correlato, cambios en la oferta y en la demanda de servicios sociales y en este caso específicamente de salud.

Obviamente que el empobrecimiento o la pauperización de nuestra población ha incrementado las necesidades de servicios de salud o de salud, es decir, tanto atención médica, como saneamiento básico, como recreación, como cultura, etc. requiere un pueblo para desarrollarse plenamente. Por el lado de la oferta, los procesos de ajuste han estado marcados o pautados por la intención desde el punto de vista económico de reducir el déficit fiscal. El primer intento, las primeras políticas que se iniciaron allá por la década del 70 y que han ido intensificándose hasta hoy, han generado una reducción sensible del gasto público social. Esta reducción sensible del gasto público social ha afectado en primer lugar los gastos o las inversiones de capital, es decir, no solamente no se han construido nuevos servicios de salud ni necesariamente desde el sector público se ha invertido en tecnología, sino que como el déficit permanecía, el segundo nivel de ataque o de enfrentamiento al déficit fiscal por el personal o los funcionarios de economía y los organismos internacionales de crédito, fueron a afectar los gastos de operación, en consecuencia, esto afectó al sector salud en la no disponibilidad

de placas radiográficas, gasas, alcohol, etc.. El grupo más resistente, y esto tiene que ver con las relaciones sociales, en términos del gasto, que se ha convertido en el más rígido en términos relativos, han sido los salarios del personal involucrado en los servicios sociales, y esto está siendo afectado sobre todo en los últimos años. La otra forma de enjugar el déficit fiscal es analizar el tema del financiamiento, es decir, de dónde se obtienen los ingresos que permitan reducir este déficit fiscal. La política implementada por los gobiernos que nos han venido sucediendo, incluso el actual, y ha sido una política relativamente común a muchos países de Latinoamérica, no todos, ha consistido su estrategia en aumentar los ingresos a través de los impuestos indirectos, esto es, aquellos impuestos que se recolectan o se recogen a través del consumo y que afectan a todos los sectores sociales por igual, en términos relativos, más a los que menos tienen, porque el consumo de los sectores de menores ingresos, si uno le agrega un porcentaje, que es el famoso IVA. en nuestro país, están pagando más que el consumo de los sectores de más altos ingresos. En consecuencia, si nos paramos en los sectores populares veríamos hoy que estos sectores están comprometidos por una doble vía, tanto por el lado del gasto, es decir tienen más dificultades de acceder a los servicios, más barreras económicas de acceso a los servicios, como también están afectados más sus propios ingresos, ya no sólo por la disminución del mercado de trabajo, es decir, sus posibilidades de incorporación al mercado, que se reflejan en los índices de empleo sino también, por la caída de sus ingresos reales. Pero también están afectados porque aquellos servicios a los que históricamente accedieron, sea la seguridad social o sea el sector público, han sido víctimas de la reducción del gasto social. En consecuencia, se enfrentan con servicios a los cuales tienen que pagar un plus, o servicios que están desfinanciados o servicios que enfrentan serios conflictos laborales y que en consecuencia no les permiten recibir la atención que corresponde, y esto es muy claro en estos últimos tres o cuatro años en el sector educativo. ¿Qué es lo que hoy se viene discutiendo, y está tan en boga, para seguir enjugando el déficit fiscal? En primer lugar está absolutamente puesto en duda el rol del Estado. Permanentemente estamos escuchando los mensajes de las políticas económicas neoconservadoras que apuntan a la privatización de todas aquellas órbitas de acción en las cuales el Estado había estado operando. Si uno pretendiese modificar esta tendencia, que a mi entender pone en tela de juicio, no sólo el sistema democrático, que duramente hemos conseguido, sino que también pone en riesgo el propio proyecto de acumulación económica de estos mismos sectores de poder que están implementando este programa, por lo menos en el mediano plazo, porque si uno no asegura un mínimo nivel educativo y niveles adecuados de salud, va a ser difícil incrementar la productividad de la población para insertarse en el mercado mundial y competir adecuadamente.

Y aquí estoy usando las mismas categorías de análisis que cotidianamente observamos en los diarios, sino que como repetía antes se pone en tela de juicio los mismos mecanismos democráticos que peleamos, y seguimos peleando por conseguir y consolidar. Obviamente, lo que creo yo que hay que empezar a revertir, es modificar, dar la lucha en lo que implica los mecanismos de financiamiento del déficit, es decir yo soy un experto, me considero un experto en el análisis de la pobreza, pero cada vez más tenemos que estudiar la riqueza en nuestro país y, por el otro lado, tenemos que dar la lucha en que dadas estas restricciones, no necesariamente estas medidas de reducción del gasto meramente economicistas, son las únicas a adoptar. Los propios países centrales durante la Segunda Guerra Mundial, un caso históricamente recogido en la literatura es el de Inglaterra, mejoraron sus condiciones de salud y nutrición en la propia Segunda Guerra a través de una mejor redistribución del ingreso en momentos de una profunda crisis económica y social como la que implica una guerra mundial y el rol que tuvo Inglaterra.

Hay otros ejemplos en el mundo en los cuales poniendo las prioridades simplemente como corresponde, mejorando los criterios de distribución, se pueden obtener resultados importantes aun en procesos de ajuste. ¿Qué tiene que ver esto con la mortalidad infantil? Yo creo que este marco es fundamental y marca, valga la redundancia, una línea de acción y de trabajo en el campo político y en el campo social que es fundamental tener en cuenta. Sin embargo, dentro mismo de la estructura de lo que es el sistema de salud y el sistema de servicios en nuestro país, hay algunas reflexiones que yo quisiera compartir con ustedes y que surgen de las cifras en la última década de mortalidad infantil en nuestro país. En 1980 las tasas de mortalidad infantil en la Capital Federal, en la provincia de Buenos Aires y en la provincia de Córdoba, sumando estas tres áreas precedentes, un 60% del total de muertos infantiles en el país tenía valores muy parecidos, casi iguales a los que tiene en 1988, alrededor de 24, 25 por mil en el caso de las provincias de Córdoba y de Buenos Aires y 17 por mil en la Capital Federal. Hay otras provincias que efectivamente han logrado reducir su tasa de mortalidad infantil de niveles de alrededor del 45 por mil a niveles del 33, 34 por mil lo cual ha generado una situación relativamente yo diría de meseta en cuanto a lo sucedido durante la última década referido a la mortalidad infantil en la Argentina. Es decir, ha habido una muy leve disminución de las tasas de mortalidad, básicamente debido a que esta disminución es sensible en algunas de las provincias más pobres. ¿Por qué se produjeron estas disminuciones? Básicamente dados los niveles de mortalidad infantil que se observan, se observaron y se siguen observando en algunas provincias del país, básicamente las del norte, la influencia que tuvieron la utilización masiva de las sales de rehidratación oral y los mejoramientos en los niveles de vacunación, de inmunizaciones, evitaron una importan-

te cantidad de muertes con tecnologías muy simples y muy sencillas que se observan en la disminución en el peso relativo que tenían las defunciones por diarreas y las infecciosas prevenibles por vacunación.

Pero vayamos a aquellas áreas donde se siguen determinando más del 50% de las muertes de menores de un año en la Argentina. En estas áreas la asignación de recursos en el sector salud en un contexto de puja distributiva frente al descenso o a la disponibilidad descendente de recursos no hizo más que consolidarse o se consolidase un mecanismo de distribución y asignación de estos recursos que fue desfavorable hacia los sectores populares y es desfavorable hacia los niveles de atención del sistema que se relacionan con los sectores populares. Yo muchas veces me pregunto, si no modificamos los criterios de asignación de recursos y no definimos adecuadamente los programas y las poblaciones objetivo en un contexto de estrechez de recursos si hoy inyectamos al sistema 100 millones de dólares o 1000 millones de dólares, ¿en cuánto disminuirá la mortalidad infantil? y aquí paso del nivel macro a observar ¿qué es lo que pasa dentro del sistema de salud? Así como en el nivel macrosociedad en el cual también está inserto el sistema, ha habido un mecanismo de exclusión social también en el sistema de salud, esto se ha consolidado, pero a diferencia quizás de otros sectores hay un componente intrínseco en la forma en que este sistema está estructurado, que es absolutamente perverso y regresivo hacia los sectores populares y lo es hoy tal como lo era hace 15 años antes de empezar la crisis económica. Lo que quiero señalar es que más allá de la crisis de recursos que hoy padece el sector y que sufre la sociedad en su conjunto es posible reducir incluso en forma significativa la mortalidad infantil teniendo en cuenta que aproximadamente entre el 60 y el 70 % de estas muertes son evitables, simplemente utilizando de otro modo los recursos con que hoy el sistema cuenta o la sociedad cuenta; obviamente esto no es un problema técnico, en última instancia de lo que aquí se está hablando es de una modificación de las estructuras del poder interno que existen dentro del sistema y que es necesario golpear o que es necesario señalar, con el objeto de intentar que comience a modificarse. Yo he venido recorriendo el país estos últimos meses y me he encontrado con que, sin lugar a dudas, el tema de la ausencia de recursos producto de estas políticas de ajuste, es el lenguaje común que uno escucha tanto en un hospital de alta complejidad como en un centro de salud y que escucha tanto en una comunidad rural como en un barrio de la ciudad de Buenos Aires.

Todos sufrimos y padecemos los efectos de esta crisis, sin embargo, no todos pagamos el mismo precio por esta crisis y desde el punto de vista de salud, estos niños que mueren y cuyas muertes podrían evitarse tienen nombre y apellido y creo que es importante tener esto en cuenta en el momento en que se toman las decisiones de asignar los recursos que hoy se están invirtiendo por más esca-

sos que ellos sean. Y aquí quisiera darles simplemente a título de ejemplo algunas cifras. En programas alimentario-nutricionales la Argentina está gastando hoy aproximadamente, el sector público solamente, sumando los aportes de la Nación, las provincias y algunos municipios alrededor de 400 millones de dólares por año. Esto es exactamente el 50% del presupuesto anual de UNICEF en todo el mundo. Es mucho, mucho dinero. El país, y yo diría la mayor parte de las provincias, no sabe cuántos beneficiarios de estos programas existen, qué efectos o qué impacto tienen estos programas, qué relación existe entre las necesidades alimentarias de estos niños que se benefician y las dietas que efectivamente están recibiendo, si se está o no previniendo o disminuyendo la desnutrición, o si incluso, incrementando la mal nutrición por obesidad. En última instancia, lo que les quiero transmitir es que estamos en una situación muy aguda, pero pese a esto, se está invirtiendo hoy una enorme cantidad de recursos que nadie en la sociedad está debatiendo cuál es su destino y cuál es su fin, y esto tiene que ver sin lugar a dudas con la definición de las políticas sociales sino con la definición de las políticas de salud. Creo que con esta observación me puedo aproximar muy lentamente, y espero que los compañeros médicos puedan aproximarse con mayor precisión a la primer parte de la pregunta y es porqué hoy están muriendo 55 niños menores de un año por día. El ¿hasta cuándo? es la segunda parte y excede largamente las repuestas personales mías, creo que es una responsabilidad de toda la sociedad, no solamente del Estado. El Estado es finalmente un ámbito de lucha política de los distintos sectores sociales. Es un ámbito en el que cotidianamente se disputan los recursos y cómo estos se asignan; si seguimos mirando para arriba y, disculpen la expresión, escupiendo para arriba, los únicos afectados seguiremos siendo nosotros y por eso creo que la responsabilidad es de todos en definir el hasta cuándo. Obviamente que la resolución o la respuesta a esto no es sencilla ni simple ni quiero caer en reduccionismo alguno, simplemente quiero hacer la acotación que excede largamente la respuesta a esta pregunta la responsabilidad de un gobierno y también la responsabilidad del Estado. Y esto no significa evitar la crítica al Estado o la crítica al gobierno. Gracias. (*Aplausos*).

Dr. Eduardo Duro : Bucno. Buenas tardes. “60 niños menores de un año mueren diariamente en nuestro país”. No mueren estos 60 niños, si son 60 niños los que mueren porque no tenemos ni siquiera datos. La mortalidad infantil no se produce en cualquiera, se produce en el grupo de los nuevos pobres y en los pobres estructurales. Cuando nosotros analizamos la mortalidad de la última década, vamos a ver que la mortalidad infantil efectivamente bajó en los sectores sociales más favorecidos. En los nuevos pobres y en los pobres estructurales este aumentó en cifras relativas y hay una causa para esto aparte de las causas macro que Pablo describió tan bien. Creo que hay una incapacidad del sistema de salud.

que viene de largo y por todos lados desde las fallas de las estrategias de atención primaria de la salud. Todos sabemos los chicos que toman contacto con los sistemas de salud y que sin embargo fallecen, las oportunidades perdidas de vacunación, todos los días los chicos pasan por los sistemas de salud, van a los hospitales aunque sea como acompañantes y ni siquiera reciben una dosis de inmunización y el deterioro marcado del primer nivel de atención, el primer nivel de referencia en el hospital público, el hospital del segundo cinturón del conurbano despoblado sin medios, y no sin medios en cualquier lado porque es por especialidades, es fundamentalmente por el área materno infantil donde está despoblado y por algunas disciplinas como la enfermería. Todos sabemos que no tenemos enfermeras por ningún lado y esto tiene una respuesta y Pablo ya lo mencionó y es el tema sueldos, indudablemente las políticas de ajuste sobre el tema sueldos hacen que las enfermeras busquen trabajo de otra cosa o vayan a fortalecer a quien menos lo necesita el subsistema de atención privado. La pregunta es: ¿mueren realmente 60 niños?, porque datos no tenemos. Esta falla del sistema es de arriba para abajo. En los niveles centrales no sólo de las jurisdicciones provinciales, sino también del nivel central de la Nación, desconocen lo que realmente está pasando. Los números no se saben. Hay provincias en las que no se cuentan los recién nacidos vivos, así que si no se cuentan los recién nacidos vivos menos se pueden contar los muertos. Así que tomar decisiones donde no existen datos es casi imposible. Y ni que hablar cuando estas cifras de mortalidad reciben modificaciones, porque la tasa de mortalidad es un elemento político y por lo tanto bajan durante las elecciones como pasa en muchas jurisdicciones. Asistimos a caídas del 45 al 30 por mil de la mortalidad infantil en algunas jurisdicciones que no tienen explicación válida más que la de que ese es un año electoral.

De todas maneras se pueden hacer cosas y el Ministerio de Salud y Acción Social ha marcado cuatro líneas: SIDA, estrategia de atención primaria para el Chagas, fortalecimiento del hospital público y las líneas de acción en maternidad e infancia. Es muy importante sobre todo porque el tema que nos ocupa es la muerte de los niños y esto tiene dos componentes: uno perinatal, dos tercios de los chicos que mueren, mueren en el hospital, y ustedes saben que el 95% de los partos que se producen en el país se producen en hospitales, sin embargo los dos tercios de los chicos que mueren durante el primer mes de vida lo hacen el primer día de vida, esto quiere decir malas condiciones de atención médica. Esto quiere decir malas condiciones de atención del obstetra, del parto, y del sistema de salud en general. Y la muerte por enfermedades prevalentes; la incorporación de las sales de hidratación oral no ha hecho más que retrasar la causa de muerte. Indudablemente no se mueren más los chicos por diarrea como se morían antes, sin embargo, los repetidos episodios de diarrea conducen a desnutrición que hace que aumente la mortalidad por neumonía. Y es lo que estamos asistiendo. No se

mueren más los chicos por diarrea como se morían hace 10 ó 15 años, sin embargo, se nos están muriendo por neumonías. Y por neumonías porque el sistema de salud rechaza intervenir y modificar el tema. La pregunta termina: ¿hasta cuándo? Creo que hasta que se haga carne en todos nosotros y realmente sea como Pablo comentó hoy, el compromiso, la responsabilidad de todos para tratar de que no se mueran más chicos o que se mueran menos por decirlo así. Y ¿desde dónde? Desde la estrategia de atención primaria y desde el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Nada más. (*Aplausos*).

Dr. Pedro de Sarrasqueta: Uno puede pensar estas dos preguntas desde muy distintos enfoques. Uno de ellos es pensar en un sentido casi vegetativo de los fenómenos, es decir que si uno se sienta a esperar es probable que muchas cosas mejoren solas. Hay algunos estudios muy interesantes de gente que se ocupa de cualquier cosa en el mundo y algunos estudios muy interesantes que demuestran que, si uno piensa con un criterio rostoniano, es decir, etapas del desarrollo económico, es muy probable que algunos peores países de Africa alrededor del año 4000 ó 5000 tengan 20.000 dólares por habitante por año, es decir, van a llegar al mundo desarrollado. Por supuesto que esto es una aberración, pero de hecho uno puede pensar que las cosas mejorarán espontáneamente, y decir espontáneamente significa pensar en cierto sentido, y qué es lo que subyace, que a lo mejor el costo de las intervenciones o de los cambios es tan profundo o tan complejo o ambas cosas que, a lo mejor, es preferible sentarse a esperar. El punto es este. La mortalidad infantil en los últimos 10 años en nuestro país es inaceptablemente alta en relación al gasto en salud que existe, destinado a acciones preventivas y a acciones curativas. Digamos, hay una suerte de social laboratorio biológico que ha terminado por confirmar que es posible con un gasto en salud menor que el que tiene nuestro país, tener cifras de mortalidad infantil sustancialmente más bajas a grados de desarrollo económico y tecnológico para una sociedad más bajos. Esto es como cuando uno descubre que la mujer de uno sale con otro. Es categórico. Es decir, es posible generar acciones de extraordinario impacto social, de extraordinario beneficio sobre el bienestar contrastando con lo que era un axioma desde el punto de vista del pensamiento sanitario que era: la mortalidad infantil se relaciona mecánicamente con el grado de desarrollo socioeconómico, o el desarrollo de las fuerzas productivas o el desarrollo tecnológico de una sociedad. Esto lo demuestra Cuba, esto lo demuestra China, esto lo demuestra Costa Rica y algún otro país capitalista, es decir que no solamente es posible desde el punto de vista de la organización quitar este axioma o contrastar este axioma, sino que es posible también dentro de dos sistemas que son antitéticos, por lo menos en lo que significa, ciertas modalidades de organización de la sociedad. Obviamente, muchos más países socialistas logran este objetivo a menor grado

de desarrollo socioeconómico y las experiencias de los países capitalistas son puntuales, pero también pueden darse. Entonces, desde esa perspectiva, no cabe la menor duda de que quien no la logra es porque existe, en cualquiera de los elementos de análisis que se plantea.

Se puede plantear un nivel macro condicionante, un nivel de las relaciones internacionales, un nivel de la relación de distintos sectores, la puja distributiva, cualquier variable que uno quiera considerar desde el punto de vista del fenómeno social en su conjunto o del sector salud, como una expresión del fenómeno social. Es porque sucede algo que no anda bien, en todo caso yo diría que anda muy mal. Parece mecanicista mi razonamiento pero es evidente, es decir esto es algo semejante aunque parezca mecanicista, acá hay muchos médicos, mucha gente que se ocupa en salud, si hay alguien que trata un determinado padecimiento, una determinada enfermedad con recursos relativamente sencillos, y los resuelve, y en el consultorio de al lado o en la sala de dos pasos, trata de lograr los mismos objetivos y no le va bien es porque evidentemente los métodos y las técnicas que aplican para el mismo padecimiento son inadecuados. Entonces, la pregunta fundamental es: ¿qué sucede entre nosotros que anda mal?, y desde allí ¿cuáles son las acciones que son necesarias para su solución? ¿Qué es lo que anda mal en nuestro país desde el punto de vista de la mortalidad infantil? Si uno tuviera que decirlo desde un punto de vista muy reduccionista, muy abstracto, el sistema de salud en su conjunto es un paquidermo psicótico que no se compadece para nada o casi para nada con las que son las necesidades de la población que tiene más riesgo de que su chico enferme y muera. Este es el punto. Es un elefante ciego y con tres trompas. Se mueve sin información, sin recursos, se mueve en acciones que son de algún modo circulares pero sin ningún efecto, se mueve sin reflexión, sin planificación. Los médicos trabajan, hacen cosas. Hay gente extraordinariamente dedicada a su profesión que realiza esfuerzos gigantescos. Pero el elefante está dando vueltas de una manera totalmente loca. ¿Qué quiere decir con esto? Quiere decir que el sistema se ha desarrollado, se ha movido (y después podemos hacer algún comentario en relación a las causas) por un camino y las necesidades han ido por otro. ¿Cuáles son las necesidades, y cómo uno podría contestar en función de esas necesidades?

La mortalidad infantil reconoce dos causas fundamentales o dos segmentos fundamentales. Uno es la mortalidad neonatal. La mortalidad neonatal es más trascendente en la medida en que la mortalidad infantil comienza a bajar a los que se denominan niveles intermedios, niveles intermedios es una manera elegante o candorosa de designar cierta tasa no tan terrible de mortalidad inaceptable. La mortalidad perinatal es entonces más relevante a medida que nos acercamos a los niveles intermedios 25, 30 por mil de mortalidad infantil y la mortalidad perinatal es dependiente en grado superlativo del peso al nacer, es decir que

si bien hay numerosas causas que uno puede considerar de mortalidad neonatal, el 70% de la misma está producida por niños que pesan menos de 2500 g. al nacer y el 50% por niños que nacen con menos de 1500 g. al nacer. El 1% de los niños pesa menos de 1500 g. aproximadamente al nacer, 1, 1.2, 0.8% depende del lugar, y ocasionan el 50% de la mortalidad neonatal.

Ahora hay cifras del país que dicen que más o menos el 7% de los chicos pesan menos de 2500 g., son cifras dudosas desde mi punto de vista, pero no importa, 7, 7.5% de los nacimientos pesan menos de 2500 g. y ocasionan el 70% de la mortalidad neonatal. Entonces hay un foco bien claro de problema que necesita un enfoque. ¿Cuál ha sido la respuesta del paquidermo? La respuesta del paquidermo ha sido en estos últimos 10, 15 años la incorporación de tecnología, de atención neonatal para generar mayor sobrevivencia de los neonatos de bajo peso al nacer. Y esto desde el punto de vista técnico estricto no está mal. Nadie duda que la tecnología y los cuidados intensivos neonatales o la mejoría de la atención neonatal tiene un efecto benéfico en la sobrevivencia de los recién nacidos de bajo peso o chicos de más peso que tienen determinados problemas; pero el paquidermo está más ciego. Introdujo esta tecnología y, sin embargo, en unos estudios que hemos hecho, cuando uno analiza el impacto a nivel poblacional por ejemplo en la ciudad que tiene mayor desarrollo que es la Capital Federal los cuidados intensivos neonatales de este elefante ciego, no mejoran la mortalidad neonatal a nivel poblacional. Entonces, ¿qué ha sucedido? Ha sucedido por un lado que ha entrado la tecnología. ¿Porqué ha entrado la tecnología? La tecnología ha entrado muy claramente relacionada a que es pagada por el nomenclador, es pagada por un determinado sector social que puede acceder a ellas, es pagada por las obras sociales, y da ganancias. En el sector público también se ha incorporado como una necesidad técnica, sin embargo, esa tecnología ha sido incorporada en nuestro medio a bajos costos operativos en estándares de funcionamiento inadecuado y, en gran cantidad de los servicios, no brindan un resultado poblacional satisfactorio. Esto no quiere decir que la tecnología sea mala. Este no es mi punto de vista. Esto quiere decir que tal cual como se inscribe no tiene un beneficio poblacional. ¿Quién juzga esto? ¿Quién analiza esto? Bueno, uno puede hacer un trabajo científico y demostrarlo. El Estado al presente lo único que hace es acreditar estos servicios sobre la base de normas que son absolutamente perimidas. No existe supervisión del funcionamiento de estos servicios y la población en su conjunto no tiene acceso a esta información. Entonces, evidentemente hay una asimetría.

Uno puede actuar sobre la mortalidad neonatal entonces, bajo un enfoque curativo (y dejamos la pregunta flotando de si: ¿es posible mejorar esto desde el punto de vista del desarrollo de la tecnología?). Yo creo que en muchos sectores públicos en muchas provincias es necesario incorporar de un modo sensato mejores estándares de atención perinatal, porque sino parecería desde esta tribuna

que uno estuviera denostando esto en un criterio principista cuando en realidad hay muchísimos chicos que no tienen seguridad social y pertenecen a la población marginal que necesitan recibir servicios de mejor calidad, y que necesitan incorporar algunos elementos de la tecnología. Este paquidermo en su ceguera tiene otro elemento central que es: de los 600.000 o 650.000 nacimientos que se producen en nuestro país, yo no sé exactamente cuántos carecen de seguridad social al presente, pero probablemente sea una cifra creciente. El nacimiento de bajo peso y de muy bajo peso es mucho más alto, aunque hay pocos estudios que lo demuestren así, en aquellos sectores de pobres estructurales y, probablemente, en población empobrecida recientemente, y es también cierto según algunos estudios que existen, que el nacimiento de bajo peso se concentra en algunos sectores sociales que son los que tienen precisamente menor accesibilidad a la salud o atención de peor calidad en cuanto a que esta es coyuntural, de baja accesibilidad, despersonalizada, que éstos son los que tienen más riesgo de nacimiento de bajo peso. Y el sistema, lo único que ha hecho es brindar una oferta nominal de servicios basada en la demanda espontánea sin extender acciones de atención primaria que permitan ejercer algunas formas de intervención crecientes en posibilidad de la prevención del nacimiento de bajo peso y el nacimiento prematuro. Tal como existe el sistema al presente (la tasa de nacimiento de bajo peso, que es multifactorial en sus causas, intervienen infecciones maternas, el estrés, hipertensión arterial, una enorme cantidad de factores, en fin, no importa, pero sobre las cuales el sistema de salud puede intervenir basado en los mecanismos que existen al presente, que es la demanda que existe en las instituciones públicas, haciendo largas colas, esperando al colectivo, expulsando, atendiendo mal, vilipendiando en una modalidad de atención totalmente despersonalizada) va a suceder lo mismo que yo les decía en un ejemplo al principio (del desarrollo africano para el año 5000) la tasa de nacimientos de bajo peso va a seguir siendo muy alta en estas poblaciones. No se ha hecho nada en este sentido y la atención primaria es nada más que una declaración nominal.

Entonces, hoy tenemos un grupo de causas muy importantes. Por ejemplo en Matanza, este paquidermo tiene elementos aberrantes, como por ejemplo que 25% de las mujeres que van a tener su hijo a la institución, al Hospital Paroissien tienen 0 control del embarazo, 1 de cada 4 mujeres tienen 0 control del embarazo y hay otro 25, 30% que tienen dos controles. Ese grupo tiene el triple a cuádruple de mortalidad perinatal y neonatal que el grupo que se controla para el mismo nivel poblacional. Si pasamos a la mortalidad posneonatal, el sistema ha actuado, salvo algunas cosas puntuales, de un modo parecido. La mortalidad posneonatal se debe principalmente a infecciones y dentro de las infecciones, las más importantes son las infecciones respiratorias y ha disminuido un poco la mortalidad debido a las infecciones entéricas. En algunas áreas desarrolladas o

relativamente desarrolladas del país ha crecido la importancia de algunas otras condiciones en virtud de la disminución de la mortalidad por infecciones intestinales y, entonces, las cardiopatías congénitas en la ciudad de Buenos Aires para la población residente es la segunda causa de mortalidad posneonatal. Pero si tomamos el grupo de las infecciones importantes entre chicos que tienen entre un mes y un año vamos a ver que hay ciertos marcadores que el elefante no vio o no ve, de un modo sistémico para actuar.

Cuando analizamos la población que llega a morir a los hospitales, en un trabajo que hicimos vemos que los chicos que mueren por infecciones respiratorias durante los primeros seis meses de vida, la mayor parte de los chicos tiene entre un mes y tres meses y ya es un primer marcador. Estos tienen marcadores obvios que requerían acciones para su recuperación, antes de la enfermedad actual. Como por ejemplo, desnutrición, internaciones previas por enfermedad, madres menores de diecinueve años. Sin embargo, del análisis de los expedientes clínicos anteriores, el sistema los ha atendido como si vivieran en Callao y Arenales. Es decir, en cortes transversales donde nadie se ha compadecido ya con marcadores de daño, no de riesgo, el chico ha perdido peso, por ejemplo. Cuando uno analiza la enfermedad actual de estos chicos, yo no digo que este fenómeno sea en todo el país, probablemente en otras áreas haya una disminución a la accesibilidad a los servicios, muchos chicos mueren en las casas o en otras circunstancias. Pero estamos analizando este fenómeno en la Capital que es, la demanda del conurbano. Cuando uno analiza la enfermedad que le produjo la muerte, encuentra que estos niños que mueren por infecciones respiratorias, en casi todos los casos, su enfermedad duró siete o más días, no fueron enfermedades fulminantes. El chico enferma hoy con una meningococcemia y a la noche está en shock y muere a la mañana siguiente, donde no se puede prácticamente actuar ya que los recursos son limitados. En este caso no es así, son enfermedades que llevan varios días de evolución. El segundo punto es que todos los chicos que murieron por infecciones respiratorias consultaron dos o más veces al sistema de salud. El tercer punto, que es de gran importancia, es que el sistema de salud no caracterizó problemas importantes, como por ejemplo, los antecedentes previos de enfermedades respiratorio-obstructivas, tos coqueluchoide, por ejemplo en lactantes muy pequeños, apneas o evidencias de dificultad respiratoria, aunque sea leve. Entonces el sistema contestó dando una serie de medidas sintomáticas y haciendo una situación de control de un paciente que obviamente no tiene un seguimiento ulterior. Es decir, que el sistema los atiende una vez que se enferman como si se trataran de consultas en corte transversal. Como alguien que se va a tomar la presión, o que va hacer un control, por supuesto que hay algunos chicos a los que le pasa esto y sobreviven, pero el sistema es un elefante monótono que hace siempre lo mismo, que tiene mala práctica sistémica, que no resuelve nada porque

nos hemos acostumbrado a atender muy mal. Nos hemos acostumbrado así porque no tenemos nada que soporta, por ejemplo, un chico es controlado y está en condiciones de presentar cierto interrogante; no está tan crítico como para internarlo, pero no está tan bien como para mandarlo a la casa. Nadie lo podrá vigilar en su domicilio y uno lo devuelve y no sabe qué va a pasar al día siguiente. Nadie puede controlarlo durante algunas horas en un determinado lugar y entonces funcionamos en los consultorios en un fenómeno de todo o nada que es una absoluta perversidad, que es como hemos aprendido la pediatría. En la enfermedad intestinal de los chicos que estudiamos es exactamente lo mismo. No se analizan factores de riesgo y durante la enfermedad actual, los chicos habían salido de postas e ingresan cuatro o cinco días después en fallo multisistémico.

En suma, en la mortalidad posneonatal, el sistema funciona sin analizar factores de riesgo, sin control del chico en salud, sin vacunar. Funciona por coyunturas y cuando el chico enferma lo atiende en cortes transversales, sin posibilidad de evaluar si va hacia la curación o hacia el agravamiento. Atendemos lo obvio, lo que es evidentemente crítico y lo metemos en un hospital. Y luego, los hospitales tienen falencias, tienen límites, problemas, fallas de infraestructura y esto también genera una contribución a la muerte. En síntesis, la mortalidad está en este nivel porque donde se deben ejercer acciones preventivas categóricas de cobertura universal, como por ejemplo, que toda mujer embarazada en nuestro país tenga por lo menos cinco controles de adecuada calidad, donde este control esté estructurado no sobre la base de la demanda espontánea sino de acciones en la comunidad con participación de la misma y con programas que se compadezcan con necesidades regionales o locales y donde la comunidad tenga participación en la definición de los objetivos y la evaluación. Si no se realizan, este fenómeno va a existir. Desde el punto de vista de la atención del parto y el nacimiento hay algunos problemas que son casi críticos, como por ejemplo, maternidades que funcionan en estándares que son absolutamente inaceptables; o la deficiencia de camas que puede existir en el conurbano bonaerense; la atención del recién nacido, tanto los cuidados inmediatos que acontecen después del nacimiento, como la necesidad de resucitación que pueden tener muchos chicos o cuando enferman, son insuficientes. Desde el punto de vista de la mortalidad posneonatal, de la mortalidad entre el mes y el año de vida, es evidente que no hay control suficiente del chico en salud. No hay supervisión y evaluación del crecimiento, se pierden oportunidades de vacunación, hay chicos que se están dañando frente a los ojos del sistema de salud que los atiende en cortes transversales sin compadecerse de esto. No hay un mecanismo que soporte el trabajo que se puede hacer en los consultorios o en instituciones con acciones que se vinculen dentro de la comunidad. Entonces, cuando el chico enferma lo atiende en una mala práctica sistémica de cortes transversales. Es obvio que hay mucha mortali-

dad evitable que va a persistir mientras esto no se modifique. Si uno espera asentarse, entonces, esto llega hasta el año 6000.

Si uno plantea qué acciones se requieren, es evidente que las acciones pasan por una reformulación del sistema de atención. Sobre la base de objetivos distintos, recursos que tienen que brindarse en estos objetivos, sobre la participación del equipo de salud y la participación de la comunidad. Personalmente, para cerrar, pienso que si bien es cierto que uno puede plantear una suerte de responsabilidad de la sociedad en su conjunto, esto es quizás un poco general. La responsabilidad central en el diagnóstico, en la ejecución y en la definición de los objetivos en la modificación del sistema de salud, le compete al Estado. La responsabilidad que le compete al pueblo es demandar y generar cambios si esto no se cumple. (*Aplausos*).

Dr. Atilio Castañaro: Con lo que han dicho aquí los compañeros no me queda otra cosa que relatar el problema tucumano, que es igual o mucho más profundo. Nosotros estamos insertos en el centro de la provincia de Tucumán, donde hay una distancia de frontera a frontera, hacia el sur de 120 km, hacia el norte 80 km, hacia el este otros 80 km y hacia el oeste, que es Catamarca, más o menos otros 80 kilómetros. Curricularmente o históricamente esta población hace uso de esa institución para partos. A medida que han ido pasando estos períodos de crisis, como cuando en el año 68 se produce el cierre de los ingenios, de 1.100.000 habitantes nos fuimos a 700.000 habitantes. Les exportamos a ustedes, sobre todo al Chocón, Cerro Colorado, cuando fue la epidemia de sarampión que fue manejada en Río Negro. Actualmente hemos vuelto a 1.300.000 habitantes, aproximadamente, según el último censo. Tenemos 22.524 km². El 80% de los nacimientos de la provincia se hacen en esa maternidad. A su vez, tenemos los que llamamos importados, al oeste tenemos a los catamarqueños de Santa María de Catamarca a quienes les resulta más rápido llegar a Tucumán que llegar a Catamarca. Hacia el este, al santiagueño de Las Termas, de Las Cejas, le resulta más rápido también. Hacia el norte, al salteño del Tala, Metán para abajo, le resulta más rápido llegar a Tucumán. Por lo tanto, el servicio de neonatología es abierto-cerrado, es decir, recibimos chicos de nuestra producción y chicos que ya vienen nacidos mal transportados. Nunca fue un servicio de alta tecnología, nunca tuvimos respirador, PH-metro. Tuvimos en un tiempo incubadoras mal conservadas, ustedes conocen la problemática del mantenimiento. En este momento tenemos 65 plazas de internación; un personal de 55 enfermeras, incluidas las de los servicios de apoyo; hay un médico interno que hace guardias las 24 horas y los médicos de planta.

La problemática fundamental, como decía aquí Pedro, no es sólo el recibir el chico o la parturienta que en el 70% de los casos van a parir y nunca han tenido un control previo al parto, sino que después que se hace lo que se puede, desde el

punto de vista neonatológico, el reintegro del chico al mismo sistema que le produjo la problemática. Es decir, como pasarlo de la sartén al fuego. Voy a leer una estadística del semestre enero-junio del 90. El total de nacidos vivos fue en este período de 4934. Practicamente, 10.000 partos por año. La incidencia del muy bajo peso al nacer es del 3%, de bajo peso el 11,9%, del peso deficiente el 25% y de menos de 1000 g. el 1,1%. La tasa de mortalidad fetal fue del 55,9%, la precoz el 31,8% y la tardía el 24,1%. La tasa de mortalidad neonatal el 24,7%, la precoz el 22,9% y la tardía el 1,8%. La tasa de mortalidad perinatal, el 47%. Todo esto tiene que ver con la ausencia de recursos. Yo estoy en la jefatura del servicio desde el año 88 y junto con todos los colegas que me han precedido hemos pedido recursos humanos. En los años 70-72, la tuvimos a Grace Thompson en el servicio formando gente en enfermería neonatológica y luego se las llevó la actividad privada. El Estado gastó, formó pero no las pudo mantener. Teníamos 150 enfermeras en esa época y se las llevó la actividad privada. Como ahora ni siquiera la actividad privada puede mantener enfermeras, éstas se están yendo del país. Eso es en cuanto al recurso humano. Luego hay que considerar los recursos materiales. Nunca tuvimos este tipo de recursos, sólo incubadoras que con poco *service* es muy difícil que en una maternidad como esa funcionen mucho tiempo. Todo el material está funcionando siempre, trabajando a *full*, por supuesto con un desgaste terrible. En la actualidad, hemos tratado de superar el problema, en parte, teniendo menos tiempo internado al niño. Sobre todo humanizando la cosa, pregonando la lactancia materna: muy precoz, el contacto rápido con la madre y el alta precoz acompañada y apoyada. Este es un proyecto que se llama Yulca que en quechua quiere decir "el más pequeño de los chicos".

De esa forma estamos disminuyendo bastante el promedio de internación. Tenemos en lo que llamamos internación aislada un total de ingreso de 755 en esos seis meses; 4934 partos; un total de fallecidos de 163 y un porcentaje de fallecidos del 21,6%; un porcentaje de internación del 13% y un promedio de días de internación del 5%. Más o menos entre el 13 y el 15% de los niños que nacen son internados, el otro 85% va con la madre al piso. Se trabaja con ritmo de cama caliente, es decir, a veces no alcanzan a estar 24 ó 48 horas y eso no quiere decir que esos chicos no tengan una razón de riesgo. (*Aplausos*).

Dr. Alejandro Wilner: Escuchamos la ponencia de cada uno de los expositores y estamos a la espera de las preguntas que pedimos que en un primer momento sean escritas y luego si alguien quiere hacer algún aporte o pregunta en forma oral, se le va a acercar el micrófono.

Pregunta: ¿De qué quisiera el Dr. Duro que se haga cargo el Estado? Por su poca trayectoria dentro de este Estado de qué se tendría que hacer cargo y

de qué no se hace. No se si queda claro, porque si tienen dos o tres hospitales nada más, se hacen cargo de eso, el resto es el país también.

Dr. Eduardo Duro: Ustedes saben que por la estructura de organización de este país, es un país federal y las provincias tienen delegadas en la Nación exclusivamente las relaciones exteriores y la defensa. Todo lo demás es responsabilidad de las provincias. Por una cuestión histórica, el Ministerio de Salud fue creciendo, supliendo y apoyando las actividades de las provincias en lo que respecta a la educación y a la salud pública. Yo no defino las políticas económicas de este país, simplemente trato desde, lo que me toca, marcar las líneas de acción para que en base a un enfoque de riesgo poder tratar de definir dónde sería bueno que se ejecuten acciones para tratar de mejorar la sobrevivencia de los chicos. Coincido con que es muy poco lo que nosotros estamos dando de leche, no pretendemos darle de comer al país con la poca leche que damos. Es leche exclusivamente para apoyo de los programas de seguimiento de mujeres embarazadas y de chicos. Recién me decían ustedes que piensan que el Estado nacional es un organismo de beneficencia. Yo no creo que desde el Estado nacional se le pueda dar de comer a todos los argentinos. Creo sí, que es una responsabilidad del Estado nacional tratar de mantener a los argentinos mejor nutridos. Esto tiene que ver con una cuestión de distribución de la riqueza y no de una cuestión de dación desde el Estado.

Público: Hay un pacto internacional que se firmó creo en el año 1989 o menos por el cual es obligatorio por parte del estado hacerse cargo de la alimentación y la salud de los menores. Cuando esos pactos no se cumplen se están violando derechos humanos. Acá no tengo desgraciadamente la fecha de firma de ese pacto, este país lo firmó. Entonces, creo que es una violación que el Estado no se haga cargo de la alimentación de los chicos. *(Aplausos)*.

Pregunta: Coincido con lo que acaban de decir, pero además existe el problema de la política del gobierno y de los gobiernos, por lo general, son coherentes, es decir tienen una coherencia. Por ejemplo, la descentralización, la municipalización fueron una forma intermedia para que el Estado se desligue de garantizar este derecho que se acaba de mencionar claramente. El otro problema es el rol de los funcionarios. Yo hice hace poco un trabajo de investigación en enfermeras que trabajan en pediatría y realmente sus condiciones de vida y de salud mental son bastante pobres, precisamente porque tienen que soportar y sostener lo que significa ver la muerte o la imposibilidad de que los chicos reviertan sus cuadros, además de tener que irse a lugares privados. Entonces, el problema de los funcionarios me parece muy importante porque no son los que sufren el dolor de cerca, por el con-

trario, cobran un sueldo que no se cuál será, pero supongo que no es el de una enfermera o de un médico residente y que no resuelve estos problemas ni les preocupa tanto. Dejando esto de lado, ya que estamos de acuerdo con esto, me preocupa si el resto de la mesa cree que es posible bajar la mortalidad infantil y además mejorar un poco la vida sin un aumento sustancial del presupuesto en salud. Por otra parte, el control por parte de los interesados directos, sin intermediaciones que luego no se sabe dónde está la plata. El control directo de los trabajadores de la salud y de la comunidad interesada. Sin estas dos medidas, ¿ustedes creen que es posible mejorar las condiciones? Yo particularmente creo que no, por eso la hago.

Dr. Pedro de Sarrasqueta.: Mi respuesta, es que sí se puede. El gasto en salud debe andar alrededor de los 100 dólares por habitante por año. Es muy difícil establecer cuanto corresponde de esto al gasto materno infantil. Pero es bien claro que es posible mejorar las condiciones de salud materno infantil con gastos incluso menores. Lo que está en discusión, en primer lugar, es en qué se gasta y en segundo lugar, quién controla el gasto y cómo se gasta. En nuestro país, de esta fracción que comenté que se gasta por año por habitante, una cantidad sustancial se gasta en medicamentos. Esto tiene que ver con un mercado de los medicamentos con la obtención de ganancias en ese mercado, con el desarrollo de la industria farmacéutica a nivel internacional y local, con una cuota enorme del poder político que es un escenario político distinto al nuestro, es posible de reducir sustancialmente el gasto en medicamentos inútiles y dedicar esos recursos a otras acciones en salud. Es posible, por ejemplo, disminuir el gasto en tecnología o no incrementarlo y dedicar ese gasto a acciones preventivas. Es posible desde la perspectiva del gasto social en su conjunto disminuir gastos improductivos que se relacionan a la tasa de ganancia y al mercado y dedicarlos a saneamiento ambiental. Pero esto es el problema del poder político, del escenario político. Cuba baja la mortalidad infantil con un gasto en salud sustancialmente menor y tiene una expectativa de vida semejante a la de los países desarrollados. Obviamente, esto implica una modalidad de organización política diferente, una relación entre las distintas clases sociales diferente y una participación popular en la ejecución de esas acciones diferentes. De tal manera que no es estrictamente un problema del costo o de lo que uno gasta sino cuál es el escenario político, quién tiene el poder y quién dirige las acciones. Lo que sí es cierto, y es importante, el gasto dirigido en función de las necesidades del mercado, genera una hoguera que se consume en sí misma. Esto lo plantean incluso los países desarrollados. En el presente, Estados Unidos tiene 20.000 dólares por habitante por año y tiene un gasto en salud que llega casi a 1000 dólares por habitante por año. Ellos se plantean desde la perspectiva del sistema capitalista, que es imposible seguir con ese

gasto en salud porque este gasto tiene una relación costo-beneficio cada vez menos trascendente. Se plantean dirigirse hacia acciones preventivas. Esto choca con lo que es la necesidad de la ganancia, lo que es el desarrollo del capital y lo que es el desarrollo de la tecnología, que es una de las principales industrias en los países desarrollados. Este es un marco de cuestionamiento que se da en los países desarrollados. En los países dependientes como el nuestro, es posible con menor gasto en salud, pero lo que sucede es que desde la perspectiva del campo popular, obviamente uno exige mayor gasto en salud como un reclamo lógico, coherente frente a las carencias y la necesidad. Tan importante o más importante que esto, es ¿quién determina las acciones?, ¿cuáles son los objetivos?, ¿cuáles son las direcciones del beneficio social?, ¿en qué se debe gastar? Este es el problema del poder. Se gasta en esto porque hay un determinado poder, no se gasta en lo otro por ese poder. Estamos en un proceso histórico que es una lucha en la dirección del beneficio social en su conjunto o en la dirección de las necesidades del mercado. Lo que sí es cierto es que el remanido mercado que parecería la mano invisible que va a sacar al planeta de la barbarie, cuando es uno de los elementos que ha generado la barbarie, tiene un elemento de perversión central. Lo que produce ganancia, que es lo que tiene mayor valor agregado, lo que tiene más tecnología, mayor realización de la plusvalía, no se compadece estructuralmente con las necesidades humanas en su conjunto. Este es un problema fundamental. Si bien es cierto que el desarrollo tecnológico tiene cambios epistemológicos importantes, como la aparición de las vacunas, medicamentos que tienen un efecto multiplicador, lo que sucede al fenómeno en la punta mundial, que es el desarrollo de la tecnología, no genera expectativa de vida o mejor calidad de vida como fenómeno global en su conjunto. Estamos en un momento de baja transformación desde el punto de vista de lo que es la ruptura epistemológica en el conocimiento. Entonces, en este momento, la tasa de ganancia se dirige en función de cambios sutiles, pero que no se compadecen con lo que son las grandes necesidades sociales. Desde nuestro país y desde la necesidad de amplísimos sectores esto debe salir desde el campo del mercado, debe salir de lo que es una puja distributiva. Que salga en esa dirección es un problema de la naturaleza del poder y la relación de los distintos poderes dentro de una sociedad.

Público: ¿Se puede bajar la mortalidad infantil con el actual presupuesto?

Dr. Eduardo Duro: Creo que efectivamente se puede bajar la mortalidad infantil con el actual presupuesto si existe una mejor distribución del gasto en salud. Estamos gastando mucho en medicamentos y se está gastando mucho en equipamiento que en nuestro país no es necesario. Por ejemplo, el doctor recién hablaba de la socialdemocracia. El gobierno socialdemócrata nos está ofreciendo cré-

ditos blandos por 90 millones de dólares de equipo radiológico de alta complejidad, tomografías computadas y de resonancia magnética. Es exclusivamente para comprar eso. El crédito no es para fortalecer los sistemas de atención primaria ni para la formación de enfermeras. Es para comprar equipos radiológicos. Indudablemente estos créditos que nos ofrece la socialdemocracia no hay que tomarlos. Entonces, con el actual presupuesto algo podemos hacer si nosotros lo orientamos, si gastamos donde realmente hay que gastar y vamos a reducir algunas de las horribles estadísticas que tenemos.

Público: ¿Dr. Duro, en su curriculum tiene horas dedicadas a atención primaria? ¿Piensa que se puede entrar al primer mundo con provincias donde uno de cuatro niños, que también son argentinos, están desnutridos?

Dr. Eduardo Duro: Primero no sé qué sentido tiene que yo cuente donde estuve trabajando. En cuanto a la segunda pregunta, ustedes piensan que a mí no me interesa el tema de la desnutrición. Yo no voy a decir que vamos a hacer desaparecer la desnutrición, pero sí creo que con medidas puntuales dirigidas sobre los grupos de riesgos podemos llegar a mejorar algo nuestros indicadores. Creo que el primer mundo no está lejos nuestro.

Público: ¿Cómo se compra la leche? Yo cuando compro un kilo de leche en un supermercado, pago menos de tres australes o tres dólares, Ud. dice que sale cuatro el kilo.

Dr. Eduardo Duro: Las compras son aproximadamente por eso. Las licitaciones, cuando se hacen a nivel nacional, son muy grandes y en la última sólo se presentó un oferente con ese precio. Indudablemente que la presión de las provincias que reclaman para la prosecución sus programas de leche, hace necesario que se compre y el mecanismo de compra, dentro de la estructura del Estado, no pasa por la dirección de maternidad e infancia que dice la necesidad de leche para los programas. Pasa por áreas que dependen del ministerio pero relacionadas con la administración.

Público: Si las provincias sólo delegan las relaciones internacionales y la defensa. ¿Para qué se supone que existe el Ministerio de Salud y su propia función?

Dr. Eduardo Duro: Es muy difícil dar una respuesta a esto. La dirección de maternidad e infancia trata de dar normas, de marcar líneas de acción y poder establecer de alguna forma la supervisión y el control de las actividades de materni-

dad e infancia que se hacen en cada una de las jurisdicciones. La actual estructura del Estado no la diseñé yo personalmente.

Público: No compartimos el dato acerca de que faltan funcionarios. Tenemos la impresión que sobran funcionarios, que hay más funcionarios que funciones cumplidas. Los recursos de un país en crisis, fruto de los impuestos de sufridos contribuyentes, los que no sufren son generalmente evasores, ¿pueden ser destinados a programas sin control alguno? ¿En qué se gastan? Sin programas de evaluación alguno, para saber de cerca su utilidad, como su destino final, ¿no es esto un delito?

Dr. Eduardo Duro: Creo que sí es un delito. Si los recursos destinados a programas puntuales se dirigen a otro tipo de acciones. Si ustedes saben de este tipo de hechos deben hacer la denuncia penal. Por otro lado, cuando me refiero a funcionarios me refiero a todos los funcionarios, significa desde el que está en los niveles centrales de la conducción hasta la última de las auxiliares de enfermería o el agente sanitario en las provincias.

Dr. Alejandro Wilner: Hay un aporte escrito de la audiencia que dice: La mortalidad infantil no se disminuye cuando todos tomemos compromiso, como dijo el doctor Duro, sino cuando acumulemos poder político para derrotar con una alternativa popular esta política de entrega y resignación.

Público: Quiero acotar algo a lo que se dijo. Parecería que acá se está hablando de dos países. Un país serían las provincias y otro la Capital Federal. Cuando vienen las elecciones los gobernantes o los políticos no hacen diferencias y llevan como caballito de batalla a la salud y la educación, como primordial para atender. Resulta que cuando suben al gobierno parece que eso pasara a la historia y que cada provincia se arregle. Creo que sería conveniente que si verdaderamente no van a apoyar a las provincias en educación y salud, no se acercaran a hacer su propaganda política diciéndolo. Sabemos que hay dinero, pero que éste no cumple la función verdadera que debería cumplir. Yo soy agente sanitario y considero que en un tiempo habíamos sacado que con la mitad del valor de un cigarrillo, se podía hacer atención primaria y esto no lo tenemos para hacer atención primaria. Considero también que no debemos esperar estar concientizados como Cuba. Tomemos el ejemplo, pero para llegar a ser Cuba lamentablemente nos falta mucho.

Público: ¿Por qué los planes de maternidad e infancia no incluyen la anti-concepción?

Dr. Eduardo Duro: Dentro de las líneas de acción del ministerio, existe el apoyo a políticas de reproducción de acuerdo a los patrones culturales de nuestra población.

Público: *Una cosa que parece que quedó flotando en el ambiente es que no se sabe bien si son 3, 4, 8 ó 10 los niños que se mueren recién nacidos o menores de un año básicamente. Creo que se mueren si no hay cifras, obviamente, quiero pensar que la tasa de mortalidad infantil es mayor que la que da el gobierno nacional y los gobiernos provinciales. No hay cifras oficiales, pero de todas maneras, si con lo malo que hay y a uno le gusta hacer cosas, para poder trabajar en política primero uno tiene que tener un diagnóstico y sobre todo en salud. Con todo lo malo que son los certificados de defunción, que se fijen las causas y van a encontrar que las tres primeras causas de muerte en menores de un año son enfermedades prevenibles o inmunoprevenibles. Ya que digo inmunoprevenibles, ayer coordiné un taller de inmunidad en estas jornadas y las quejas de los agentes sanitarios eran que no tenían vacunas. Entonces, yo quiero saber si no hay vacunas, no hay leche ¿la tasa de mortalidad subirá seguramente mucho?*

Dr. Eduardo Duro: Hace un mes, con la asunción de la Dra. Moreno en la Subsecretaría de Salud, el primer acto administrativo de la doctora fue pagar la deuda con la Oficina Sanitaria Panamericana del adelanto de la vacuna del año pasado, que no se había pagado. Entonces, el pago del adelanto de la vacuna del año anterior hace que la Oficina Sanitaria entregue las vacunas, especialmente las bacterianas como la triple y la antitetánica. Ya están llegando al país para su distribución en las distintas jurisdicciones. El año pasado no se pagó la vacuna, la de este año tampoco está paga.

Público: *Qué prioriza nuestro gobierno, el pago de la deuda externa o el pago de nuestra deuda interna. Esta es deuda interna. (Aplausos).*

Público: *Alguien hizo una pregunta acerca de los métodos anticonceptivos, ¿por qué este ministerio no lo tiene en cuenta? Yo digo, recordando un poco épocas anteriores, se ha dicho que en nuestro país había mucho por poblar y por eso no había que usar métodos anticonceptivos impuestos a una población. Eso sería antidoctrinario. El dicho de las familias que concurren a nuestros puestos es que los hijos son la felicidad del pobre, pero ese mismo pobre reclama a gritos tener las mismas posibilidades que otros medios donde sus hijas adolescentes no se mueren por un aborto hecho por una comadre en el barrio, sino que tengan el derecho a una relación sexual, que es natural, que no la podemos impedir y que es lógico en cierta edad de la mujer*

y el hombre.

Además, la madre que también reclama que no puede tener más hijos o que quiere tener los hijos deseados. Este es otro de los problemas que se nos presenta en los servicios de salud. Creo que es correcto que tenga el derecho a organizar su familia y esa adolescente a no morir y a tener los mismos derechos que esa otra adolescente que es atendida en un sanatorio por una simple apendicitis y sigue su colegio secundario a los dos días.

Esta es la realidad y por eso reclamamos una respuesta acorde con esto.

Dr. Eduardo Duro: Yo le puedo decir que dentro de las líneas de acción que el ministerio lleva adelante con los ministros de salud de las provincias para implementar en acciones a nivel de cada una de las provincias, incluso la suya, está en salud perinatal.

Le voy a leer explícitamente: "generar a través de la difusión por los medios y la educación para la salud la conciencia en nuestra población de la trascendencia de una plena salud reproductiva y hacer accesible, en su sentido más amplio, la oportunidad de nuestra población a la reproducción, respetando su idiosincrasia y sus valores. Lograr la cobertura universal con una detección temprana antes de los tres meses de embarazo, con una atención en calidad adecuada de la embarazada con por lo menos cinco consultas durante la gesta. Para este fin, es necesario la correcta utilización de todo el recurso humano del equipo de salud, según las necesidades y los recursos disponibles en cada área". Esa es la responsabilidad del ministerio a nivel Nación. Tratar de llevar líneas de acción para que las jurisdicciones que realmente tiene las posibilidades de hacer las acciones, las lleven adelante. Para esto, todos los ministros de salud de las distintas provincias, el miércoles de la semana que viene van a firmar este documento que ya está en sus manos y con su aprobación parcial.

Dr. Alejandro Wilner: El doctor Duro, tiene algunas preguntas escritas para contestar y luego daremos por terminada la mesa.

Público: ¿Cuánto es el gasto de los sueldos de los funcionarios? ¿Qué porcentaje representa? ¿Cuánto cobra Ud.?

Dr. Eduardo Duro: Desconozco el dato acerca de cuanto cobran los funcionarios y qué porcentaje representa. En cuanto a mi sueldo, aún no he cobrado nada.

Público: Le pediría que desarrolle una metodología por la cual el ministro de Salud de la Nación podría afianzar el hospital público. ¿Cómo se explicaría en esa metodología la transferencia de los hospitales nacionales? Pos-

das, Borda, Moyano, Rivadavia a la Municipalidad de Buenos Aires?

Nota de los editores: No se logró grabar la respuesta a esta pregunta, ni las últimas preguntas.

EDUCACION POPULAR

(Mesa redonda)

COORDINA:

Lic. Nora Elichiry

Profesora Titular de la Facultad de Psicología, UBA.

PANELISTAS:

Dra. Catalina Eibenschutz: UNAM, México.

Lic. Elsa Lobo: Secretaria de Salud de San Pablo, Brasil.

Lic. María Sirvent: Directora del Instituto de Ciencias de la Educación, UBA.
Consultora de la UNESCO

Lic. Nora Elichiry: Quisiera compartir con Uds. la presencia en esta mesa de Elsa Lobo, Catalina Eibenschutz y María Teresa Sirvent, tres destacadas militantes de la educación popular en América Latina.

Elsa Lobo es educadora, investigadora del Instituto de la Salud, Secretaria de Salud de San Pablo, presidenta de la Red Mujer, entidad que se ocupa de educación popular con grupos de los sectores populares, miembro del Consejo del Centro Latinoamericano de Estudios en Salud Mental y se autodefine militante de la educación popular desde los años 60.

Catalina Eibenschutz es médica de la Universidad Nacional de México, especialista en endocrinología. Se desempeñó también en esta especialidad en Cuba, con una amplia trayectoria en el campo de la medicina social, ha sido coordinadora de la maestría de la Universidad Autónoma Metropolitana de la sede Xochimilco de México, llegando al decanato de la Facultad, con una acción comprometida durante un largo período.

La profesora María Teresa Sirvent, argentina, directora del Instituto de Ciencias de la Educación de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de

Buenos Aires, es investigadora del CONICET y profesora del Departamento de Ciencias de la Educación. Su área de especialidad es desarrollo sociocultural y educación popular, y también se define como militante de la educación popular desde los años 60.

Cuando estuvimos un poco conversando sobre esta temática, para tratar de organizar los ejes para esta mesa, lo que se acordó fue no hablar de la educación popular en general, sino contextualarla en nuestra situación actual en relación al modelo neoliberal que estamos sufriendo en América Latina y repensarlo desde esa posición. Dejo entonces abierta un poco esta discusión en la palabra de Elsa Lobo.

Lic. Elsa Lobo: Bueno, la idea que queríamos tener aquí hoy, la que pretendemos, es hacer un diálogo. Un diálogo entre la mesa y el público que está, a pesar del espacio, y no un coloquio como pensábamos en la propia mesa que planeamos en un primer momento, y sí en un debate entre la mesa y después con el público, pero de todos modos vamos a intentar que el espacio nos ayude.

Y pensando entonces en cómo repensar la educación popular hoy y qué rol desarrolla la educación popular en este final de siglo, con todo lo que hemos visto esta semana y qué apuntamos del proyecto neoliberal, cuando nos encontramos en una coyuntura política internacional que está caracterizada por el desencuentro, la desorientación, en cuya coyuntura reina el culto al pluralismo y la sana diversidad de fuerzas, ambos elementos, tanto el pluralismo cuanto la diversidad de fuerzas están necesariamente presentes en la producción teórica y el quehacer práctico de nuestros partidos y nuestras organizaciones populares.

Uno de los principales retos que tenemos ante nosotros mismos los que nos ubicamos en el campo de la izquierda y de las fuerzas progresistas, es la elaboración de alternativas políticas, económicas y sociales viables y capaces de movilizar un vasto apoyo popular. Esa es una tarea de gran complejidad que se presta a muy diversas elaboraciones, pero de cuya síntesis saldrán, indudablemente, los proyectos democráticos que demandan nuestros pueblos.

Como el tema es educación popular no empezaría sin dar el primer punto que allá en Brasil estamos repensando esta educación popular hoy: será que lo que estamos haciendo en nuestro quehacer cotidiano, y que lo estamos denominando educación popular, sirve para este fin de siglo, o lo que estamos haciendo es repitiendo cosas que las hacíamos en los momentos autoritarios, en los momentos en que teníamos los regímenes militares y que teníamos que juntarnos en pequeños grupos, en pequeños trabajos o en las parroquias de los barrios, o mismo en pequeñas asociaciones, en clubes de madres o, en fin, un quehacer posible dentro de un momento histórico determinado.

El momento es otro, entonces, no estamos de ninguna manera descartando que tenemos que seguir con la educación popular, pero tenemos que agregar

esta educación popular otros elementos que respondan a la realidad actual. Entonces yo, antes de venir para acá, en la semana que antecedió a estas Jornadas estaba con un grupo de educadores en el noreste de Brasil, en Bahía, evaluando dos trabajos: uno de una escuela popular que queda en Pernambuco. Y la otra una Universidad Popular que queda más al norte, en Belén do Pará.

Las dos se ocupan de educación popular: la primera, es una escuela que se ocupa de la formación de los trabajadores rurales, que son líderes que pertenecen a la Central Unica de los Trabajadores, la CUT. Es ella a nivel de cada provincia quien hace la indicación de los que deben ir a estos cursos que se dan por módulos, es decir, empieza en un primer momento a partir de la construcción de un mapa de donde provienen los participantes, ellos traen toda la información acerca de su localidad y empieza todo un trabajo a partir de la propia producción, o sea, cuál es la producción que ellos, trabajadores, producen en esas áreas de donde vienen.

Y a partir de ahí se trabaja con ellos las relaciones entre la producción y ellos como trabajadores, y a partir de eso toda otra relación con la realidad social que vive el país, y ellos vuelven a sus localidades y deben desarrollar a nivel local lo mismo que han tenido en el módulo allá en la escuela. Pasados unos cuantos meses ellos regresan para otro módulo, pero en ese tiempo, en el que el grupo está al frente de la escuela va a nivel local a acompañar qué es lo que están haciendo. Y en esa evaluación lo que ellos planteaban es la necesidad de seguir investigando, porque ellos creen que no es suficiente el trabajo que están desarrollando, que habría que, dentro de los ejes de la escuela, tener otro punto que fuera lo de trabajar más no sólo a nivel descentralizado sino que se tuviera que trabajar la investigación en sí misma a partir de ese quehacer local, y la manera en cómo después la escuela lo juntaba con otros aspectos.

La otra experiencia de la Universidad Popular, que se da en Belén, bien al Norte del país, y la UNIPOAPI, como es llamada, es una universidad que está relacionada con los maestros de la Universidad Federal de Pará, donde se dan los cursos para los trabajadores que vienen de los barrios de Belén a partir de ser indicados, elegidos, por 16 organizaciones populares.

Esas organizaciones, preocupadas por los problemas sociales que existen en el área de Belén, eligen quiénes son los que deben ir a la escuela para una formación. La escuela trabaja con varias materias, que hace de una manera más reducida en términos de tiempo, porque son cursos nocturnos y les transmite una serie de conocimientos que son útiles para el trabajo y el mercado de trabajo de Belén. Pueden, a partir de ahí, lograr una mejor ubicación en el trabajo, y siempre, como Uds. saben, que con la política de ajuste los trabajos están también siendo modificados.

Pero de todos modos, ellos asumen este otro rol. Ahora, lo que aparece, lo

que desprendemos de la Universidad Popular es que, aunque haya un interés por parte de los profesionales de tener ese acercamiento a la población, de tener el curso que se mantiene durante todo el año, que se autodenominara Universidad Popular, en verdad, no están teniendo una práctica que colabore con el grupo de trabajadores porque no están trabajando en la búsqueda de las soluciones de los problemas que ellos tienen a nivel de donde están viviendo. Entonces hay una diferencia.

Traigo esto porque ayer me marcó mucho también lo que se habló aquí de Villa Constitución, y pienso que también tendríamos que estar reflexionando un poco. Cuando el compañero trabajador sindicalista hablaba de toda la lucha de los años 70, la manera como los profesionales se acercaban a los grupos de trabajadores y cómo se tenía un discurso descolgado de toda una práctica, y que muchas veces los trabajadores no querían estar involucrados en estas distintas corrientes que se presentaban, pero que se presentaban sin dar respuestas a ese quehacer diario.

Entonces, me parece que sería por ahí para empezar, después hablaríamos de otras cosas que están apuntadas aquí, de lo que fue la discusión también en el curso del Ministerio de Educación y Salud, que fue un aporte muy rico de todos sus alumnos, que han venido de distintas provincias, entonces ha enriquecido mucho toda esa reflexión que podemos tener aquí.

Dra. Catalina Eibenschutz: Nosotros habíamos prometido hacer esto lo más dinámico posible, y yo voy a empezar por cuestionar lo que dice Elsa al respecto de que todavía existen varias corrientes. Yo creo que el desconcierto —yo no soy especialista en educación popular, sí en educación para la salud— y yo diría que lo terrible del momento actual es que nos han quitado las banderas. Nos han quitado, yo me refiero a aquellos que luchábamos hace mucho tiempo por una educación popular que se basaba en pelear por el derecho de la población a esta educación, en pelear por las medidas preventivas —pelear en el buen sentido— discutir era nuestra bandera, educar para la prevención con varios enfoques y con varias técnicas.

A la vuelta de no más de cinco ó seis años, resulta que hay un proyecto educativo para todo el mundo, proyecto que va por la vía de la comunicación de masas a todos los países, y tenemos, bueno, ya se han mencionado varias veces aquí en esta reunión el asunto de la guerra del Pérsico y la CNN que nos dio la versión oficial, pero nos dan la versión oficial en muchas cosas, y yo quiero subrayar tres características esenciales de la educación para la salud, moderna, entre comillas.

Una de ellas es la culpabilización del paciente, es decir, el paciente es responsable de todo lo que le pasa. El obrero es responsable de los accidentes; en

México hay una propaganda por la televisión, excelente, donde los obreros sufren diferentes accidentes y al final hay una frase que dice: "Ten cuidado, porque después ya nada es igual". Muy bonitos los anuncios y muy culpabilizadores.

Después están las madres, y las investigaciones, no es nada más la propaganda que, por su culpa, el hijo pescó el sarampión, la madre que por su culpa el hijo está desnutrido, y así sucesivamente. Entonces, hay una corriente fuerte de culpabilización del paciente, una corriente muy fuerte también de pago de servicios. En México por lo menos es muy fuerte; México tenía un sistema de salud con una cobertura bastante amplia y gratuito. Entonces, ahora surgen cada vez con más intensidad los anuncios sobre los seguros privados.

Uno de los 12 puntos que se están discutiendo en el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos es el de los seguros, no dice si son seguros de salud, pero son también seguros de salud y de muchas otras cosas, cosa que en México antes no había.

La tercera característica, que es un poco enloquecedora casi, un poco esquizoide, dentro de esta culpabilización es que, recientemente, en Cuba me encuentro con que también están haciendo educación para la salud para cambiar los estilos de vida. La frasecita de los estilos de vida, y la frasecita de la transición epidemiológica: los países subdesarrollados estamos en transición hacia los países desarrollados porque tenemos más accidentes cerebrovasculares, más muertes por tumores y seguimos teniendo las mismas por enfermedades infecciosas. Eso es una de las cosas que se ha discutido bastante.

Entonces, en relación con la transición, la solución ahora para todo es educar. Educar, ahora resulta que la educación la tomaron el nuevo modelo, las clases dominantes, el grupo financiero, los Estados Unidos, como le quieran llamar a estas acusaciones que ya han pasado de moda pero que existen en la realidad como un proyecto de organización mundial, y ahora resulta que ellos son los que se encargan de educar, culpabilizando y cambiando los estilos de vida.

Realmente, cuando yo llegué a Cuba y me encontré con que querían cambiar los estilos de vida y educar a la gente para que no se estresara, cuando están amenazados con la invasión, cuando no tienen petróleo, y la mayoría de los médicos y de los educadores para la salud no lo cuestionan. Entonces, yo cuando decía al principio —me encanta el optimismo de Elsa diciendo que hay varias corrientes—, yo lo que siento es que realmente nos están quitando las banderas a una velocidad tan rápida que no hemos sabido contestar todavía y apenas estamos entendiendo las cosas que nos pasan.

A lo largo de diez años en salud, por ejemplo, pasó una época —cinco ó seis años— donde todos los países se embarcaron entusiastamente en crear sistemas nacionales de salud, con mayor o menor éxito. Cuando ya estábamos entendiendo lo que era un sistema nacional de salud, con sus diferentes manifestaciones en

los diferentes países, de repente aparece ahora que la solución es lo privado. Es la vuelta a lo privado, a los seguros privados, y que curiosamente esto va acompañado de verdad de un proyecto muy bien montado. Nosotros nunca hemos sabido hacer buena comunicación de masas —esa es mi opinión— ni somos dueños de las cadenas televisivas, y por la televisión se pasa una propaganda donde yo diría que está el pueblo —por lo menos en el caso de México—, deseoso de ser atendido por la privada, por la medicina privada que es de una calidad en los puntos alejados realmente deplorable, pero que algo pasa con la población que está asumiendo este modelo terrible —que yo llamaba de la Edad Media— exitosamente, y con una campaña que no sólo va por la educación específica y por la educación popular: es una campaña bastante coherente que va a través de la educación por la televisión, por las películas, los eslógans de la radio, etc., y que *ha tenido un éxito que a mí realmente me parece aterrador y que nos obliga a tratar de salir de esta situación inventando cosas lo antes posible y pensando lo más activa y rápidamente posible.*

Yo si tuviera la solución la ponía ahora sobre la mesa para que fuera discutida. Gracias.

Lic. María Sirvent: Bueno, yo no sé si voy a polemizar con Catalina pero por lo menos complementar su pensamiento. Y desde la perspectiva de la situación argentina.

Catalina dice “nos han robado las banderas”, y yo creo que nos las estamos dejando robar, además. Y cómo yo veo, nosotros —también dijo aquí Elsa— los colegas y compañeros que estamos en esta cuestión de educación popular estamos también intentando repensar el desafío que la situación actual plantea a las prácticas de educación popular. Y entonces, tal como lo vemos nosotros, es un desafío que, por un lado, surge de contradicciones objetivas de la democracia —entre comillas— que estamos viviendo y, por el otro lado, de condiciones subjetivas de las organizaciones, de la sociedad civil, que también están operando, haciéndole el juego justamente a esas barreras.

Yo creo que, cuando vos dijiste Catalina el quitar las banderas, justamente, desde tu perspectiva, estaba asociado a ese quitar las banderas en cuanto a un crecimiento de la población en su capacidad de demandar sus derechos frente al poder público, fundamentalmente sus derechos a la educación y sus derechos a la salud. Desde la perspectiva de las contradicciones —tal como yo las percibo— en este momento, cuando yo hablo de contradicciones objetivas que generan —desde mi perspectiva— situaciones difíciles y desafiantes para la educación popular, parten, a mi entender, de una contradicción fundamental en este momento, que es la contradicción entre un sistema político que debería tender a la inclusión de los intereses de la población y de la mayoría de la población en el

tratamiento de la cuestión pública versus, por así decirlo, programas y políticas económicas que tienden a la exclusión de la mayoría de la población.

Cuando nosotros hablábamos en educación popular como abordaje sociopolítico de un objetivo fundamental que era y es el crecimiento del poder popular, del poder popular entendido en términos de la capacidad de la mayoría de la población, y fundamentalmente de los sectores populares, de incidir en la toma de decisiones en los diferentes niveles de su vida cotidiana.

Incidir significa la posibilidad de lograr los intereses reales de clase, palabra prohibida en este momento, descalificada, y parte de esto que vos decís y que yo digo de dejar que nos roben las banderas, también viene por el lado de comenzar a prohibirnos nosotros mismos, sin fundamentación, la interpretación de fenómenos que han sido fundamentales como base de la emergencia de las prácticas de educación popular, como, por ejemplo, la visión de una América Latina sesgada por profundas injusticias de clase, injusticias sociales y diferenciación y marginación de clases sociales.

Entonces, cuando hablábamos nosotros en educación popular —y hablábamos en una democracia— de la posibilidad de participación popular, implica la posibilidad de incidir en términos de intereses de clases sociales. Por eso yo digo: palabra prohibida, entonces palabra que nos restringe a nosotros mismos la posibilidad de acción. Evidentemente que ahí surge una contradicción, porque el incidir con las demandas en función de los intereses de los grupos sociales implica entrar en contradicción con los grandes intereses, para los cuales beneficia la política económica.

Entonces, en eso emergen contradicciones clarísimas del día a día que nosotros estamos acostumbrados a vivirlas. Cuando aparecen en los grupos sociales demandas que pueden ser vividas como riesgos para el *status quo* o para el plan económico, se desarrollan una serie de mecanismos desde la descalificación de la demanda por zurda, de izquierda, porque el grupo fue invadido por elementos subversivos, porque los jubilados, cuando están en la Plaza Lavalle, no son los jubilados sino que son los jóvenes de grupos de izquierda, zurdos, etc., etcetera.

Ese, como uno de los tantos mecanismos o las demoras o las descalificaciones de demandas que implican la credibilidad de la población en el sistema democrático desde la perspectiva política, en el sentido en que democracia implica incidir. Incidir implica demandar, y democracia implica la posibilidad de analizar como cuestión pública esa demanda.

Entonces, en la medida en que existen esas contradicciones, esto genera realmente dificultades para prácticas de educación —llamémoslas popular o como querramos— cuyo objetivo fundamental implica un objetivo sociopolítico de crecimiento de la población en su capacidad de participación y de poder social.

Pero además —y ahí voy con lo de que nos dejamos robar las banderas— es-

las contradicciones objetivas que surgen a partir de las políticas neoliberales, como decía Nora, son acompañadas de condiciones de la sociedad civil y de condiciones internalizadas subjetivas, por las cuales estamos reforzando esa situación y dificultan aun más la posibilidad de prácticas de educación popular. Y donde las prácticas de educación popular no son ajenas.

Entonces, ahí yo veo, por ejemplo en el caso de Argentina, las situaciones que nosotros analizamos de —como vos decías— aceptar, por ejemplo, el modelo económico como el único existente y posible, sin análisis crítico del mismo. aceptar la privatización como lo único posible y viable, aceptar la búsqueda de las figuras mesiánicas —que eso nosotros lo vemos continuamente en la política argentina—. Y aceptarlos sin crítica y sin información, y la información, por ejemplo, frente a la posibilidad de otros modelos económicos, está también enclaustrada en ciertos círculos profesionales, y nuestras prácticas de educación popular no se plantean, por las falencias mismas de esas prácticas —de las que algo conversamos y que después podemos ver— la importancia de la información y de la distribución de la información en términos, por ejemplo, específicos de las alternativas de modelos económicos.

Y nosotros, justamente vemos, por ejemplo, en términos de esta problemática que se plantea, entran en juego —en este hacerles el juego, como yo les digo— por ejemplo una cosa que a mí me preocupa muchísimo: en determinados ambientes, no sólo las palabras prohibidas sino también la descalificación de la educación popular; cada vez yo escucho más, y especialmente en los ámbitos universitarios, “la educación popular ha muerto”. Cada vez yo escucho más “no me vengan a hablar —la muchachada joven, universitaria— de la educación popular, no me vengan a hablar de la participación”.

Entonces, aquello que fue el *boom* del 84 y la moda, dejó de serlo. Eso, agravado, además, con prácticas perversas —digamos desde mi perspectiva— a nivel institucional, y que también invaden las prácticas de la educación popular, que están generando condiciones negativas para enfrentar las contradicciones que yo había señalado. Por ejemplo —y todos los que están aquí, mis colegas coterráneos creo que saben de lo que yo les voy a hablar— la cuestión del internismo, las internas en nuestras instituciones.

Entonces, la apatía, la desmovilización de la sociedad civil, la no credibilidad en las posibilidades de crecimiento popular y de participación, el no análisis crítico de los planes económicos, la descalificación de lo popular, lo participativo, prácticas perversas institucionales como el internismo —que yo les contaba a Uds.— por lo cual se hace que entonces, en cualquier institución, frente a un problema, ya no se lo analiza más. Elemento fundamental de una educación popular: justamente el análisis de la totalidad de la problemática de la situación.

Aparece el problema: ¿esta botella es roja o blanca? No lo analicemos, nos

dividimos; formemos dos internas, los que estamos por la roja y los que estamos por la blanca. Y ayer hablábamos justamente con un politólogo sobre la Ley de Lemas, que también genera un elemento, un mecanismo de división partidaria que se traspa a cualquier institución.

Entonces, aparecen una serie de prácticas en nuestra sociedad civil por las cuales nos dejamos robar las banderas y que la educación popular no es ajena — y después en todo caso lo podemos ver—. (*Aplausos*).

Lic. Nora Elichiry: ¿Preguntas, comentarios?

Público: Me parece que habiendo tres representantes de tres países que tienen cosas bastantes comunes a partir del 60, en cuanto a desarrollo de motivaciones en la educación popular y en distintas áreas, yo quiero poner sobre la mesa para algún momento el papel que los profesionales o intelectuales universitarios han desarrollado en los últimos 10 años a partir de asumir como propios, no solamente con un planteo que puede parecer progresista o desarrollista, exactamente la conciencia de los patrones internacionales intelectuales del denominado primer mundo.

Es decir, a partir de hace 10 años, las fundaciones, los centros de poder han generado una corriente y una masa de dinero que lleva incluida no solamente la definición de temas de investigación sino también el ajuste teórico de esos temas de investigación, ya que a lo largo de estos 10 años muchísimos intelectuales y profesionales universitarios, en Argentina por lo menos, —yo no puedo hablar de Brasil o México— han pasado, desde el proceso de la dictadura, a tomar como temas y como ajustes también teóricos las demandas en los temas de democracia por lo menos —y lo hemos visto en este Congreso— que resumen la posición de países europeos y de países imperialistas. Nada más.

Lic. Nora Elichiry: Sí, totalmente de acuerdo. Incluso habría que repensar cuál ha sido el rol y es el rol actual de algunos organismos no gubernamentales en este bollo de la situación estatal.

Público: Yo digo que la misma intención de denominarlos organismos no gubernamentales lleva una contradicción, no solamente semántica sino directamente política: esos organismos son gubernamentales, son dependientes de las iglesias y de los gobiernos del primer mundo que, de alguna manera, ejercen poder intelectual. Y no es solamente por una posibilidad de democracia representativa de tipo internacionalista, sino que justamente son dineros para girar hacia el llamado tercer mundo. Esto me parece la misma

palabra de “no gubernamental”: son organismos gubernamentales.

Lic. María Sirvent: Bueno, a mí me parece en relación a lo que se plantea, que me parece muy grave y yo comparto el alerta que nos coloca aquí Amanda Tubés. Creo que esto también se asocia, yo no lo dije, pero tengo muchas ganas de compartirlo con Uds. porque son inquietudes y preocupaciones que surgieron en los trabajos de la semana sobre la problemática de educación popular, tanto en un taller muy interesante de la CODESEDH, el Comité para Defensa de la Salud, la Ética Profesional y los Derechos Humanos, al que yo no asistí pero los compañeros del CODESEDH fueron gentiles de transmitirme las preocupaciones que habían surgido en ese taller, y también inquietudes que aparecieron en el grupo que coordiné de educación.

Entonces, Amanda nos coloca uno de los aspectos de alerta fundamental en términos de los profesionales universitarios que incluso, descuidando toda una historia, una historia de compromiso social del profesional universitario, que cuando decíamos con Elsa (Lobo) “somos militantes de la década del 60”, si hay una cosa que caracterizó esa década en toda América Latina fue la crítica de nosotros como profesionales, como nosotros decimos muchas veces: —yo era jovencita, cuánto más jovencita que ahora—, pero yo recuerdo que, de pronto, la realidad de América Latina, los movimientos guerrilleros, las ligas campesinas nos tiró abajo todas las predicciones de la teoría social que nos habían enseñado, que habíamos aprendido y que, además, manejábamos.

Y nos comenzamos a plantear sobre nuestra militancia: cuál era nuestra utilidad, qué estábamos haciendo como supuestos investigadores de la realidad. Entonces, toda la consolidación del movimiento de educación popular, que además no apareció en ese momento, porque si hay algo importante para hacer, para repensar actualmente es reconstruir nuestra historia de educación popular, en el caso de Argentina, que tenemos una historia fragmentada, una realidad de olvido, cosa también común de nuestra cultura: el internismo, el olvido son cosas que nos metemos adentro y en la propia educación popular también lo ponemos en práctica.

Entonces, en aquella década del 60 donde se van consolidando una serie de ideas, de nociones y de prácticas de educación popular que nos vienen desde el movimiento obrero de principios de siglo, que muchas veces olvidamos, evidentemente el rol del profesional era cuestionado y ahí surge esta importancia de nuestra militancia como profesionales. Entonces, evidentemente, esta alerta de Amanda es fundamental, porque además es la impronta de toda una historia de América Latina y nuestra.

Pero asociado a eso hay otras preocupaciones en el ámbito de la educación popular también —a mi entender— tan graves como ésta que señala Amanda y que aparecieron en los grupos. Una de las cosas —y por las cuales yo creo que

nosotros en nuestras prácticas hacemos este juego que yo decía— es una serie de confusiones sobre qué significa esto de prácticas de educación popular, donde aparentemente por las dificultades de este contexto contradictorio, donde no sabemos qué hacer: si volver a las catacumbas de la ilegalidad, cosa que sería totalmente incoherente —como decía Elsa— con la democracia reconstruida que estamos viviendo o convertimos en prácticas folklóricas y asistencialistas, olvidándonos totalmente del significado sociopolítico de la educación popular, incluso desde principios de siglo.

Entonces, pareciera ser que el término intermedio —porque acá aparecen dos términos opuestos: o las catacumbas de la ilegalidad, como en las épocas autoritarias, o el asistencialismo, el reformismo y, como decía una vez Paulo Freire “las prácticas folklóricas, sin contenido político”—. Lo que implica la educación popular como distribución igualitaria del saber, análisis de la realidad y crecimiento en las demandas, eso parece que no existiera.

Y se dan una serie de fenómenos para que no exista —a mi entender y yo quería ponerlo como alerta—: una de las cosas que vamos observando es que aparecen distorsiones, como si la educación popular se la concibiera solamente como técnica: la educación popular, bueno, técnicas, sobre todo técnicas de juego, de dramatización, de dinámica grupal, y eso a mí me asusta mucho. Y eso lo han dicho los compañeros esta semana: que muchas veces se plantea la formación de la educación popular, que debe ser rigurosa y muy seria, en términos de talleres o cursos cortísimos donde lo que se enseña son técnicas.

Entonces, la persona se va, pero totalmente creyendo que puede hacer educación popular porque sabe juegos, dinámica grupal, útiles, etc., etc., etc. Eso yo creo que es un peligro, —y lo hablábamos con Elsa que también se daba en Brasil— nefasto, nos mata: son las banderas que estamos tirando al suelo.

La otra cosa que a mí también me preocupa muchísimo es esta cuestión de olvidarnos en las prácticas que, cuando hablamos de educación popular, además de hablar de lo popular, cosa bastante —bueno, para entrar, eso es para otro momento— nos olvidamos que estamos hablando de educación, y que educación es una práctica social cuyo instrumento es el saber y el conocimiento.

Entonces, en esta semana aparecieron cuestionamientos a eso. Por ejemplo, cuando se habla de respetar las pautas culturales, pero las pautas culturales de todos nosotros están plagadas de aspectos que nos inhiben para crecer participativamente. En el grupo de ayer analizábamos, por ejemplo, los mitos y prejuicios de las adolescentes embarazadas, en una experiencia interesantísima de las jóvenes embarazadas solteras en relación con la menstruación, con la anticoncepción, con el anticonceptivo, la relación sexual.

En el mismo grupo analizábamos, por ejemplo, lo que decía Catalina: “nos meten en las campañas que la culpa del sarampión la tienen las madres”. Veía-

mos experiencias interesantísimas en una de las villas de Capital Federal, donde se pretendía que las familias de población de fracaso escolar demandaran cosas a la escuela. Ahora, qué cosas podían demandar esas familias si se han metido adentro el fracaso y la culpa del fracaso.

“Cómo mi pibe —nos contaban—, cómo mi pibe va a terminar la escuela, señorita, si yo no la pude terminar porque no me daba la cabeza? Mi hijo mayor tampoco, porque somos burros, señorita, nos viene de familia, es una tradición familiar.” Entonces, nosotros observamos en la práctica de educación popular que con esta cuestión de respetar las pautas culturales olvidamos el rol del educador popular de trabajar con el saber científico para articularlo con esas raíces. Entonces, qué significa respetar y partir de los orígenes de la cultura popular?

También significa tomar estos aspectos inhibitorios e intervenir en ellos, pero intervenir no significa introducir desde arriba, que es el otro cuento. Entonces, como esto hay —digamos— una serie, como distorsiones sobre la cuestión de la participación: “sí, ellas participaron, porque hicieron los trajes de los títeres”, olvidándose de toda la importancia de la participación como la capacitación para la modificación de las estructuras de poder institucionales.

Entonces, se ha convertido la formación en meras técnicas, olvidándose de toda la fundamentación seria y rigurosa y haciendo el juego. Yo para poner, digamos, que además del alerta de Amanda, también cuestionémonos... (*Aplausos*).

Lic. Elsa Lobo: Siguiendo aquí un poquito más quería decir también que en el curso que hicimos durante la semana de educación para la salud, discutimos mucho sobre este curso. No lo acepto como educación para la salud, porque esto ya quiere decir que hay alguien que tiene un determinado saber que lo quiere llevar para los otros, y allá en Brasil también estamos con toda una reconceptualización en el sector, de que es educación y salud, juntas, que las dos cosas que están íntimamente relacionadas.

Pero lo que Caty (Eibenschutz) nos traía de lo que es la campaña, hoy, de los afiches a nivel de México es igualito en todo el continente, porque eso nos lo trae las campañas internacionales de la OPS y de la OMS. Esa es la concepción que tienen ellos de la educación para la salud: se lleva el miedo, se lleva la culpa, se vuelve individual.

Entonces, yo traje una cantidad de diapositivas de principios de siglo, es decir de la sífilis, de la fiebre amarilla y los carteles de hoy, de SIDA y de cólera, y son igualitos (*risas*), o sea, no hay cambio, si bien cambiaron los nombres. Si tuviéramos un proyector aquí Uds. podrían verlo: no hay ninguna diferencia.

Eso nos trae que tenemos realmente que seguir repensando y trabajando lo que decía María Sirvent, es decir, tenemos que ser creativos, dentro de nuestra realidad vamos a buscar todas las formas, que son las formas que vienen de

nuestros pueblos para trabajar con ellos. Ahora, tampoco quedarnos en que lo popular es lo folklórico, o que lo popular es algo que quiero atraer para el día a día nuestro. Entonces, como siempre, fue marcado por la propia diferencia de la lucha de clases.

Entonces, lo que yo quería traer aquí es un poco, dentro de la cuestión de la participación, que hay una diferencia también muy marcada entre lo que es la toma del poder y el ejercicio del poder, que ayer también fue este compañero de Villa Constitución el que nos trajo este aporte para que lo reflexionemos más. Y allá, en San Pablo, nosotros lo estamos vivenciando en la práctica, o sea: nosotros logramos, a través de las elecciones, tener la toma del poder en la ciudad de San Pablo, es decir, un sitio con 12 millones de habitantes. Sería entonces la Municipalidad en nuestras manos.

Ahora, será que nosotros tenemos el poder de la ciudad, o sea una ciudad con 12 millones de habitantes, donde un millón vive en fabelas —que son barriadas— tres millones viven en casas colectivas —que allá llamamos *cortizos*— donde viven 20 ó 30 familias con una misma agua, un mismo baño, o sea son 3 millones que viven allí. Tenemos 2 millones y medio que viven en lo que son los terrenos que fueron ocupados ilegalmente, y tenemos más: 200.000 personas que viven el día a día bajo puentes que hay por las calles, que no entran ni en los censos porque no tienen un lugar fijo.

Ahora, cómo es que dentro de una realidad como ésta, donde ya tenemos el dato que también el 35% de la población no dispone de una red de sanidad básica, o sea de saneamiento, cómo es que nosotros vamos a estar dando respuestas si no es realmente estableciendo una correlación de la organización junto con estos sectores populares. Sólo podemos tener alguna actividad si tratamos de trabajar juntos.

Ahora, ¿cuál es la capacidad de la organización popular hoy, en San Pablo, para respaldar a la administración democrático-popular? Si ella tiene o no tiene esa capacidad, cómo es que ella tiene las dificultades, en el día a día, para dar esa respuesta.

Tenemos un plan director para la ciudad, este plan director está siendo debatido a nivel de los barrios bajos, por áreas de la ciudad, intersectorialmente, con todas las secretarías, para buscar que se discutan los problemas, que se discuta el presupuesto de la ciudad a partir de las discusiones también con estos grupos intersectoriales.

Hasta ahora, nosotros no vamos a lograr, ni será posible solucionar, toda esa situación de miseria que vive casi la mitad de la población. Entonces, en la medida en que no se puedan solucionar esos problemas, lógico, la red O Globo sale con toda esa campaña de que no se está haciendo esto, lo otro, se está utilizando no sólo la CNN, es la Globo a nivel del país que, cada día, intenta por los distintos medios presentar qué es lo que no se está logrando hacer en la ciudad.

Por otro lado, no se tienen los mismos canales para estar dando la respuesta de lo que sí se está haciendo. Ahora, para ejercer un mínimo de participación y tener, entonces, la información, es necesario sí que haya un trabajo muy fuerte a nivel de los trabajadores, sea en educación, en salud, en alimentación, en las distintas secretarías, que tengan claro que su trabajo tiene que ser junto con los distintos barrios y con estos pobladores en una tentativa de búsqueda de soluciones, pero que también tiene que estar claro que la solución para todos los problemas no depende de la administración.

La administración va a lograr alguna de las respuestas, pero no va a lograr todo el programa en cuatro años: cómo es que se puede en cuatro años hacer el recorte de algo que tiene años de dominio y que no se sabe qué es lo que va a pasar dentro de dos años.

Ahora, estas cosas pasan porque realmente nosotros tenemos dificultad en trabajar al momento que también tenemos en las manos la posibilidad de ejercer no digo todo el poder, pero algún poder tenemos. Pero es más fácil estar en el momento anterior, o sea en el campo de oposición, y cuando tenemos que estar en el momento del campo de la conducción nosotros nos frenamos, porque ahí cada crítica que llega ya nos pone detrás, ya nos ponemos acorralados y ya no sabemos exactamente cómo salir y entre nosotros mismos empezamos a criticarnos en vez de sacar adelante las posibles salidas.

Lo que se busca, por ejemplo, dentro del sector salud es que había ya algunas formas organizadas en varios concejos populares de salud. Lo que se ha aprovechado en este momento de una administración popular son estos grupos organizados. Quería decir eso porque nosotros siempre tenemos la concepción de que cuando es el otro partido el que está en el gobierno, eso se llama cooptación, entonces nosotros fuimos cooptados, entonces estamos al servicio de cualquiera que quiera hacer algo, no importa por quién fue cooptado.

Ahora, como nosotros estamos con una misma óptica de trabajo, hay que repensar cuál es el papel de un concejo local de salud a nivel de la unidad y de lo que yo hablaba aquí el primer día, o sea: que se trabaja por una autogestión tripartita, sería la parte de administración, teniendo gente de administración, de los trabajadores de salud y de los usuarios de los servicios.

Es de esta manera tripartita que en la gestión de la unidad a nivel local se tienen las comisiones mayores a nivel de los propios barrios, para discutir el conjunto de los problemas de salud. Entonces, eso lo digo porque, por ejemplo, si mañana cambia otra vez la administración y vuelve, no digo ya los barrios, porque creo que ya se muere en la guerra, que está muy mal (*risas*) tres problemas graves, pero vendrá posiblemente. Están hablando mucho de la que fue ministro de economía, Zelia, para que sea la candidata de oposición en San Pablo, pero lo que es necesario es que ese movimiento no se quede solo en la unidad del servi-

cio, porque cuando haga un cambio político, ellos tienen la comisión que está por detrás, que es la comisión que trabaja a nivel de barrios y que seguirá manteniendo el tipo de relación posible.

Ahora, pienso que esos son momentos de espacios democráticos que nosotros tenemos también que aprender a utilizarlos para ganar las posibilidades incluso de manejar ese ejercicio que después de tantos años de autoritarismo, de dictadura militar, perdimos. (Aplausos).

Lic. Nora Elichiry: Yo le quería pedir a Catalina que explicara un poquito más el concepto de modelo de Edad Media porque en los países centrales nos hablan de posmodernismo. ¿Qué es eso de la Edad Media?

Dra. Catalina Eibenschutz: La verdad, yo creo que lo que voy a decir puede parecer un poco negativo, y a veces uno necesita que lo estimulen pensando que las cosas son de otra manera.

Yo pienso que a veces hay que provocar, como abogado del diablo, sobre ciertas cosas de la realidad que tenemos una capacidad brutal para negarla. Por ejemplo, por ahí decían lo de la ONG: sí, yo estuve de acuerdo con el artículo de Petras, que leímos todos los intelectuales, al respecto de las organizaciones no gubernamentales. Yo me pregunto si hay algún financiamiento para hacer investigación en nuestras universidades públicas que en este momento sea una alternativa diferente a la que ofrecen los organismos no gubernamentales.

Yo creo que eso hay que discutirlo claramente porque creo que no es así. Es decir, suena muy bonito "sí, lo que pasa es que la ideología dominante..." y a eso es a lo que yo me refiero como Edad Media, la ideología dominante en el momento actual hace que las ONG, las universidades públicas, las universidades privadas estén bajo un mismo paradigma, que es el neoliberal. Y qué lindo sería que no fuera así, pero es que es así, y todo el mundo sale así. No creo que haya una diferencia muy grande en este momento, hay sí procesos muy interesantes que nos estimulan: uno es el de San Pablo, que todos seguimos muy cuidadosamente; otro, y del que casi no se habla en este país, es el de Haití: Haití acaba de tener una elección democrática, legal, que se organiza en dos días, en contra de los Estados Unidos en un pueblecito de este tamaño, encabezada por un cura, que es una alternativa a las fuerzas tradicionales de izquierda, y el mundo ni siquiera se entera.

Bueno, esos dos fenómenos son para levantarnos la moral, pero desgraciadamente en el contexto general son muy pocos, entonces, le llamemos Edad Media o llamémosle posmodernismo, yo siento que nunca ha habido un proyecto —en la época reciente, en el siglo XX que está por terminarse— que sea tan uniformemente aceptado por todos.

Uds. pueden decir que es obligadamente, yo pienso que sí, que es obligadamente en gran parte. Pero, ¿ha surtido efecto y tiene resultados? Los resultados son que a la gente le cuesta mucho trabajo pensar de otra manera, entonces todos decimos: bueno, es cierto, no trabajábamos tanto, bueno, ahora sí nos presionan más para trabajar —estoy hablando de intelectuales— para publicar, nos hacen depender el salario de lo que publicamos. Sí, nos están haciendo más eficientes.

En el fondo de nuestro corazoncito pensamos que algo de bueno tiene el modelo neoliberal; nosotros éramos —bueno, yo por lo menos— marxista convencida y me doy cuenta que no quería ver ciertas cosas y que estaba utilizando la teoría para no ver ciertas cosas. O si no cómo nos explicamos que, de repente, se caiga el mundo socialista de la manera como se cayó y nosotros no lo hubiéramos visto, ni lo aceptábamos. criticábamos algunos pequeños errores.

Yo creo que, a veces, hay que hacerse preguntas muy simples sobre la realidad actual. Este mundo no es justo, claro que no es justo, no es igual, es una marcha atrás, pero lo que yo creo que nos tiene relativamente paralizados es que no nos dimos cuenta, no nos dimos cuenta. Los otros tampoco se dieron cuenta, fue una sorpresa agradable para ellos, pero no nos dimos cuenta y entonces toda esta ideología neoliberal entra como cuchillo en mantequilla, exactamente igual que en la Edad Media la ideología de la religión.

Tenemos que aceptar esa realidad no para deprimimos, sino aceptarla, así de cruda, para empezar a pensar por qué no, para empezar a pensar por qué nos da vergüenza hablar de clases sociales. Pero no es que nos de vergüenza, es que si nosotros le hablamos en este momento de clases sociales a nuestros trabajadores, se ríen ellos también. Es decir, ha entrado una visión del mundo, una ideología por la televisión, por el fracaso, por cosas que no vimos, porque no supimos educar, porque no aclaramos: esa es la situación actual. Por eso decía que puede ser que suene muy negativa, pero es que yo creo que, o lo vemos crudamente, o no podemos salir de eso poniendo pequeños parches.

Otra cosa que por ahí decían era este asunto de la educación y la transmisión del conocimiento. Tu decías que “educación para la salud” es como si uno tuviera un conocimiento a transmitir. Bueno, también como abogado del diablo yo sostengo que sí lo tenemos, que me perdone pero frente a la población que, a los que estudiamos en universidades públicas nos pagó la educación, no les podemos decir que no tenemos conocimientos para transmitir, es una responsabilidad que tenemos frente a la población que nos lo pagó.

Sí hay conocimiento, no tenemos por qué despreciar el de ellos, pero por algo fuimos a la universidad durante mucho tiempo: a aprender algo que tenemos que transmitir, nos lo pueden discutir, nos pueden demostrar que está equivocado, o nos pueden intentar demostrar que está equivocado, pero eso de que no tenemos cosas que transmitir, buenas o malas, y las instituciones educativas su función es

transmitir.

Yo diría, la propuesta de la que yo hablaba hace rato —porque se estaba hablando mucho de poder y de democracia—, yo lo que decía era que propondría que la educación popular se dedicara a hacer talleres de democracia sobre cualquier tema, porque todos hablamos de democracia, todos hablamos de poder y no sabemos muy bien lo que es.

En América Latina —y Elsa lo decía muy bien— no hay una historia de ejercicio democrático, en ningún país de América Latina; hay esta experiencia que Elsa nos cuenta que, de verdad, es muy estimulante, en San Pablo, que todos seguimos muy de cerca, y donde se está tratando de empezar a participar por primera vez. Pero cuando dicen “la participación popular y el poder popular” siempre decimos: que tomen decisiones. Yo siempre recuerdo la primera vez que a mí, en la universidad, me tocó como decano decidir sobre el presupuesto de toda la universidad. Era importantísimo, era un espacio democrático, era el consejo, yo estaba decidiendo. ¡No entendía un palote de cómo estaba construido aquello! por qué tenía que decidir yo sobre el presupuesto, por qué se me obligaba a hablar en esos términos, por qué no podía decir lo que yo necesitaba?

Esa es la participación que queremos que tenga la población, o queremos que la población ejerza el poder —yo llevo toda esta semana haciéndole propaganda a mi definición del poder, que radica en la energía de los cuerpos humanos—, entonces cuando dicen “cambiar la estructura de poder” yo diría que es adquirir conciencia sobre dónde radica el poder y cómo lo vamos a usar todos, qué vamos a hacer con el nuestro, cuánto de energía vital para evitar que nos lo expropien.

Entonces, cuando dicen “cambiar las estructuras de poder” yo creo que ese es un problema que, sobre todo este momento histórico nos tiene que obligar a discutirlo mucho. Por qué no esta propuesta de hacer talleres democráticos, a ver qué somos capaces de hacer cada uno con nuestro poder en una sociedad con tolerancia.

Nosotros hemos, durante muchos años, impuesto, a través de la educación, proyectos que llamábamos democráticos. ¿Quién había decidido que eran democráticos? Un grupo, que decía que su proyecto era más democrático.

Eso de la democracia es curioso porque Uds. preguntan y todo el mundo supone que su proyecto es el más democrático. Yo estoy de acuerdo con lo que decía Elsa, vamos a garantizar espacios donde podamos confrontar proyectos democráticos, que para ser democráticos tienen que ser colectivos. Entonces no es una cuestión de opiniones individuales, de que yo digo lo que a mí se me ocurre frente a un proyecto. No, el asunto es todo el ejercicio de poder que significa construir un proyecto colectivo.

Y lo que nos han quitado de las manos, o nos hemos dejado quitar, son precisamente los proyectos colectivos. No hay nada colectivo, hay una sola ideología que oculta las contradicciones, en las cuales estamos todos de acuerdo y a mí me

produce una angustia enorme esta supuesta no contradicción. Yo creo que la democracia es reconocer contradicciones, vivir con las diferencias y construir con las diferencias proyectos colectivos, no separados e impuestos después porque son democráticos.

Yo creo que esa sería una de las salidas —yo lo llamaba talleres democráticos— porque pocas veces somos capaces de discutir y de tratar de construir un proyecto en un ámbito de respeto sin echarle la culpa a alguien.

Y por último, un comentario: te felicito Elsa por este análisis de que, efectivamente, cuando uno tiene el poder después de tantos años, o tiene la dirección de algo después de tantos años de que no lo tuvo, es complicadísimo y uno empieza a reconocer que muchas de las críticas de uno eran tremendamente injustas al poder de aquella época, y eso no es para cambiar la ideología, es simplemente reconocer que, cuando se tienen que llevar las cosas adelante la cosa no es tan simple como cuando se critica. (*Aplausos*).

Lic. María Sirvent: Bueno, yo voy a polemizar, con todo el respeto, como decimos nosotros. Bueno, no polemizar, pero creo que en la misma línea de lo que estamos diciendo, de esta ideología que internalizamos y que aceptamos —que vos decías, Catalina— yo también dejaría como cuestionable la cuestión del fracaso del mundo socialista. Yo lo dejaría como un gran interrogante, creo que se nos está vendiendo ese fracaso, creo que —esta caída del mundo socialista— se nos está vendiendo —a mi entender, estoy hablando y pensando al mismo tiempo—, yo creo que estos son temas justamente para poder trabajarlos más, pero una de las cosas que creo que se nos está vendiendo es ponernos trabas para analizar el momento histórico dentro de todo un proceso de la historia del mundo y de la humanidad, por un lado.

Entonces, tal vez si analizáramos estos fenómenos de los países socialistas de Europa y de la problemática de Nicaragua y Cuba, en América Latina, ubicándola en su espacio y su tiempo, en un contexto histórico, probablemente no hablaríamos de la caída del mundo socialista, y a lo mejor haríamos otro análisis. Este es un punto. Segundo, que la otra confusión —a mi entender— que nos impide realmente —como dijo Catalina— poder pensar de otra manera, porque se nos vende una lógica de pensamiento, Catalina, y si hay algo que en las prácticas de educación popular y de cualquier educación deberíamos hacer es volver a nuestros viejos objetivos educacionales de crecimiento en nuestro pensar reflexivo de la realidad, que implica eso: poder ver la realidad, analizar sus aspectos, objetivarla, buscar sus causas y consecuencias, etc., etc. Porque parece que hasta eso olvidamos. Y creo que la segunda cosa que —también como decía— me parece que nos eneguce la posibilidad de un análisis más claro es: el paralelismo de caída de países socialistas igual a fracaso de la teoría marxista de interpreta-

ción de la realidad. (*Aplausos*). Entonces, creo que esas cosas se nos venden, nos las metemos adentro y si hay para mí un desafío a la educación, y que sigue siendo —para mí— semejante a lo que hablábamos años y años, de lo que yo recién decía, la posibilidad de, en los grupos de trabajo, poder crecer en nuestra capacidad de analizar la realidad, de describirla, porque eso lo vemos incluso a nivel de los estudiantes universitarios, que muchas veces —y acá hay muchos compañeros que nos han escuchado decir que la muchachada universitaria, y me disculpen por favor— llegan al final de su carrera, por lo menos en Filosofía y Letras, con una gran capacidad de hablar de la epistemología de la lapicera pero sin saber decir qué es una lapicera.

Entonces, creo que allí hay una gran falla nuestra, de todos nosotros —y creo que también le hacemos el juego allí— de no tener la capacidad de análisis, de descripción de la realidad, de ver el dato, de interpretarlo, etc., etc. Y ahí nos metemos. Y creo que eso es una —ahora yo también voy a hablar de un proyecto— de las cosas para pensar en nuestras prácticas.

Ahora, vos dijiste Catalina —y yo estoy totalmente de acuerdo—, hablaste justamente de una de las cosas que también se nos venden, de algunos colegas en América Latina que hablan del populismo pedagógico —algo que yo hacía referencia antes—, por el cual pareciera que el educador se tiene que movilizar, no tiene que hacer nada, no tiene que intervenir, no sabe nada. Y como decimos muchas veces: somos unos piolas, porque sobre todo los que tuvimos —como vos decís— el privilegio de acceder a una formación universitaria pagada por la mayoría de la población y nos venden estas ideologías de pseudo-no-intervención, somos unos piolas. Porque nosotros tenemos el saber universal —por así decirlo— científico para ponerle un nombre, vamos a trabajar, vamos conociendo ese sentido común, lo dejamos ahí tal cual, ni nos movemos porque, por favor, no lo vayamos a tocar que vamos a ser autoritarios, nos vamos de la experiencia con los dos saberes: el nuestro de privilegiados y el otro de la vida cotidiana. Entonces, además del privilegio de haber podido acceder al saber universal, accedemos al saber, al sentido común, al saber popular, hacemos grandes artículos y lo otro lo dejamos tal cual está.

Entonces, en ese sentido estoy completamente de acuerdo en que hay que repensar la función del educador, pero yo no diría solamente de transmitir. Evidentemente el conocimiento, si hay algo fundamental —lo veíamos ayer en uno de los grupos de educación popular— es buscar los mecanismos para una distribución igualitaria de la información y del saber. Pero no solamente transmitir sino recrear, sino construir, construir colectivamente nuevos conocimientos de la realidad por encima de la fragmentación del científico y del sentido común, lo decía Gramsci. Gramsci nunca dijo “respetemos y dejemos todo igual el sentido común”.

Entonces creo que no es sólo transmitir sino que ahí viene la cuestión —ahí

me vas a pegar. Catalina— yo creo que esto significa realmente un trabajo muy serio y riguroso de construir un conocimiento colectivo, muy difícil, el mayor desafío. Esta cuestión de articular el saber popular, el saber científico lo decimos, lo decimos, pero es difícilísimo y creo que hay confusión también ahí con el concepto de producción. Yo, a veces, escucho alelada decir: “si, desarrollamos tal técnica y el grupo produjo”. Produjo una lámina, pero cuando en educación popular hablamos de producir, hablamos de producir nada más ni nada menos que un análisis, un conocimiento de la realidad, no un dibujito. Bueno, esas son cosas para pensar.

Pero ahí le tengo terror —y no es porque esté en contra totalmente de tu propuesta, Catalina, porque me parece muy interesante— a la cuestión del taller. Porque esta cuestión de la producción colectiva de conocimiento, de formas nuevas de organización social, de formas nuevas de búsqueda, de cambio, aunque sea del entorno cotidiano, creo que también se nos ha vendido la cuestión de la metodología del taller y que creo que es muy peligrosa.

Y yo hago talleres, y lo respeto, pero digo que se nos ha vendido también en esa forma folklórica, liviana, de una cierta liviandad, espontaneísmo. Entonces, cuando vos hablabas de talleres de la democracia, yo a veces temo que, de pronto, se conviertan los talleres en prácticas de educación popular también medio como ladrillos separados totalmente de la práctica y de la vida cotidiana. Eso simplemente, pero no lo digo por lo que vos sugerís sino porque yo le tengo miedo, y otros colegas también han cuestionado esta cuestión de los talleres.

Y para terminar, en relación con lo que vos decías, yo también estoy de acuerdo. En la década de 1860, no en la década de 1960, el otro día estaba leyendo: fíjense, a fines del siglo pasado, en Inglaterra el creador del WEA (Worker Educational Association, Asociación de Educadores de Adultos), fines del siglo pasado, en el estatuto de creación de la Asociación de Educadores de Adultos inglesa decía algo así: “que se buscaban generar prácticas de educación de adultos orientadas hacia la emancipación social e industrial del trabajador”.

Fuera de joda, como yo digo: fines del siglo pasado. Entonces, esta idea de emancipación después se toma —década del 60, hablamos de la liberación y hablamos del cambio de estructura de poder— pero evidentemente —y en eso estoy Catalina con vos— son palabras vacías si no las contextualizamos. Ahora, yo a veces pienso: en la década del ‘60 los educadores populares nos hablaban de democracia y la rechazábamos, dentro de nuestras posturas políticas...

Dra. Catalina Eibenschutz: y le poníamos apellido además...

Lic. María Sirvent: ... le poníamos, pero decíamos “democracia, no” porque teníamos esa idea de que el cambio de estructura de poder como cambio revolu-

cionario, que además lo veíamos en nuestras manos, Catalina. Década del 60, ya venía: Uruguay, los tupamaros; la década del 70 en Argentina; Allende en Chile; la revolución peruana de Velazco, estaba allí. Y todo esto surge en ese contexto, entonces nos hablaban de democracia y nos parecía totalmente contradictorio, reformista, con eso que creíamos que ya estaba allí. Bueno, la historia pasó y ahora claro que nos volvemos a repensar los educadores populares, y cuando hablamos de educación popular, hablamos dentro del contexto democrático, ya no nos parece una mala palabra. Estaría absolutamente fuera de la realidad, pero cuando yo pienso qué significa consolidar la democracia —y tomando lo que vos decís, Catalina— ¿cuál es nuestro espacio de poder?

Y yo diría: para mí, en este momento, en las prácticas de educación popular, por lo menos en nuestro país, yo vería dos prioridades, frente a cualquier objeto de trabajo: en salud, educación, desempleo, dos cosas. Una, prácticas que apoyen la recuperación de nuestra memoria colectiva, tan fragmentada, hay experiencias interesantísimas en villas, por ejemplo, donde incluso los propios hijos de militantes desaparecidos tratan de recuperar la historia de sus padres, y han formado grupos con jóvenes y adolescentes de villas tratando justamente de recuperar esa historia, incluso la historia, por ejemplo, de las luchas de tierras en las villas, que hasta también parece totalmente olvidada. Yo creo que allí hay —para mí— una prioridad fundamental.

Y lo otro, lo que vos decías, Catalina, —y creo que es parte de nuestro uso del poder como decía Elsa—. Yo creo que si hay algo que puede consolidar nuestra democracia es crecer en nuestra posibilidad de demandar y presionar en los poderes públicos. Y esto yo creo que puede ser cualquier trabajo de salud. Tomemos salud, por ejemplo: si en salud, como decía Catalina, la culpa del sarampión evidentemente la tengo yo, es muy difícil que puedan surgir organizaciones que articulen demandas de presión hacia el Estado. Si en educación —como yo les decía— el fracaso escolar también es nuestro, yo creo que esa es otra cuestión con problemas en la práctica de educación popular: que se toma la demanda o la necesidad como algo dado, como si eso tampoco se pudiera cuestionar, como algo dado. Y no se percibe que también, en la medida en que una demanda exista o no exista surge, justamente, de toda una cultura cotidiana que nos reprime.

El otro día me comentaban en educación de adultos: el plan federal de educación de adultos va, por ejemplo, la misma gente que está trabajando va a un pueblo, provincia de Buenos Aires, para poder crear una escuela de educación de adultos primaria. Entonces pregunta: “¿quieren una escuela?”. Y dicen “no”, entonces se van y dicen “y, no hay demanda”, entonces se van y no ponen la escuela.

Público: Perdón Nora, aquí había una demanda, la platea querría hablar...

Lic. Nora Elichiry: Sí, aquí había una pregunta primero de Mario Testa.

Dr. Mario Testa: Yo quiero contar algo que me pasó ayer en el grupo de trabajo donde estaba, donde una investigadora, Patricia Aguirre, del CONICET, que trabaja en grupos de extrema pobreza contaba, entre otras cosas, que en el barrio donde ella estaba trabajando fue una vez la diputada Adelina D'Alessio de Viola, representante del neoliberalismo argentino y entonces hizo su discurso explicándoles a los pobres, grupos de extrema pobreza de ese barrio que alguno de esos trabajadores que estaban ahí, en realidad cuando iban a Retiro a instalar esos tenderetes donde venden estas cosas, digamos —lo que llamo “la boutique de la villa que está ahí cerca”— que entonces se transformaban en empresarios del mismo nivel que un empresario que tiene una empresa con no sé cuántos trabajadores, con algunos millones de dólares, etc.

Y entonces esta mujer que estaba ahí, Patricia Aguirre, me contó que ella se fue indignada. Es decir, tenía ganas de pegarle a la señora diputada, pero en vez de hacer eso, que era lo correcto, realmente (*risas*), se fue del grupo y entonces una de las mujeres que viven en el barrio se acercó a ella y le dijo “Bueno, Patricia, no te pongas así. Yo antes, cuando venía esta gente y nos hablaba de esta manera me daba mucha indignación. Pero ahora me río”.

Entonces, cuento esto porque yo pienso que después de las interesantísimas exposiciones que hemos oído, tal vez a este grupo le pasa un poco lo mismo en el siguiente sentido: quiero decir que nosotros estamos hablando de ideología permanentemente, pero tal vez estamos hablando de nuestra ideología, y pensando que esa ideología es extensible al resto de la población. Mi pregunta es si Uds. creen que realmente eso es cierto.

Lic. Elsa Lobo: No, yo creo que, en realidad, hay parte de verdad en eso, porque lo que más hemos estudiado en educación popular es que la gente pobre asume el discurso de las élites, y lo tiene introyectado en sí. Si no fuera por eso, nosotros nunca habríamos perdido las elecciones en Brasil, o sea que teníamos las elecciones presidenciales y un trabajador al frente de la campaña, se tenía un frente muy bien preparado y logramos por un margen pequeño —o sea, el país está dividido entre el Frente y Collor del otro lado—, pero haciendo estudios de quién ha votado por Collor fueron los más hambrientos, los más sufridos y los que Collor los ha llamado “descamisados”, que no es el mismo concepto que lo de acá.

Publico: Pero no los pobres de San Pablo.

Lic. Elsa Lobo: Sí, sí, los de San Pablo también votaron.

Público: Pero eligieron al PT.

Lic. Elsa Lobo: Pero fue en momentos distintos que eligieron PT y la Municipalidad y votaron contra el nivel del presidente, la misma gente. Entonces por eso es que nosotros estamos repensando mucho cuáles son los contenidos de esos trabajos en educación popular porque algo está mal. O sea, en qué medida —y aquí concuerdo con lo que hablaba María: tengo miedo de la terminología taller, porque a los talleres se les da todo, y si la gente se reúne, sale contenta, hizo una cantidad de prácticas, de dinámicas, todo perfecto—. Ahora, cuál fue el contenido que fue trabajado, y con eso no estoy diciendo que hay una clase trabajadora que no está organizada, sin central sindical, o sea que está en un proceso muy rico. Pero esa situación, como la que te describió esta investigadora es correcta. O sea, la gente vive esa situación y te contesta de esa forma, porque en realidad es ideológico; no es que porque el es pobre que tiene otra concepción de clase. Yo creo que también eso es lo que tenemos que profundizar más, y dentro de eso —que por ejemplo Caty habló de la transmisión, no sé si fue bien lo que yo había hablado, si quedó entendido— yo creo que nosotros como profesionales tenemos sí la obligatoriedad de llevar lo que tenemos, pero no de esa manera de transmisión que parece bancaria, o sea que llegás con todas las verdades y ellos no tienen nada que aportar.

Entonces, sería en ese sentido de que uno tuviera esa posibilidad. Ahora, lo que me preocupa más es que parece que nosotros no tenemos las alternativas. Y las alternativas yo sí creo que las tenemos: es como que las alternativas que se proponen vienen siempre desde abajo, ellas tampoco aparecen para los de arriba. Es como si fuera un circuito en el que nosotros no logramos entrar en ese otro circuito para que los otros también acepten el discurso que estamos discutiendo abajo.

Y hay algo que no deja que eso pase, que es verdad que tiene algo ideológico que es muy fuerte, pero además de lo ideológico hay otras cosas que nosotros también tenemos que estar buscando más, entender realmente por qué esto no aparece. Y me parece, por ejemplo, como una persona que se preocupa por los movimientos sociales y busca acompañar de cerca —hace años que estoy siempre involucrada en todos los trabajos de los sectores populares— me da la impresión de que lo que se está produciendo hoy, y yo creo que lo que está pasando en Brasil no es muy distinto, es que hay espacios —una que otra Municipalidad— a nivel de los movimientos, yo pienso que pasa en otros países también del continente, y que estos movimientos sociales están apuntando hacia alguna cosa.

Lo que sí es que estos campos a los cuales ellos están apuntando, nosotros aún no nos detuvimos a estudiarlos profundamente. Porque nosotros nos preocupamos de una serie de otros temas dentro de las ciencias políticas, dentro de las ciencias sociales y, como es relativamente nuevo todo este otro proceso, noso-

tros los dejamos así como a ver qué pasa. En los momentos de campañas políticas, por ejemplo, los partidos que nos representan no saben aprovechar estos movimientos sociales, no los incorporan dentro de sus banderas.

Nosotros, por ejemplo, tenemos la cuestión salud —que también fue discutida aquí, creo que fue por Linger de Nicaragua, que habló mucho de la salud— que no está dentro de los programas de los partidos políticos. En verdad, para nosotros la salud no está ni dentro de los movimientos sindicales: está en los movimientos populares, pero a nivel de los movimientos sindicales no, porque allí —entre lo que tú decías de los movimientos sindicales— prefieren que sea asegurado su derecho a la salud como los servicios primarios.

Lic. Nora Elichiry: Aquí había otra pregunta.

Público: Bueno, más que pregunta es un comentario, porque decía Elsa al comienzo si nosotros tenemos las respuestas para el desafío de los próximos años y se habló acá de las técnicas más apropiadas. De repente, estamos arrancando de los 60 para hacernos reflexiones y, a lo mejor, en todo este proceso de reflexión estamos repitiendo tics, que de repente no sean muy útiles como técnicas de educación popular o en otras cosas.

Coincido con Caty en lo que ella hablaba de Edad Media: yo pienso que hay casi un modelo de neofiguralización, porque si la política neoconservadora sigue adelante y la política de los tres tercios llega a cumplirse, el tercio que va a estar por encima de la línea de flotación va a tener proteínas suficientes y va a tener una serie de elementos que construyen la muralla, dentro de la cual va a estar prácticamente la biblioteca de la novela de Eco, y fuera de esa muralla estarían los que no tienen proteínas y en esto sí estarían aquellos que tienen el fracaso escolar permanente, y que es casi una herencia social, porque no tienen acceso a la proteína y entonces orgánicamente tienen ese problema.

Entonces, esto complejiza aun más la posibilidad de respuesta que, como siempre, ya es imposible darla desde la sola educación, o desde el solo técnico de la educación, porque si esta estructura se da —y yo creo que en Buenos Aires ya se está dando, porque por ejemplo Alto Palermo de alguna manera es una expresión, con su muralla, con su guardias personales, las guardias que se están dando en los barrios—, claro, no va a ser otra vez la sociedad feudal a modelo como aquél, pero yo creo que sí, que la educación, el conocimiento, la alta tecnología en su transmisión y en su atesoramiento a través de la computación y otros métodos van a estar de este lado de la muralla y, si educación popular va a estar para resolver el otro lado de la muralla y si los intelectuales están dentro de este lado de la muralla, o sea, pro-

ducen para el mercado internacional, por diferentes razones que sólo incluyen la sobrevida, entonces éste era un poco el comentario que tal vez complejice, pero lo lamento, yo supongo, Catalina, que es una realidad.

Público: Bueno, un poco ya con esto me siento mal: es como la Edad Media, por ahí me frustró y me olvidó lo que tengo que preguntar. Realmente nunca me animé a hablar así en un congreso, hacer una pregunta de éstas.

Me voy como la madre, con la culpa de que el chico tenga sarampión. Tener que ir de nuevo a Córdoba, con la cabeza llena de neuronas y cosas que plum, plum, palpitan dentro. Uno va a trabajar nuevamente en la comunidad, en un medio institucional —un poco como decía Mario— con toda una realidad de gente que tiene su reflexión sobre su propia realidad y cotidiana realidad perversa y toda una serie de características de cosas que sufren y sienten.

Bueno, a mí me interesaría irme, y me iba a ir ayer, pero no me he ido para poder redondear un poco esto que me queda a mí: toda una reflexión muy interesante del congreso e incluso de la gente que está en este momento hablando, me han interesado mucho y he seguido a muchas de ellas, pero qué hacemos con todo esto. Los intelectuales hace años estamos sobre la década del 60, donde hay —para mí— una real separación entre todo esto que hablamos y cómo llevarlo y ponerlo en práctica, propuestas así, a ese nivel.

Vengo repitiendo congresos, cursos, talleres, qué hacemos, nos hemos ido todos y por ahí ni dirección tenemos. No sé, es una sensación así como la de la madre con el hijo que tiene sarampión y tiene la culpa. Me quedo con esa frase, quizás sea una sensación individual, pero qué hacemos: propuestas de un hacer, que cuando nos levantamos, veo gente que se levanta, se va, me voy a levantar yo dentro de un rato y me voy, y qué hacemos cordobeses, el sur, el norte, incluso de Buenos Aires que ya es otra realidad totalmente diferente a toda la nuestra. ¿Qué vamos a hacer?

Quizás sea medio simple y estúpido esto que planteo.

Lic. María Sirvent: No, nosotros lo vimos eso en el grupo de trabajo. Me parece excelente que lo hayas traído acá y una de las cosas que nosotros hablamos es que tenemos una realidad, una historia de miles de experiencias riquísimas, pero todas atomizadas y aisladas.

Yo cuando venía para acá pensaba en esto, que tal vez sea una responsabilidad de los profesionales de cómo poder generar no sé exactamente qué porque digamos que en términos de Jornadas es limitado, pero lo que sí yo veo es que habría un primer paso que sería juntarnos y poder armar una sistematización de todas las experiencias anteriores existentes actualmente. Estamos los grupos muy

dispersos, y esto nos sirve un poco para conocernos, pero después queda y se da otra fragmentación más. Yo no te podría decir en este momento, hay muchas cosas para hacer en la experiencia puntual, ojalá pudiéramos hablar, hay respuestas a ese que hacer, incluso en relación con lo que decía Mario.

Dra. Catalina Eibenschutz: Yo creo que hay que enseñar y aprender a decir que no, no sé si en talleres o en qué. En el momento en que aprendamos a decir que no y que toleremos que la gente diga que no y decida cómo gastar su energía, podemos empezar a juntar las fuerzas y el poder.

Publico: Más que una pregunta es un comentario. He escuchado a todo el panel, no es la primera vez que intervengo en un congreso, taller o lo que mungo sea, pero sí creo hay algo que no hemos tomado en serio porque entre los que estamos acá y los que coincidimos en diferentes ámbitos somos una torta de gente, una bocha como dicen los jóvenes.

Bueno, cómo puede ser que si somos tantos, y alguna vez hemos ocupado puestos claves pasen las cosas que pasan. Probablemente sea porque no nos hemos seriamente puesto a pensar en algún tipo de estrategia, y creo que yo también tengo los dos saberes que decía ella: el universitario, por un lado, y el popular por el otro. Pero en realidad, con los dos, soy increíblemente sabia, increíblemente sabia pero no tengo un carajo de poder nunca.

Es más, salvo que consiga armar una red donde yo estipulo algo, esta otra lo firma, va al octavo piso, lo firma, sale y después nadie lo hace. Disculpenme, hoy no hablo demasiado bien, espero que me entiendan, pero el tema es si nos ponemos a pensar en alguna estrategia. No sé si la que el compañero planteó recién es una, pero pudiera ser esa o alguna otra en donde, paulatinamente y por aproximaciones sucesivas, podamos llegar a algún tipo de objetivos. En realidad, hoy no somos más que seres individuales —yo también soy del 60— y nos han dado palos a lo bestia siempre, con lo cual ahora nos queda la salida individual: yo termino de hablar y me las tomo, vengo a la tarde. Otros harán lo mismo, pero a ver si podemos rescatar esa solidaridad que alguna vez pensamos, porque en realidad no tenemos ningún derecho a que nadie tenga sarampión ya, a que nadie se vaya, a que nadie crea que esto es una catarsis —que me disculpen los psicólogos y psicólogas que pueda haber acá— porque, en realidad, de eso se trata, yo digo este tipo de cosas y aguanto un año más que me sopapeen, que me digan que no. Porque en realidad —yo soy médica— me pregunto por qué los siquiátricos están llenos de pobres. Está bien, hay locos, pero hay muy pocos que no son pobres. Por qué las cárceles están llenas de pobres; está bien, los pobres delinquen, tienen que vivir, pero digo yo: por qué los que roban y tienen guita no están adentro —salvo seis o

siete—, en mi país, que es éste.

Bueno, entonces, digamos, ante esas dos preguntas no me alcanza mi saber científico ni lo que yo he estudiado para que alguien me lo conteste. Digamos, por qué las escuelas públicas y los alumnos que echan son pobres todos. Yo lo pregunto, acá hay alguien de educación y debe saber más que yo seguro. Bueno, tampoco me lo va a poder contestar, porque los pobres aprenden menos y van al mismo lugar que fui yo, que es una escuela pública.

Bueno, contéstemelo, alguien que me lo conteste. Seguramente la respuesta es la que vamos a tener todos, pero seguro. Pero establecamos una estrategia: yo creo que lo que dijo el compañero es una posibilidad, pero debe haber otras, hagámoslas y yo no quiero usar las Jornadas del año que viene de catarsis y quedarme piola otro año. De eso se trata.

Lic. Elsa Lobo: Bueno, yo quiero contestarte. Yo creo que hay momentos en que es necesario la catarsis, dependiendo del proceso que uno venga viviendo dentro de su trayectoria histórica, y que hay que tener un paro y ese momento se junta y desahoga y se hace todo. Ahora, no se puede vivir de catarsis. Entonces, a mí lo que me parece es que hay un espacio maravilloso que es este que Uds. realizan de las Jornadas y el caso de Brasil, con todos los espacios que estamos teniendo, no se logra hacer unas Jornadas como éstas, que sí involucran en ellas distintos profesionales: yo soy del sector de salud pública, nosotros podemos juntarnos los de salud pública y la Asociación Brasileña de Salud Colectiva, hacemos un Congreso de Epidemiología o hacemos un Congreso de Educación, pero siempre puntual, los que están dentro del mismo grupo.

Ahora, hacer Jornadas en que se tenga la gente que está en los servicios, con los problemas del día a día, la gente que está en la universidad, con los problemas de docencia e investigación y gente que viene de las actividades puntuales como hemos visto, gente que viene de Río Negro, Villa Constitución, de varias partes, no es lo usual. Entonces me parece que este ya es un avance dentro del proceso que Uds. aquí están viviendo.

Lo que sí Uds. tengan tal vez que repensar —y aquí no hay recetas, cada uno tiene que buscar sus respuestas— sería buscar nuevas formas de reorganización de sus espacios dentro de la sociedad. Si Uds. tienen distintos trabajos en distintas provincias, ¿cómo llevar allá lo que se está discutiendo acá? O sea, cómo reproducir esto no de una manera bancaria de depositar las informaciones sino trayendo realmente la gente que vive el día a día, la gente que frecuenta los servicios con las cuales Uds. trabajan. ¿Cómo repasar eso?

Y por eso fue que yo dí el primer ejemplo cuando empecé a hablar de la formación de la Escuela y de la Universidad Popular. O sea, porque ellos hacen justamente eso: los que van a una actividad, tienen el compromiso de, cuando re-

gresan, tener que hacer un encuentro, porque es en ese encuentro de regreso donde están aportando con lo que están trayendo de un seminario, de un curso, para nuevas demandas que están surgiendo allí, y elaborando para el momento siguiente. Porque si no es así, yo concuerdo contigo que se va a dar a cada año un momento de reunión donde se trae los distintos trabajos, los distintos problemas pero no los estamos llevando a todo un otro compromiso de los demás que también trabajan con nosotros. Y eso es un poco también el ejercicio de una práctica educativa democrática, o sea de intentar que nosotros no nos quedemos con todo el conocimiento que fuimos a buscar. Pero nosotros trabajamos con toda esa información para servir a los demás.

Uds. aquí tuvieron en estos días una experiencia riquísima, hay gente que vino de distintas provincias, cada una con cosas interesantísimas. Lo increíble es no poder estar en todas para estar acompañando, porque la riqueza del trabajo, la riqueza de aportes... Ahora, cómo sistematizar esto de tal manera que Uds. puedan estar aportando en su quehacer diario, dentro de esa otra reorganización de su trabajo, porque es esto lo que va a aportar para que el año siguiente los trabajos sean otros y las personas sean otras, la gente sea otra, con otros tipos de aporte.

Lic. Nora Elichiry: Bueno, yo voy a sugerir que vayamos cerrando. Si queda alguna otra intervención, porque estamos prácticamente sobre la hora.

Público: Sí, después que termine la compañera de Córdoba —yo también soy de Córdoba y mis compañeros— le vamos a pedir la dirección y también le vamos a dar la nuestra. Cuando decidí hacer este congreso —yo soy estudiante— debía postergar un montón de actividades en la Facultad, rendir exámenes... y bueno, no sabía si hacerlo o no.

En este momento realmente puedo decir que me voy muy conforme con todo lo que hecho y no me importa haber perdido mesa de exámenes, dado que la experiencia que he obtenido acá ha sido riquísima. Y ayer lo comprobé cuando hice un taller que estaba coordinando un gran luchador, que tenía muchas ganas de conocerlo y que era Juan Cymes. Un poco respondiendo la pregunta que hacía la compañera, es que en ese taller nosotros no solamente queríamos contar la experiencia que teníamos en cada lugar sino que resolvimos, junto con Juan, sacar un documento. Un documento en donde las Quintas Jornadas les vamos a pedir que se expresen sobre él, que tiene tres puntos, y en uno de los puntos es en donde pide que APS sea un canal, un —digamos— aglutinador, un medio en donde empiecen a coordinarse las distintas luchas que se están llevando en nuestro país, empiecen a coordinarse los distintos movimientos villeros y de barrios carenciados.

Es por eso que un poco el compromiso de los que estábamos en ese taller

que íbamos a ir a cada provincia para empezar a trabajar en eso. Cada uno de nosotros que estábamos, bueno, nos llevábamos las direcciones de todos y el teléfono, para empezar a coordinar y para empezar a plasmar ya en la práctica lo que aquí estamos discutiendo.

Porque queremos que en las otras Jornadas que se hagan el año que viene estén los villeros y también los que están en los barrios carenciados, discutiendo con nosotros. No solamente los intelectuales, no solamente los estudiantes tenemos que estar acá, sino también ellos. Porque nosotros tenemos los conocimientos, pero ellos tienen la práctica y tienen todo el saber de cómo llevar adelante este proyecto que nosotros venimos anhelando para nuestro país y para toda Latinoamérica.

Entonces, yo le digo a la compañera que está en Córdoba que allí también vamos a trabajar juntos, no solamente acá tenemos que juntarnos, allá también, en cada lugar de nuestro país para que esto que estamos hablando todos los años se haga realidad. Nada más. (Aplausos).

Lic. Nora Elichiry: Bueno, yo les voy a pedir que retomemos un poquito los ejes de la mesa: la educación popular, porque estamos mezclando un poco los espacios como evaluación de las Jornadas de toda la semana con la temática específica que se discutió ahora. ¿Quedaba otra pregunta por allí, otra intervención?

Público: No, simplemente me dio ganas de hacer una reflexión por todas las inquietudes que aquí aparecían, que tiene que ver con lo que acaba de decir el compañero, porque, en realidad, en estas Jornadas nosotros aprendimos algo de educación también. Que esto de juntarse y escucharse tiene que ver con la educación, con cómo aprender. Uno de los aprendizajes para mí fundamentales, como respondiendo un poco a lo que la compañera de Córdoba traía y a los interrogantes que se plantean, yo creo que tenemos mucho que aprender de metodologías nuevas de democracia y de contacto popular.

A mí me dolió mucho escuchar, por ejemplo, que la educación tiene que ver con las proteínas. Me parece que eso también es ideológico: ayer, el jueves a la noche vimos aquí a los compañeros de Río Negro y aquel indio que hablaba, que a los nueve años empezó a chupar, seguramente tenía muy pocas proteínas, y francamente a mí me sorprendió y me conmovió su nivel de inteligencia.

Yo creo que esto es lo que muestra que Río Negro nos enseñó un método de educación también, no sólo de salud. Esta manera de multiplicarnos, de que haya un generador de saber, alguien que viene de la Universidad y se multiplica por miles, o por 10, o por 5, en un pueblo de 1500 personas creo que es un método de educación muy nuevo, de los cuales estamos creo que

aprendiendo hoy, pero hay experiencias también del siglo pasado y de ahora. Pero me parece que esto también es una manera de aprender: juntarnos, y reproducirnos en red e ir encontrando con estas reflexiones actuales que tenemos —políticas, sociales y metodológicas— aprender juntos y reproducir nuestras maneras.

Lic. Nora Elichiry: Sí, creo que estas Jornadas brindan un espacio de apertura y de reflexión, y que estas experiencias, que están atomizadas, porque en realidad están atomizadas —cada cual en su circuito— comiencen a ser escuchadas. Pero se requiere de una instancia de continuidad, que es de sistematización, y eso es lo que abren como desafío estas Jornadas. Hay acá una intervención.

Público: Quería ver si podía formular una pregunta de algunas ideas que me fueron surgiendo. Es algo que tiene que ver con lo que decían con respecto a esta frontera de un lado y del otro. Pensaba en que recién se hablaba de cómo la propaganda, los medios masivos de comunicación —se decía antes— iban tirando ideas, clichés.

Pero pensaba que más que el contenido de la educación lo importante son las formas en las cuales se estructura el pensamiento. Y pensaba que el modo este de producción neoconservadora lo que hace es llevar a una estupidización de la gente, entonces me parece que los que estamos trabajando desde la educación tendríamos que proponernos metodologías, o formas de trabajo, donde lleven a esto que también se planteaba en la mesa de poder articular la realidad, a poder ver cómo se estructura el pensamiento.

Entonces, en ese sentido, yo me preguntaba qué era la educación popular, a qué se llama educación popular. Decíamos que a las técnicas no, a qué se llama, al objeto en que trabajamos? ¿Se llama educación popular porque trabajamos para los barrios populares? Entonces yo propongo —se me ocurría— que no me gustaba más el término “educación popular”, por ahí uno podía plantear una educación clasista, no sé qué cosa, pero como que popular me parece que se hablaba del robo de banderas, se hablaba de la pérdida de banderas.

Yo creo que lo que se hace es que se destiñan las banderas cuando confundimos, cuando decimos cosas tan amplias que nos llevan a confundir. Entonces yo pensaba que los que trabajamos en educación la línea sería tratar de no caer en la estupidización que este modelo de producción —que también se expresa en el modelo de producción de conocimiento— nos lleva, y tratar de articular la realidad y de producir nuevas formas de conocimiento.

Lic. Nora Elichiry: Bueno, creo que queda claro que cuando se habló de lo téc-

nico, de las técnicas de educación grupal, de lo técnico en los talleres, de la pérdida de conceptualización, es justamente porque, de alguna manera, se estaba analizando una práctica. De lo que se trata es de abrir espacio para el desarrollo del pensamiento crítico, y eso es lo difícil. Creo que esto amerita como una discusión bastante más profunda sobre las bases de la educación popular, y realmente los tiempos no están dados como para ello, pero es como una primera apertura a discutirlo y a centrarse no en los aspectos meramente técnicos, que son los que se han enfatizado, y son los que, en este momento, nos traen importados desde los modelos neoliberales, porque los juegos grupales y todas esas técnicas desarrolladas para el trabajo comunitario fueron desarrolladas en los Estados Unidos, precisamente.

Lic. María Sirvent: Yo simplemente, no sé si estaba la compañera que habló de las proteínas, sí. Bueno, mirá, vos sabés que yo me resistí años a esa argumentación de que el problema alimentario en las situaciones de pobreza y de pobreza extrema podía incidir en las capacidades de aprendizaje de los chicos. No, claro, tampoco dijo eso, pero después evidentemente, con todo mi dolor, me demostraron que hay lo que nosotros denominamos injusticias irreversibles. Una de ellas es esta: que el problema de alimentación en la situación de los chicos de pobreza extrema causa realmente heridas, por lo menos así lo muestran los informes, en sus capacidades de aprender. Lo cual no significa, al contrario, significa ahondar más las causas socioeconómicas que producen eso, no decir que los chicos no son inteligentes.

Dra. Catalina Eibenschutz: Esas investigaciones tuvieron su origen en México con el investigador Craviotto, y ha habido después de eso, hace 10 años, una serie de investigaciones que lo que demuestran es que el niño malnutrido tarda más en llegar a la maduración, es decir es tardío en la maduración, pero no se queda retrasado mental. Esa es una lucha que tuvo mucho su centro en México, porque la primera investigación fue ésta que yo les menciono de Craviotto, y que tuvo un impacto mundial.

De ahí surgieron varias investigaciones que demostraron que las técnicas de estimulación, que la circunferencia cefálica, que la capacidad intelectual se alcanzaba en periodos más tardíos. Y se alcanzaba, y también están esas investigaciones. Entonces yo creo que muchas veces uno lee las investigaciones científicas también con una creencia —y en medicina eso es muy frecuente— que son desmentidas tres años después.

Para los médicos que hay aquí acordémonos que los estrógenos nos protegían del infarto del miocardio, una de las grandes mentiras de los infartos. Esta fue otra de las grandes mentiras, y desgraciadamente tuvo un impacto en la educación desastroso.

Lic. María Sirvent: No, no tanto en el sentido, porque justamente es eso, es verdad eso, pero te lleva a cuestionar las posibilidades que el sistema da, y el proceso educativo, frente a la situación como está era una injusticia irreversible en la posibilidad de poder revertir justamente eso que vos decís.

Público: Sí, quiero volver sobre un tema que se habló antes, pero para puntualizar, nada más. Catalina hablaba, tomando otras intervenciones, el tema de las ONG, el tema de los financiadores y cómo se chupan la producción, y cómo apuntan y dicen qué es lo que existe y qué es lo que no existe. Y yo quiero compartir con Uds. mi preocupación y ver qué es lo que están pensando con respecto a esto, qué alternativa podemos empezar a construir para este tipo de cosas. Tomo totalmente lo que decías vos: a veces es cuestión de supervivencia. Es cuestión de supervivencia, nuestros científicos sociales —nuestros jóvenes científicos sociales, fundamentalmente que ya no están en la cadena de hace tiempo de alguna financiadora que le das algo de dinero, aunque ahora les da menos a los famosos también—, no tienen manera de vivir, no tienen manera de investigar otras cosas que no sea la marginalidad, que es para lo que hay dinero ahora para investigar y ya sabemos para qué fines investigan esto.

Quisiera preguntar a los compañeros aquí y también a las compañeras que están en la mesa qué están pensando con respecto —si lo están haciendo— a alternativas a esto.

Dra. Catalina Eibenschutz: No es que yo tenga la solución de alternativas específicas para ello, pero yo lo único que digo es que las líneas de investigación están definidas centralmente hace mucho tiempo. Hay una corriente, y no dependen —yo insisto en que no dependen— solamente de las ONG, las universidades han estado al servicio de los proyectos: nos acordamos de la Universidad de Washington en el proyecto que preparó el golpe chileno, que tenía un nombre que ahora no me acuerdo y que era el Plan Camelot —creo algo así— y que estuvo desarrollado en la universidad por muchos investigadores.

Esto lleva muchísimo tiempo, en Estados Unidos se hacen investigaciones de biología de carácter secreto, que no son publicables y que tienen un sobresueldo especial. Y bueno, lo hacen las universidades, lo hacen los gobiernos y lo hacen los Estados. Yo creo que, durante algún tiempo, nosotros decíamos que había una ciencia proletaria y una ciencia burguesa. Yo creo que no, yo creo que hay producción de conocimientos por cualquiera de estos mecanismos, que es válido. Lo importante tal vez es cuestionarse no quién financia sino a quién se lo transmitimos, es decir, también nos están obligando a publicar sólo en ciertas revistas que no son de uso popular.

Yo trasladaría la pregunta un poco a qué vamos a hacer con el conocimiento que generemos además de publicarlo para sobrevivir. Eso me parece más importante.

Lic. María Sirvent: Yo —será porque soy ingenua o todavía guardo la ingenuidad de mis años juveniles— pero, a pesar de que yo reconozco toda esa situación tremenda, financiera y la búsqueda de los mismos profesionales —como decíamos recién— militando en la Universidad de Buenos Aires, como estoy militando, yo no veo los caminos tan cerrados. Primero, que no veo realmente una determinación tan externa de nuestra política de investigación en el área de educación. Creo que hay cosas, como por ejemplo la problemática del CONICET nuestro, que nos han cerrado las puertas, no es un problema de financiamiento externo. Ahí hay un problema concreto de política científica, y si estamos hablando de protagonismo en educación popular también hay un protagonismo nuestro en nuestros espacios de lucha, y yo creo que una alternativa es justamente no abandonar esos espacios de lucha dentro de la Universidad estatal, que es nuestro lugar de militancia. Un aspecto por lo menos. Yo lo vivo así, yo vivo que seguir estando en la universidad estatal, seguir tratando de hacer ciencia en una universidad estatal, enseñando en una universidad estatal, publicando además en términos de socialización hacia todos los actores de la práctica educativa: maestros, docentes, comunidad es nuestro caso, digo, por conocer de educación. Peleando como estamos peleando a través de algunos grupos de científicos sociales en relación con el CONICET y las políticas del CONICET. Para mí no está todo muerto, para mí la única solución —yo entiendo lo de la supervivencia— pero creo que aquí hay una cuestión también de consolidar organización de lucha política en esto.

Público: Para que no se me entienda mal en un punto: no estoy tomando solamente el financiamiento externo, estoy tomando financiamiento externo juntado al estado del CONICET, juntado a las pocas becas que hay en la universidad, las becas para iniciación en el CONICET no existen casi más, no sé si existen. Estoy juntando todo el panorama. En ese sentido me gustó un poco lo que dijo en el inicio Catalina de este punto para poder empezar a pensar, pero tomando también en cuenta esto María.

Lic. María Sirvent: Por eso las dos alternativas. Es decir, una es el problema de que hay que sobrevivir: qué hacemos. Muchos profesionales tienen que aceptar eso, pero no abandonemos... Vos me preguntaste qué hacemos, yo te digo el qué hacer, para mí es la militancia política en las instituciones del Estado de investigación, eso es lo que yo te digo. Podemos charlar el qué, el cómo, pero para mí no está perdido eso.

Para conseguir más becas, para cambiar la política científica que nos está ahogando. Vos decís qué hacemos, entonces yo te digo que hay otra posibilidad en la cual yo creo, yo aún no he perdido las esperanzas ni he bajado las banderas de la lucha política en la universidad estatal y en las instituciones estatales de investigación. En ese sentido, que creo que es un campo de pelea ya.

Lic. Elsa Lobo: Bueno, sólo para completar quería acotar que el muchacho allá arriba había hablado de la educación popular y pienso que realmente, como Nora dijo, todo en otro proceso de mesas de discusión, pero sólo rápidamente. Cuando se empezó a utilizar la metodología de educación popular era en el sentido de que es todo una educación, que no es la educación popular porque viene del pueblo, del sector popular. Pero sí haciendo un rescate de lo que es la cultura de todos los sectores populares, entonces es toda una educación basada en la realidad de los pueblos y los aportes que el pueblo nos está brindando y construyendo una educación liberadora, de ahí que es esa lucha de la educación popular, en contrapunto con la otra educación que es una educación de élites, una educación dominante que hace que nosotros tengamos en el día a día, a nivel de nuestra formación, y que persiste dentro de las escuelas.

Entonces, por ejemplo, en el caso nuestro de San Pablo, de haber tenido a Paulo Freire como Secretario de Educación del Municipio de San Pablo, más nos ha hecho construir una escuela pública popular, es decir toda la batalla de estar discutiendo cómo esa escuela tiene que ser, de todos, pero tiene que ser basada dentro de toda una construcción de lo que es necesario para los niños que vienen de todos los sectores populares, adonde está separada.

Ahora, eso no quiere decir que estamos apartando la producción del conocimiento, o sea es poner a disponibilidad de todos el conocimiento universal acumulado por toda la Humanidad. Ahora, para eso tú tienes que tener lo que se hablaba aquí, un primer acceso a la escuela, hay que tener cupos. De nada vale que tú hables de que es un derecho si no tienes los espacios para eso.

Tú tienes que tener una administración que sea democrática dentro de la propia escuela, hay que tener la calidad de la enseñanza y la alfabetización para los jóvenes y adultos que fueron puestos al margen —y ahí se habla de marginalización como si fueran ellos los que quisieron, pero no, fue la propia sociedad la que los puso al margen—. Pero eso daría para toda una discusión y que podrá ser fruto de otro encuentro.

Y, en relación a lo que tú hablabas de la ONG, yo pienso que también hay que estar atento pero no podemos estar afuera de lo que pasa. Por ejemplo, en el caso de Brasil, nosotros tenemos la primera semana de agosto un encuentro que fue organizado por Naciones Unidas para discutir el sistema de Naciones Unidas de las organizaciones no gubernamentales. Y en un primer momento hubo una

pelea increíble en todos los foros si se debía o no participar, si se está entrando o no en el sistema de Naciones Unidas, por qué Naciones Unidas nos está llamando a una discusión, y de golpe empezaron a intentar lograr más documentos, o sea, la reunión no sólo es con las ONG de Brasil sino que es una reunión con todos las ONG a nivel de todo el continente y con todas las agencias financiadoras europeas que en sus países son ONG junto a Naciones Unidas.

El tema de la discusión para nosotros, a nivel de Brasil, es transponiendo toda una pauta de los temas que queremos discutir a nivel del continente. Ahora, no sabemos si va a pasar lo mismo que pasó en México —y ahí quería ver con Katy— porque en México se ha creado una coordinadora de las ONG también a partir de las Naciones Unidas, que impulsaron esa reunión, y al final fue para que los recursos que vienen desde afuera para los proyectos internos tengan un impuesto basado en el 30%.

Entonces, hay veces que es esto y hay veces que puede ser más, pero si uno no está dentro no logra saber lo que pasa.

Lic. María Sirvent: No, yo solamente para el compañero de Córdoba que el ejemplo que trae Elsa justamente de la administración de Pablo Freire nos muestra una de las distorsiones que existe en esta concepción de educación popular que —como dice hay que verla más largamente— de que muchas veces, y lo he visto en los talleres, lo señalaban los compañeros, se asimila educación popular a educación no formal, a educación fuera de la escuela, asistemática, olvidándose justamente que la educación popular implica un abordaje de la educación, orientadora de las acciones dentro o fuera de la escuela. Y esto es un ejemplo clarísimo. Esto nada más quería decir para una próxima charla, y decir que esta iniciativa que también trajo el compañero que surge del grupo del taller de Juan Cymes y lo que dijimos acá me parece excelente en el sentido de que también a veces a nosotros nos cuesta ver los procesos como procesos, a pesar de estar trabajando en salud y en educación popular. Y en esa cuestión de ver los procesos como procesos, yo creo que justamente una de las prioridades en educación popular y en nosotros mismos, es ir tratando de rearmar la trama de esta sociedad civil tan atomizada y desarticulada, y asumir nuestra responsabilidad en eso, nuestro protagonismo, y creo que lo que estamos diciendo, de ser posible, de poder continuar, de armar la red, de analizar críticamente las experiencias, creo que sería asumir nuestra propia responsabilidad en este proceso.

Lic. Nora Elichiry: Bueno, ¿quieren cerrar con algún comentario?

Dra. Catalina Eibenschutz: No, que me quedo con las preguntas que se queda la mayoría de la gente, pero que realmente me uno a la idea de que es de aquí

desde donde deben salir. Me uno a la idea de Elsa de que ojalá en México tuviéramos oportunidad de hacer una reunión de este tipo y ojalá se hable más por los otros para dar más ideas y construir juntos las alternativas. Gracias. *(Aplausos)*.

Lic. Nora Elichiry: Sí, en relación a lo que decía Teresita Sirvent recién, respecto a que nos cuesta ver los procesos; yo creo que estuvo dando vueltas a través de toda la presentación de la mañana cuando hacíamos referencia a nosotros, la generación de las utopías. Creo que es importante la reflexión y este planteo sobre la realidad, tal vez doloroso porque nos genera mucha ansiedad. Tiene que ver con esto de que pareciera que la historia de los movimientos populares no coincide con nuestra historia cronológica, y eso genera mucha angustia.

Pero creo que estos espacios que se están abriendo son espacios importantes. Claro, en términos de un proceso a largo plazo son lentos, pero que éstas sean ya las quintas Jornadas que se están organizando casi sin financiamiento, creo que es muy meritorio, y habla de algo más que de voluntarismo. Lo otro que quiero retomar de lo que se mencionó en esta mesa es que no podemos olvidar los ejes históricos y uno de los objetivos es, al volver a nuestros lugares de trabajo, de seguir trabajando por la reconstrucción de la memoria colectiva en cada uno de los proyectos e intentar una cierta aproximación a los otros, de manera que a lo mejor en otras Jornadas, así como se habla ahora de la red de la AAMES, se pudiera hablar, a lo mejor, de una red de educación popular o de educación para la salud o comenzar a intentar la sistematización de los proyectos que están tan atomizados en este momento y que a veces quedan en un planteo casi anecdótico de presentaciones de distintas provincias, catártico a veces, que tendrá su efecto pero lo dudo, porque al día siguiente se olvida si uno no se fija una meta de una posterior sistematización. Bueno, muchas gracias por la participación de Uds. y a los invitados especiales. *(Aplausos)*.

DESCENTRALIZACION EN SALUD

(Mesa redonda)

COORDINA:

Lic. Susana Belmartino
(CESS, Rosario)

PANELISTAS:

Dr. Alfredo Martínez Demaución Alfredo, Subsecretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Dr. José C. Escudero, Asociación Argentina de Medicina Social-AAMES.

Lic. Sonia Fleury Teixeira, NUPE, Brasil

Dr. Mario Hamilton, Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

Dr. Carlos Linger, OPS/OM, Nicaragua.

Dr. Aldo Melillo, Secretario de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Dr. Tabaré González Secretario de Salud de la Municipalidad de Montevideo, Uruguay.

Lic. Susana Belmartino: Bueno, vamos a empezar las actividades de la tarde. Se ha planteado para esta mesa el tema de la descentralización. Yo voy a comenzar por presentar a los integrantes de la mesa y lo voy a hacer no en el orden de sus exposiciones, sino en el orden en que están sentados en la mesa, para facilitar la comunicación con el público. Creo yo que el primer ubicado en la extrema izquierda, lo que no significa ninguna atribución ideológica, ustedes ya lo conocen es el Dr. Carlos Linger representante de OPS-OMS en Nicaragua. A continuación se encuentra el Dr. Alfredo Martínez Demaución que es médico y actualmente Subsecretario de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Rosario, pero ha tenido una larga experiencia de trabajo en los servicios de salud municipales. Junto a él, está Mario Hamilton, que también es médico, que es profesor titular

de Administración y Planificación de la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz y coordinador de Cooperación Técnica de la misma escuela. El Dr. Tabaré González es director general de Higiene y Asistencia Social de la Intendencia Municipal de Montevideo y suplente del intendente. A su lado está la Lic. Sonia Fleury, también de la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz de Río de Janeiro y es coordinadora del NUPES que es el núcleo que en esa escuela tiene a su cargo la investigación sobre políticas sociales en general. También Sonia Fleury es ya una persona conocida en estas jornadas. El Dr. Aldo Melillo es médico psicoanalista, secretario de Salud y Medio Ambiente de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y finalmente a mi lado, Dr. José Carlos Escudero, médico sanitarista y sociólogo, profesor titular de la Universidad de Luján e investigador del CONICET. Bueno, habiendo superado esta cuestión formalista de las presentaciones, que a mi siempre me pone nerviosa, yo lo que quiero hacer es agradecer a los organizadores de estas jornadas y felicitarlos especialmente por haber decidido cerrar las jornadas con este tema que creo yo es muy conflictivo, muy actual, muy importante. Yo pienso que el problema de la descentralización constituye una de las coyunturas más críticas en la definición política de las cuestiones de salud, y creo también que en esta mesa se acumulan una cantidad de prácticas y una cantidad y calidad muy significativa de reflexiones sobre los aspectos políticos de la organización de los servicios de salud. Así que creo que va a ser un aporte más a una discusión que seguramente no se va a cerrar en esta mesa, pero que es de imperiosa necesidad, de imperiosa actualidad en este momento. Ha sido difícil ordenar las presentaciones precisamente por la complejidad y la heterogeneidad de los miembros de la mesa pero con un pequeño grado de autoritarismo hemos decidido que nos van a empezar a contar sus experiencias y sus reflexiones aquellas personas que tienen una responsabilidad actual en la conducción de servicios de salud. Así que la primera persona que va a tomar la palabra va a ser el Dr. Tabaré González. Le voy a pedir a todos que respeten el límite de tiempo que hemos acordado que es entre 10 y 15 minutos para cada ponente para que después podamos escuchar las reflexiones de la platea.

Dr. Tabaré González: Bueno, buenas tardes, es un poco complejo seguramente todos nosotros discutir un tema de estas características con relativamente poco tiempo, pero pienso que vamos a poder por lo menos encontrar la forma de transmitir algunos conceptos principales. Nosotros entendemos que por la situación en que estamos ubicados en el desarrollo de un gobierno departamental con un programa definido en el caso de Montevideo, quizás se hace importante que nuestras reflexiones y comentarios los hagamos ligados a la práctica que se está desarrollando. Tengo que decir además que desde el punto de vista de descentra-

lización y salud lo estamos intentando desarrollar de forma progresiva, no es un hecho aislado sino que forma parte de una estrategia general. De todas las acciones que hacen a los servicios y obras a la comunidad por parte del gobierno departamental. La política de nuestro gobierno municipal está orientada a contribuir a profundizar la democracia en un marco de actuación eficiente y básicamente sobre el privilegio de dos valores sustanciales: la justicia y la libertad.

Bueno, yo me voy a permitir leer porque nos va a permitir ahorrar tiempo y nos va a permitir dar más coherentemente algunas ideas en este momento. Nos parece importante precisar que en el proceso de reacomodamiento de nuestras economías, en el medio de una creciente crisis que es el escenario constante de nuestros países, estamos asistiendo a una profundización de la desigualdad social a un aumento cada vez mayor de la concentración de las riquezas y del poder en pequeños grupos, a un impulso hacia el desmantelamiento del aparato de gestión del Estado y se propicia paralelamente la atomización y desmovilización de la sociedad civil. Este modelo de gestión que se propicia en muchos de nuestros países nos conduce a un gradual y progresivo vaciamiento del sistema democrático, reduciéndolo a sus aspectos instrumentales. La libertad parece desvinculada de la democracia y es presentada como un producto del mercado y de la libre empresa, y así como el papel de las instituciones es administrar el sistema, no simplemente el sustentar el más profundo desarrollo y funcionamiento de las instituciones públicas con la sociedad civil. Nosotros no podemos ver lo de la participación de la comunidad separada del concepto de democracia y este concepto de participación y profundización de la democracia en la práctica cotidiana implica un derecho real a integrarse en el proceso de toma de decisiones, una participación real en el proceso de control del cambio y mayores oportunidades para mejorar las condiciones de vida. Esto implica la necesidad de implementar estructuras organizativas que garanticen el funcionamiento democrático del sistema institucional y faciliten la relación ciudadano-estado en los más diversos grados y niveles de la gestión. Este necesario proceso de transformación del polo institucional requiere de una correcta definición del papel que corresponde al elenco político que lo gobierna, a los trabajadores de la gestión pública y a la propia comunidad de manera tal que el proceso de gestión e interrelación sea profundamente transparente. Desarrollar estas premisas implica estrategias fundamentales. Por un lado una profunda reorganización institucional donde en el centro de la misma están algunas tareas fundamentales, desburocratización de procesos, la racionalización de la estructura y, en forma decisiva, la desconcentración y la descentralización de los servicios. Esa descentralización de carácter institucional tiene que estar profundamente ligada a una verdadera descentralización política que potencie y abra espacio a la participación de la comunidad, tanto como sujeto de gestión, como objeto de acción en las más diversas líneas de trabajo que se

identifiquen como prioritarias en forma colectiva, apoyándose en el reconocimiento cotidiano de las necesidades, así como en el desarrollo de programas propuestos por el equipo institucional y aceptados por la comunidad. Este doble proceso que exige un desarrollo muy profundo de la acción modificadora de la reforma del Estado propiamente dicho, nosotros concebimos que es en última instancia una respuesta real alternativa, a la tan mentada reforma del Estado que en definitiva es el achicamiento del Estado, el achicamiento de la gestión del Estado y la transferencia o no, vaya a saber a quién, de lo que en última instancia son las responsabilidades del conjunto de la sociedad para con los derechos de la gente.

Es importante destacar que este proceso nosotros lo arrancamos partiendo de una estructura de tradición profundamente centralista, o sea Uruguay es un país profundamente centralista a lo largo de toda su historia. Esa estructura centralista del país a su vez se ha ido transformando cada vez más en su deformaciones en una forma vertical, burocrática y donde la participación comunitaria estaba marcada, en el mejor de los casos por paternalismo y/o clientelismo en relaciones de carácter individual donde, en última instancia, el desarrollo de la propia organización social no estaba contemplada. ¿Cómo avanzamos en este trabajo? En primer lugar, conseguimos una unidad territorial básica a la que definimos como centro de trabajo para hacer la relación espacio-población y a esa unidad territorial básica le llamamos zona, dividimos todo el departamento de Montevideo en 18 zonas tomando en cuenta criterios de diverso tipo: geográficos, demográficos, urbanísticos, sociales, tradiciones culturales, históricas. Buscamos en todo caso mantener dentro de cada zona la mayor cantidad de heterogeneidades posibles, evitamos hacer zonas con esa tendencia de homogeneización de las zonas porque entonces, en última instancia, estaríamos cometiendo el error de crear espacio de *ghettos* o de condiciones positivas o de condiciones negativas. Tampoco hicimos zonas sólo urbanas o zonas sólo rurales. Montevideo tiene 40% de su espacio territorial es el departamento de Montevideo, como espacio rural, con desarrollo bastante relativo y con poca población, pero al cual hay que incrementar en su población y para el cual no hubo prácticamente nunca una política implementada para esa zona rural de Montevideo. Entonces, hay seis de las zonas que tienen un espacio rural compartiendo con la zonas urbanas. Son aproximadamente un promedio de 70.000 habitantes, hay gran heterogeneidad, como decíamos antes, dentro de la situación actual de Montevideo de los 420.000 hogares un 15%, aproximadamente tiene necesidades básicas insatisfechas, nosotros estamos en este momento por distintos caminos, ya sea por problemas de servicio, por problemas de salud, identificando los bolsones de mayor riesgo del departamento pero, incluso acá con Leonardo Werthein y nuestros compañeros, hemos hecho una encuesta profunda de cobertura e inmunizaciones por una técnica

biestratificada, tomando cada zona del departamento y hemos identificado descubiertas en un país con historia inmunitaria tan alta como el Uruguay de hasta el 53% en algunos barrios de Montevideo. Entonces esa heterogeneidad, nosotros tratamos de identificarla, en particular para definir programas de acción en cada zona para poder compensar esa situación.

Tengo que decir que este fenómeno que se está dando en nuestra ciudad es muy interesante de analizar. Montevideo es una ciudad atípica, yo lo digo muy rápidamente, para no extenderme. ¿Por qué le llamamos atípica? Porque tiene una marginalidad creciente, y sin embargo estamos hablando de una ciudad, de un departamento, prácticamente congelado demográficamente, o sea nuestro crecimiento vegetativo es muy bajo, fruto por un lado de lo que históricamente fue el desarrollo de la primera mitad del siglo desde el punto de vista socioeconómico que degeneró indicadores de comportamiento demográfico, indicadores de salud, en general muy típicos de países desarrollados, eso ya no está hoy, pero sobre el fenómeno de tasas bajas de crecimiento, además, tenemos una alta migración. El hecho concreto es que seguimos creciendo poco pese a que ahora estamos mucho más pobres que antes. Y, sin embargo, estamos creciendo desde el punto de vista de la marginalidad, tampoco tenemos migración urbano-rural a la ciudad, por lo tanto acá el fenómeno está dado y está demostrado por estudios muy interesantes que es la centrifugación de la ciudad con servicios, la ciudad urbana, la ciudad típica, hacia la periferia por un fenómeno económicosocial descendente. Hay vaciamiento de ciudades enteras, de barrios centrales de la ciudad y la población es realojada, y esto es un fenómeno que lleva décadas, hasta zonas sin servicios, a zonas donde los asentamientos se hacen en zonas de condiciones sanitarias inadecuadas y por tanto toda la cohorte de problemas en cuanto a hacinamiento o promiscuidad, insuficiencia de servicios, dificultades sanitarias. Este fenómeno de desequilibrio entre servicios y necesidades marca una de las características sustanciales del trabajo, de la gravedad del momento, de los desafíos que tenemos y donde centramos básicamente, desde el punto de vista concreto, para poder avanzar en una forma real en ese proceso de descentralización y participación, los centros fundamentales de nuestra estrategia, de manera tal que podamos ir caracterizando planes de acción zona a zona. Enmarcada, por supuesto, en una política de carácter general donde estemos combinando adecuadamente los recursos de una estructura institucional, que está en proceso de transformación y que debe avanzar a una reestructura mucho más profunda para dar eficiencia en la respuesta de sus servicios y una acción de la comunidad donde la participación se desarrolle de una manera mucho más adecuada. Algunas cosas han pasado hasta ahora, en este año. Nosotros inicialmente luego de esta división de zonas ubicamos en cada zona un delegado del intendente como coordinador zonal, convocamos a las organizaciones vecinales de todo tipo, barriales,

cooperativas, sindicales, etc. de cada zona, de manera colectiva, conjunta y no de a una, para hacer un debate y un análisis conjunto de cómo trabajar en la zona. Llevamos la discusión a los efectos de la profundización de una manera concreta, para profundizar ese rol de participación y, por ejemplo, llevamos adelante una experiencia muy interesante que fue discutir, zona a zona, el plan quinquenal del presupuesto de la intendencia de Montevideo durante los meses de julio y agosto del año pasado antes de hacer el resumen de ese plan y llevarlo a la discusión del órgano legislativo o departamental que es la Junta Departamental. Y luego devolver a la zona cuáles eran los resultados de la discusión parlamentaria y cuáles eran las líneas principales del compromiso de gestión que estaba involucrado en ese presupuesto. Luego de eso, en este momento, estamos discutiendo con todas las fuerzas políticas, una modificación de la legislación vigente, ya que toda esta estructura no tiene sustento legal, para definir un proceso en el cual, en definitiva, la estructura de carácter zonal tenga carácter electivo en cada zona. De manera tal que sea una expresión de carácter democrático mucho más concreta y además donde en ese contexto esté también definido cuáles son los mecanismos de relación entre lo institucional y lo social a los efectos de la gestión cotidiana.

Como prácticamente se me ha pasado el tiempo, quiero decir, que enmarcada en esta estrategia, con este proceso de trabajo, en el campo de, salud, estamos transformando lo que eran algunas policlínicas de atención a demanda tradicional, que existían en la periferia de Montevideo. Nosotros tenemos un sistema de salud ambulatorio a nivel municipal, no tenemos hospitales. Estamos transformando esas estructuras y algunas nuevas que hemos creado. Ya estamos trabajando en 14 de las 18 zonas, de manera tal de poder llevar adelante lo que llamamos el Programa de Atención Zonal (PAZ), de carácter integral que adopta las características clásicas que se han descrito a lo largo de distintas experiencias de manera de atender en forma conjunta a las personas y al medio ambiente. Es decir, que nuestro programa de atención zonal está inserto en ese programa de estrategia general de la zona que conforma lo que llamamos Centro Comunal Zonal y que son siendo receptores de distintos programas. Ya sean programas como éste de servicios sociales, o de guarderías o programas de servicios públicos como barrido, limpieza, mantenimiento de alumbrado, etc. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Dr. Martínez Demaución: Buenas tardes a todos. Quiero aclarar que en el programa figuraba que estaría el Dr. Hermes Binner, que es el secretario de Salud Pública, el cual no pudo venir y me pidió que asistiera yo. Evidentemente, mi exposición no será tan brillante como hubiera sido la de él, que sobre todo tiene la responsabilidad del manejo de la secretaría de salud pública tarea que yo com-

parto con él. Voy a tratar de hacer un resumen de lo que hemos hecho hasta la fecha en 18 meses.

Aclaro que no quiero hacer críticas de administraciones anteriores sólo intento ubicarlos rápidamente en cómo estaba la cosa y cómo está ahora. Aclaro también que no pertenezco al partido político que está gobernando la intendencia de Rosario, sino que me han llamado a colaborar, a participar. Hace 22 años que estoy trabajando como empleado municipal. Ingresé como practicante mayor cuando había practicantado, estuve como ginecólogo de Higiene Social. Luego he ocupado direcciones del servicio de ambulancias, en el servicio médico domiciliario de emergencias. En la dirección de control de calidad de prestaciones médicas ambulatorias de dos centros de salud. También he sido integrante de comisiones directivas de Asociación Médica, que es la entidad gremial de Rosario, del Colegio de Médicos de la Ciudad de Rosario y he conocido, a través de ese tiempo cómo se ha ido desarrollando la salud pública en esa ciudad y qué es lo que hemos hecho nosotros desde que entramos. Estuve participando en el grupo que trabajó en el anteproyecto de carrera sanitaria para los profesionales de la salud municipal que no existe en Rosario, que lo ha presentado el Dr. Caballero, el intendente del Concejo Municipal y que probablemente se pueda aprobar. Es sumamente importante para desempeñar las tareas y funciones profesionales en la salud.

La salud municipal en Rosario, está constituida por seis hospitales municipales; 32 efectores periféricos había cuando nosotros entramos, actualmente son 40. De esos, 14 son centros de salud y el resto son dispensarios o consultorios vecinales con profesionales municipales que se desempeñan en ellos. Hasta que nosotros entramos no recuerdo que existieran políticas de salud, programas, normas o estrategias. Normalmente, la atención se hacía como siempre era tradicional de acuerdo a una respuesta a lo que se presentaba como enfermedad, sin programas para la salud, librado a la responsabilidad, capacidad, idoneidad y a la vocación de servicio de cada uno de los profesionales o de los agentes municipales que se desempeñaban en la salud. La atención, yo diría que era como tradicionalmente sabía ocurrir, un acto caritativo a gente que no tenía cobertura y que no tenía posibilidad de acceso a la atención de la salud en los niveles de la seguridad social o del sector privado. No como una respuesta al inalienable derecho a la salud de todo poblador o de todo ciudadano. Pienso que no había capacidad personal y aquí no quiero hacer mi cartel. Me excluyo de esto, así como el Dr. Binner y otras personas, tenían capacidad y preparación personal como para desempeñar el cargo que debían desempeñar y lo que es peor, no buscaban el asesoramiento, no buscaban la formación de equipos y grupos para poder trabajar en lo que se desconocía y en lo que no había intención de hacer programas. Sistemáticamente se rechazó la colaboración de gente que sí tenía conocimiento en

este tipo de cosas, por razones políticas o por lo que fuera. Como era la institución intermedia gremial de asociación médica a través del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS). Jamás se priorizó la salud en las administraciones municipales anteriores, por lo menos a mi criterio, como se lo ha hecho ahora. Esto es sumamente importante. Se priorizaban otras cosas antes que la salud. Esto llevaba a un deterioro de los hospitales y del resto de los efectores. A un equipamiento insuficiente que no se actualizaba, que no se renovaba, que no cumplía las funciones del equipamiento que se debe tener, tecnológicamente actualizado. Había falta de medicamentos, de insumos, de leche. Había una desjerarquización total del empleado municipal, no sólo desde el punto de vista remunerativo, sino desde el punto de vista de ser considerado como un ser humano. Se lo denigraba, se decía que era un vago, un atorrante que no servía para nada. Todo esto al revertirse, cambia mucho la situación de la calidad de trabajo. No existían planes directrices y los arreglos que se hacían, desde el punto de vista edilicio y de mantenimiento, se hacían de acuerdo al criterio del jefe o del director del hospital que se tratara. Gente que no estaba capacitada para poder desempeñar esas tareas. No había un conocimiento o detalle de los planteles básicos de empleados profesionales y no profesionales; de agentes municipales como enfermeras, mucamas y demás que debían integrar esos lugares para dar respuesta a la demanda que se necesitaba. Sobre todo, vuelvo a destacar esto, no había una decisión desde el ejecutivo de priorizar la salud y de priorizar la vida humana, no sólo desde el punto de vista de la salud pública sino también desde lo que hace a todo esto como promoción social, obras públicas, bromatología. Todo lo que concurre, de una u otra forma para mejorar la forma de vida de la población.

¿Qué es lo que se hace en Rosario a partir de hace 18 meses a esta fecha? El Dr. Caballero, intendente, prioriza la salud. El ha dicho que es mucho más importante salvar una vida que tapar un bache. El dice que se debe trabajar para formar una administración digna, transparente, moral, ética y que realmente se trabaje con vocación de servicio y no se puede tener vocación de servicio si no se tiene amor al prójimo. Yo creo que éste es un principio básico muy importante para poder después desarrollar las políticas que se han ido desarrollando y creemos que lo hemos hecho más o menos acertadamente.

En cuanto a la salud pública, nos avocamos apenas entramos, a la designación de directores, subdirectores de hospitales, de jefes de estaciones sanitarias y centros de salud y de administradores. Es decir, a la gente que realmente considerábamos gozaba del consenso y la capacidad de mando de la organización y que se iba a integrar al programa y al proyecto que teníamos, se los conservó y a los demás se los cambió. No se los dejó afuera, eran profesionales de carrera, sino que directamente se llama a colaborar a gente que uno sabe que va a responder. Esto es muy importante sobre todo desde el punto de vista de los administra-

dores. Se cambió a cuatro de los siete administradores que teníamos al frente de unidades de administración y contaduría y dos de ellos renunciaron. Les comento, sin dar nombres por supuesto, el comentario de ellos pinta de cuerpo entero lo que era esto. Dijeron que por el sueldo que ganaban en la Municipalidad no les convenía seguir. Evidentemente antes no trabajaban sólo por el sueldo. Se les saca a los otros el manejo de fondos. Y se pone gente que uno conoce perfectamente cómo va a responder. Se crean direcciones que no existían, como la de Atención Primaria de la Salud, de Epidemiología y de Formación y Capacitación Profesional de Recursos Humanos. Sobre estos tres pilares se cimenta un poco el programa de acción de la Secretaría de Salud Pública. Se le da un reordenamiento y mayor impulso a las Direcciones de Arquitectura y Mantenimiento Edificio, trayendo más arquitectos, gente realmente entendida en el tema. No es fácil encontrar arquitectos e ingenieros que conozcan sobre el tema de mantenimiento edilicio y construcciones sanitarias. Cuando no conocen, generalmente se cometen errores. También se refuerza la Dirección de Mantenimiento Electrónico, con un contrato que existe con la Universidad Tecnológica Nacional que nos da permanentemente becarios para trabajar en el servicio. Se refuerza la Dirección de Programación y Coordinación. Se logra con esto, desde un punto de vista importante, que también viene del ejecutivo con la creación de la Dirección de Investigaciones Administrativas, un saneamiento moral de toda la Municipalidad que es sumamente importante y es bueno destacar. Se hacen reuniones semanales con asesores en organización y administración hospitalaria y sanitaria. Todos los viernes había reuniones de subsecretarios y secretario de salud pública y directores y subdirectores de hospitales con el Dr. Pablo Bonazola en Rosario en la Asociación Médica. Hubo charlas de distintos profesionales, como el Dr. Mario Testa, Dr. Adolfo Chorni, Dr. Mario Hamilton y otros, y el asesoramiento y acercamiento permanente con la entidad gremial, la Asociación Médica y el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Es decir, nos considerábamos no dueños de la verdad, no conocedores de todo y buscábamos la concurrencia de gente que podía enseñarnos mucho y a través de los cuáles pudimos implementar una serie de medidas. También (permanentemente) mantenemos reuniones semanales de directores de hospitales con el director general de atención médica, a las que también concurren la Dirección de Atención Primaria de la Salud, Epidemiología y Recursos Humanos, reuniones semanales de los jefes de los centros de salud, dispensarios y efectores periféricos con la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la cual dependen, reuniones entre los administradores de las unidades de los seis hospitales, las seis administraciones contables con la Dirección General de Contaduría de la Secretaría de Salud Pública. De los directores de arquitectura, bioquímica, odontología, droguería y farmacia, banco de sangre, estadística, mantenimiento electrónico con la Dirección General de Programa-

ción y Coordinación. Esto se lo comento porque es sumamente importante mantener un permanente contacto con la gente que tiene descentralizadamente que ejecutar acciones, traer sugerencias y armónicamente llevar adelante el manejo de eso. Esto lo estoy comentando, no estoy queriendo hacer el cartel de lo que hemos hecho nosotros. Nunca en los 22 años que estuve cumpliendo funciones jerárquicas de direcciones de servicios, habíamos sido llamados a participar de reuniones o a dar sugerencias y cuando queríamos hacerlo era bastante difícil lograrlo, reuniones semanales que llamamos de minigabinete, secretario y subsecretarios con los directores generales de personal, de administración y costo, de atención médica, coordinación y programación y el asesor jurídico, a las cuales se suman eventualmente las Direcciones de Epidemiología, Atención Primaria de la Salud y Recursos Humanos.

Así planteado este reordenamiento se comenzó un análisis de las necesidades y demandas a cubrir desde todos puntos de vista, se programa y se comienza a ejecutar recuperación, ampliación y adaptación edilicia de acuerdo a planes directrices de los seis hospitales, de los centros de Salud perisféricos. ¿Qué es esto de los planes directrices? Anteriormente (y yo estaba como director de dos centros de Salud) cuando emprendíamos algunos arreglos no solo lo hacíamos quienes no estábamos capacitados como médicos para hacer edificaciones, cambios y modificaciones sino que cuando pedíamos la participación de alguien directamente no la teníamos con respecto a la posibilidad de gente que tuviera conocimiento del tema. Se pone en funcionamiento el criterio de descentralización en todos los aspectos, el aspecto administrativo, el aspecto médico, paramédico, enfermería, bioquímica, odontología, arquitectura y demás, de acuerdo a la particularidad de cada zona y de cada servicio para tratar de lograr, de esa forma, ¿qué es la descentralización? Integrar, dar participación, dar protagonismo a la gente, es lo que decía el Dr. Tabaré González hace un rato, la participación dentro de la democracia. Se estimula la integración de la comunidad a través de las instituciones representativas y de los representantes, parroquias, clubes vecinales, cooperadoras, etc., un poco es lo que se ha dicho.

Bueno yo no me voy a extender con todo lo que hemos hecho sobre la Atención Primaria de la Salud respecto de la arquitectura, administrativamente, planificación de compras y demás, solamente les voy a comentar por ejemplo algo que se hizo y cómo se han logrado algunos ajustes que no existían. Respecto a compras, respecto a la parte administrativa, se designan comités de gestión para las compras integrados por tres personas que son las que hacen el pedido de lo que se va a comprar presupuesto, ya sea, por el monto del dinero, concurso de precios, compra directa, licitación pública o privada. Comités de preadjudicación y de adjudicación, integradas por otras personas y el comité de recepción, que es el que controla si se recibe lo que se había comprado o lo que se había solicitado

y la calidad. Bueno, aquí surgen una serie de cosas, nunca se había hecho esto antes, tenía la potestad una sola persona de hacer él todo solo, la gestión, la licitación y la adjudicación, y el control y evidentemente las cosas no marchaban como debían marchar. Creo que hay muchas cosas y muchos temas que podríamos conversar, pero realmente debido al tiempo limitado que tengo no me voy a ampliar y cualquier cosa, en todo caso después podríamos ampliar a través de las preguntas. Nada más. (*Aplausos*).

Dr. Carlos Linger: Bueno, no es fácil en diez minutos describir la compleja situación sanitaria, social ni política de Nicaragua, para tratar de entender y enmarcar lo que son las políticas de descentralización y de Atención Primaria de la Salud dentro del contexto global del país. Lo cierto es que a partir del cambio de gobierno, producido el 25 de abril de 1990, el nuevo gobierno intenta implementar una serie de políticas, pero previamente y en el proceso de transición al que hice referencia inclusive en mi charla del día de ayer, decide conjuntamente con las autoridades salientes del gobierno sandinista, una serie de acuerdos políticos referidos a lo que podría ser el futuro de la Salud Pública de Nicaragua, acuerdo que estaba basado fundamentalmente en la decisión conjunta de autoridades salientes y de autoridades entrantes como primera medida y primordial creemos nosotros, el mantenimiento y sostenimiento del Sistema Nacional de Salud así como está planteado en este momento, la continuidad y profundización de una serie de medidas de tipo organizativo administrativo que hacen al mejor funcionamiento del sistema. Claro que a partir del cambio de gobierno y a partir de las políticas que este nuevo gobierno implementa en lo sucesivo, en donde se marca claramente la orientación hacia unas políticas de ajustes siguiendo los marcos y esquemas tradicionales de todas las políticas de ajuste de América Latina, se transforma el panorama social y político del país y fundamentalmente en el caso concreto de salud. A partir de las decisiones de achicar el aparato del Estado, el nuevo gobierno necesita estructurar unas políticas que sean coincidentes o consecuentes con el protocolo y los acuerdos realizados anteriormente, al mismo tiempo de que orientarse hacia la nueva situación. En ese sentido se elaboran, a partir de diciembre de 1990 un plan maestro de salud que es un programa diagnóstico y una propuesta de trabajo para los próximos cinco años, que marcan, como digo, dos elementos fundamentales, que tal vez definen el plan maestro. En primer lugar, la continuidad del proceso, la continuidad del Sistema Nacional como tal, ya no se llama Sistema Nacional Unico, porque se incluyen otras instituciones como el sector privado, aunque anteriormente también estaba, y el otro es el proceso de descentralización. Curiosamente el proceso de descentralización, que en Nicaragua cobra el nombre de SILAIS, que son Sistemas Locales Integrados de Salud, el equivalente de los SILOS de la literatura en general, sur-

ge no solamente como un acuerdo político, no solamente como una necesidad de actualizar las políticas de salud y de seguir todo lo que son las tendencias internacionales en cuanto a los sistemas locales de salud, sino que ahí fundamentalmente surge como una necesidad imperiosa, producto de adecuar la estructura de los sistemas de salud a la nueva realidad. ¿En qué consiste esa nueva realidad? Disminución del presupuesto de salud del 7% del PIB al 2% del PIB, reducción de la masa de la fuerza de trabajo de 23.000 funcionarios a 14.000, disminución del presupuesto para atención primaria, etc. y todo lo que ustedes ya pueden conocer en términos de las políticas de ajuste.

El actual gobierno, entonces, implementa y pone en ejecución el sistema local de salud y se da precisamente una coyuntura muy interesante en el que, desde la oposición, el Frente Sandinista, como principal partido de oposición, está de acuerdo con la política de los sistemas locales de salud y lo apoya desde su función política, sobre todo enfatizando la necesidad de reforzar el nivel local de atención, y también, fundamentalmente el de aumentar la cobertura de los servicios de salud sobre todo en aquellas regiones a las que por razones de la guerra no habían podido llegar los sistemas de salud. Esto que es una propuesta técnica está enmarcada dentro de todo un proceso político que se vive en este momento en Nicaragua. Hay una iniciativa que se llama el proceso de la concertación político y social por el cual todas las partes sociales actuantes, es decir el gobierno, las fuerzas laborales representadas por sus organismos respectivos, sindicatos, gremios, etc. y el sector patronal se han unido desde hace aproximadamente cuatro meses para definir lo que pudiera ser un acuerdo social o un pacto social.

En el pacto social se definen básicamente las estructuras económicas, políticas, pero también se discuten y se analizan lo que son las políticas sociales, de manera que en el gran acuerdo social que se está negociando en este momento, la salud aparece como un elemento importante, está siendo discutida desde el punto de vista político por aquellos que forman parte de la sociedad civil y también por aquellos que forman parte del gobierno, y el sistema local de salud que representa un reforzamiento de lo que es la autoridad local, de lo que son las estructuras de poder local, muy endebles aun en algunos lugares del país, cuentan con el aval, con el apoyo de las fuerzas vivas del país, como digo, tanto del sector gubernamental como en el sector de la oposición. Estos acuerdos tratan igualmente cosas tan importantes para Nicaragua, como es la tenencia de la tierra, la continuidad de la reforma agraria, la gratuidad de la enseñanza a todos los niveles, etc. , por lo tanto define, de alguna manera de común acuerdo lo que podrán ser eventualmente las futuras políticas sociales del país. Es importante señalar esto porque ustedes saben que la sociedad nicaragüense, actualmente y aun hoy es una sociedad altamente politizada. Y, efectivamente, el fenómeno salud es un tema de discusión política permanente en todos los niveles. No se reduce sola-

mente a los aspectos puramente técnicos, sino que hace al quehacer nacional y a la discusión de los grandes temas por parte, digamos, de la sociedad en su conjunto. En lo específico, ya en la implementación de los sistemas locales de Salud, se ha dividido al país en 19 SILAIS. La unidad de producción de los servicios es el municipio. Existen 132 municipios en el país que están reordenados o reagrupados en 19 sistemas locales. El municipio tiene su autoridad municipal, que es el intendente o el alcalde, ¿verdad? y un concejo municipal semejante a la estructura nuestra donde se definen las distintas políticas y, todavía, no se había incluido de manera regular y sistemática lo que sería aquí el equivalente de un secretario de salud, tratándose de comunidades relativamente pequeñas y sobre todo rurales, Nicaragua tiene casi el 60 % de ruralidad en cuanto a la distribución de su población.

Cuando se inicia el proceso de salud, de descentralización, salud prácticamente sale adelantándose a un proceso general de descentralización del aparato del Estado, y asume una forma organizativa de alguna manera a partir de los municipios y de los sistemas locales que ahora, en este momento, otras instituciones, como es el Instituto de Reforma Agraria, o el Ministerio de Educación, lo van acompañando en ese proceso de descentralización.

El hecho más importante de todo esto es que, a partir del momento en que se define el plan maestro de salud, que como digo es una orientación estratégica para el futuro, y a partir de que se definen tres o cuatro cosas organizativas fundamentales como es el municipio como base y el sistema local en su conjunto uniendo una serie de municipios y la de espacio poblacional en términos de qué sistemas, o en cada sistema local, qué estructura o servicio formará parte y cómo se estructura esa misma como red, a partir de ese momento se genera lo que creemos es el proceso más importante de todo esto que es la discusión política de esto. Esto se lleva a discutir a nivel regional; es decir, las regiones constituyen el equivalente a las provincias de aquí y después a nivel local, donde fundamentalmente los que tienen la palabra importante son precisamente los alcaldes municipales. Hay que recordar que los alcaldes municipales, en buena parte pertenecen al oficialismo, en este momento, a pesar de lo cual y basado y en función de las necesidades tan dramáticas que existen en el interior de Nicaragua, en cuanto a las necesidades de salud y muchas otras, los alcaldes se ven ante la necesidad de tener que discutir el aspecto político y aceptar, o por lo menos tomar en consideración, las distintas propuestas que surgen, digamos a partir de la organización de los sistemas locales. Eso ha ocurrido, en este momento estamos en pleno proceso de discusión política, se han organizado aproximadamente cuatro talleres regionales con participación importante del sector político de las así llamadas fuerzas vivas de la región, y se está estructurando lo que sería la comisión o el comité directivo del sistema local que va a tener un responsable, que va a ser elegido, un

profesional de la salud que va a ser elegido por concurso o por oposición, pero va a tener un comité integrado por los miembros del municipio, pero también con una representación importante de la comunidad.

Ustedes saben que Nicaragua es un país que tiene una larga trayectoria y tradición en participación popular en salud, en una época con una fuerte organización barrial y comunal, y esto no ha desaparecido, sino que a pesar de que no ha tenido una vigencia en estos últimos dos años la sociedad o la comunidad tiene formas organizativas propias que están siendo muy bien utilizadas precisamente a los efectos de esta nueva propuesta. Todo este proceso político va a desembarcar el día 30 de agosto en una Reunión Nacional de los Alcaldes, de los ciento treinta y tantos alcaldes con que cuenta el país con las autoridades de salud se va a definir, muy probablemente, la estructura nacional del sistema local y a partir de ese momento podremos considerar iniciado, o digamos puesto en marcha el funcionamiento de cada uno de los sistemas locales. Es obvio y como corresponde a toda realidad social disímil, cada sistema local va a tener muy probablemente una estructura organizativa en marco semejante, pero con formas de trabajo adecuadas a cada realidad, y sobre todo va a haber una velocidad de desarrollo distinto en cada sistema local en función de la serie de variables que están determinadas en ese espacio poblacional. Lo interesante de todo esto es que en aquellas regiones, en donde como ustedes recuerdan, se ha desmovilizado la Contra, la ex-resistencia nicaragüense, que ocupan amplios espacios territoriales, ellos han solicitado al ministerio de salud la integración en los SILOS, los SILAIS, formando parte de la comisión y ya hemos tenido encuentros y reuniones con ellos donde están de alguna manera participando de esa preocupación.

En síntesis, esto es un compromiso muy dinámico, nosotros creemos que para finales del año estarán funcionando los 19 sistemas locales, como digo, con niveles diferentes todavía uno del otro, pero lo más importante es recalcar, creo yo, en primer lugar el aspecto político, lo que significa la discusión de un programa de descentralización que sea verdaderamente democrático, es decir sometido a la consideración no solamente de aparato sanitario, del aparato gubernamental sanitario sino de la propia comunidad y más aun todavía someterla a consideración y a discusión de las autoridades locales que son en definitiva las que podrán llevar adelante un proceso que es independientemente, como ustedes han visto el color político o de pertenencia de partido de los miembros de este municipio. En segundo lugar, nosotros esperamos que la propuesta técnica dé repuesta a las necesidades que la sociedad y la comunidad están planteando en su conjunto, y eso lo consideramos como un hecho fundamental. Es decir, si el sistema local no va a poder tomar de sí y para sí lo que la comunidad que la constituye está plantando como urgencia, como demanda, es probable que este proyecto no funcione ni en Nicaragua ni en ningún otro lado. En tercer lugar, también tenemos que con-

siderar que el proceso, digamos la constitución de los sistemas locales, también es una propuesta funcional al sistema no podemos pretender que el sistema local sea algo así como una alternativa a la propuesta, es algo así como una propuesta funcional al sistema en la medida en que sí se pretende mayor eficiencia, mayor impacto y mayor participación de la comunidad, también de lo que se trata es de ahorrar dinero para las magras estructuras presupuestarias del sector salud del país. Hay una cierta coincidencia en ese sentido, de ahí también que las fuerzas políticas de distintos órdenes, estén coincidiendo en que el sistema local representa realmente una posibilidad de desarrollo del sistema y en última instancia para Nicaragua resulta fundamental entender que una de las mayores reivindicaciones que se plantean a nivel social y político es la continuidad y mantenimiento del sistema nacional social de salud. Sistema nacional integrado de salud, que es una conquista largamente deseada, muy discutida, pero que en este momento está sufriendo como en todas partes los embates de las propuestas neoliberales y sobre todo de la estructura privada, que una vez más quiere, digamos, apoderarse de esa propuesta. Gracias. (*Aplausos*).

Dr. Aldo Melillo: Bueno, yo comenzaría compartiendo con ustedes un momento que pasé en este mismo lugar hace muchos años. En el año 58 yo ya era consejero estudiantil, pero en la universidad, consejero universitario en representación de los estudiantes y me tocó venir aquí a rendir cuentas ante una asamblea de estudiantes de Odontología por un largo conflicto que había por los concursos de Odontología, que por aquella época fue un tema famoso. La verdad, no sé si entonces me sentí tan nervioso como hoy, cuando tengo que venir a hablar ante ustedes, pero algo de eso hay. Quizás lo que me pone nervioso es el hecho de no ser un experto, un sanitarista y que he llegado hace muy poco a la función pública; de tener que dirigir la salud en la municipalidad de Buenos Aires y obviamente he llegado allí por razones de militancia política, de manera que, quizás, si se esperara de mí una disertación más técnica, en realidad tendría que estar acá alguno de mis asesores y no yo. Pero sí creo que podría compartir quizás en el clima que ustedes compartieron en los talleres, el intercambio de opiniones, de experiencias en las tareas realizadas, lo que va resultando es también una experiencia de tener la responsabilidad de la decisión en un área tan sensible y en una época tan acuciante como la que vive nuestra sociedad hoy en día. Yo recién cuando escuchaba la cuestión del achicamiento del Estado pensaba ¡caramba!, a mí no se me achica el Estado, se me está por agrandar, casi por duplicar porque a la municipalidad le van a pasar los hospitales nacionales, por si esto fuera poco, quiero decir que quizás las experiencias que cada administración en esta época de crisis tiene que ir transitando, debe ser de algún modo examinada en la particularidad, en la peculiaridad que cada situación tiene.

Cuando conversaba con un amigo acerca del contenido de esta reunión, la descentralización en salud, él me tranquilizaba diciéndome que podía hablar de las áreas programáticas, de los centros de salud, de cómo está estructurado en la municipalidad, desde la secretaría de salud. Pero yo pensaba que eso sería algo así como hacer un repaso que todos ustedes conocen. Me gustaría, más vale, compartir cuál es la realidad que tiene esto cuando se lo empieza a mirar en toda su magnitud. Creo que el sistema de salud que nos toca gobernar, es un sistema ferozmente centralizado, donde en un lugar como la Capital Federal se atiende no sólo la demanda de la Capital sino también de un vasto sector del Gran Buenos Aires. Y la descentralización que nosotros podemos llevar a cabo en nuestra área, no frena una cantidad de demanda que llega incontroladamente y sin muchas posibilidades de hacer prevención o previsión de eventos desde el Gran Buenos Aires. De manera que acá nos hemos avocado a una tarea doblemente complicada que es tener que poner de pie un sistema hospitalario que está constantemente requerido en su función de atención de la enfermedad y tratar de ir prosiguiendo lentamente a empezar políticas de prevención que, como todos ustedes saben, generalmente son silenciosas, se realizan en lugares que no tienen prensa, que no tienen público y que pasan a ser las tareas de salud comunitarias, de prevención desde el centro de salud, de participación de la comunidad en esa tarea. Una cosa muy silenciosa, muy lenta y que puede dar frutos a largo plazo. Pienso que toda crisis es una oportunidad. En la Argentina, lo que uno va viendo del efecto que tiene la crisis sobre el sistema de salud de la Nación ha tenido en general un efecto muy singular, que es que al hacer agua una parte del sistema instalado, de salud, esto ha provocado la vuelta a la escena o el corrimiento hacia el centro de la escena nuevamente del hospital público del sistema público de salud. Digo que es una oportunidad, porque pienso que el hospital público sufrió el embate de dos tipos de políticas a mi juicio, por un lado, las políticas de llevarlos a su mínima expresión, de desarticularlo, de desabastecerlo, de dejarlo morir de a poco, y por otra parte, el embate de alguna política más ambiciosa, más teóricamente con sustento, pero que de alguna manera la crisis también la arrastró al fracaso; de manera que encontramos un sistema en esas condiciones, un hospital pobre que iba quedando para los desheredados.

Bueno, para nosotros entonces, en una época en que planificar es muy complicado y muy difícil, una época en que nosotros cuando asumí en 1989 el gobierno municipal, uno se encontraba con un plan de salud aprobado por una ordenanza, un lindo plan de salud, pero que cuando uno leía los objetivos se daba cuenta de que había sido devorado por la crisis, es decir las cosas no podían hacerse como se plantearon en ese plan de salud. Entonces, pensamos que en este momento es difícil hacer un plan de salud, y lo que uno está haciendo es articular políticas de salud, políticas que tengan que abarcar los distintos aspectos de lo

que en el futuro podrá ser articulado en un plan de salud. La política básica sobre la que estamos trabajando nosotros es justamente la transformación del hospital público. La transformación del hospital público en el sentido de reciclarlo, de reequiparlo, de reordenar su dotación de personal, de estabilizarla, para que pueda cumplir su función dignamente para todos los que lo necesiten. Todos sabemos acá que hay firmadas ordenanzas de descentralización hospitalarias, que no se han podido cumplir, porque el tema es no sólo lo que uno puede escribir en un proyecto, sino realmente lo que uno puede ejecutar, creemos que estamos entrando en la etapa de la ejecución de las descentralizaciones y que en un par de años más quizás podamos estar llegando a la situación del hospital que todos queremos y que todos compartimos. No quisiera pasarme en el tiempo. Yo sé que muchas personas de las que están acá, hemos debatido largamente las cuestiones que se presentan cotidianamente en nuestros hospitales, en nuestros sistemas de salud y los problemas que hay allí y lo vamos a seguir haciendo, pero me gustaría que dadas las posibilidades de un intercambio, *explayarme* un poco más en estos temas que he mencionado.

Por otra parte, en cuanto a la política que se realiza fuera del hospital, que tiene que ver con los centros de salud, con lo que puede llegar a ser la participación comunitaria, yo no he encontrado todavía una solución que me satisfaga, quizás, tal como viene planteada la cosa, la cultura hospitalaria pesa mucho sobre lo que hoy funciona como nivel descentralizado, y creo que entre todos tenemos que ir buscando un equilibrio que quizás venga con el tiempo de funcionamiento de los centros de salud y las áreas programáticas, y la consolidación de este sector en la Municipalidad de Buenos Aires. La política nuestra en ese sentido es clara, estamos consiguiendo ahora que se construyan cuatro centros de salud más, pero, las cosas llevan tiempo y no sirven para las impaciencias. Acá se pueden plantear dos cosas: uno puede intentar caminar con la velocidad de la ideología o puede intentar caminar con las pausas y las puntuaciones que la realidad nos impone. Nosotros hemos preferido este camino, no porque no nos guste la velocidad de la ideología, sino porque hemos visto ya naufragar muchas velocidades ideológicas en estos últimos tiempos. (*Aplausos*)

Dr. José C. Escudero: El tema, la palabra, es descentralización, la primera consideración es saber si la palabra refleja lo que se hace realmente o no, por ejemplo cuando los nazis mataron a los judíos llamaron a eso la solución final, no el genocidio. Y en los campos de exterminio de los militares argentinos se llamaba traslado al asesinato de los detenidos. La primera necesidad es: hasta qué punto la palabra refleja la necesidad porque hay cosas que no se pueden decir aunque se hagan (*Aplausos*). No, yo no planteo esto como una oposición de personas o cosas, quiero desarrollar una idea porque la situación creo que es muy compleja y

en el fondo es parte de una lucha política que sucede todos los días. Historia de la palabra descentralización en la Argentina, tiene una mala historia. Cuando Hamilton y yo estudiábamos salud pública, hace la pavada de 27 años, en esta manzana, en ese momento se acababa de inventar la imprenta, nos enseñaron a leer un documento que era el informe de los consultores de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre la Salud Argentina hecho en el año 56. El año 55 voltearon al peronismo, se llamó el informe Pedroso. Este informe decía que había que descentralizar la estructura hospitalaria argentina, que era la gran obra de Carrillo, que era una estructura hospitalaria con muy buena cobertura, gratuita, y financiada de rentas generales. Para los que hemos visto, lo que pasó después de Salud Pública queda claro cómo las estructuras financiadas de rentas generales, tienen mucho menos gastos administrativos y son mucho más eficientes que su alternativa. El sistema canadiense es muy superior al norteamericano, el inglés es muy superior a los de Europa Occidental y, yo diría que el cubano es superior al de cualquier otro país del mundo. Así que se trataba, no tanto de ser eficiente, una cosa, era evidente que se proponía algo más ineficiente, pero yo pienso que ellos tenían un objetivo político que era debilitar el poder del Estado como poder compensatorio a los poderes de, digamos, de la lógica del avance que supuso la Revolución Libertadora en la Argentina en 1956.

Quizás la gran pregunta que queda para plantearse con respecto a descentralización es primero hacia dónde va la plata, si la descentralización se acompaña de plata, que debe ser la pregunta que se debe estar haciendo el Dr. Melillo angustiosamente todos los días. Si los hospitales vienen con plata o no. (*Aplausos*). La segunda pregunta es si la descentralización supone una transferencia de poder o no y si lo es a quién va. Al Rotary Club, a la Asociación de Comerciantes. (*Aplausos*). Digo esto, porque en una foto que salió ayer en los diarios de Buenos Aires, entre la gente que manejaba el futuro Hospital de Tigre estaban representantes de los comerciantes, el representante de la Cámara de Comercio. Uno no piensa que son un muestreo aleatorio de toda la comunidad. Queda claro quiénes están representando y quiénes no. Así que, dónde va la plata y dónde va el poder? No es la primera vez que un fenómeno histórico trasciende las intenciones de los que lo hacen. Por ejemplo, la gran campaña norteamericana de Family Planning de los 70, pienso que fue revertida ideológicamente en contra de sus inventores. La campaña actual de demonizar la droga estilo norteamericano, me da la impresión que también se está revertiendo en contra de ellos. Así que no sería de extrañarnos que esta descentralización no termine saliendo al estilo de lo que quiere el Banco Mundial sino a algún otro estilo como parte de una compleja lucha política muy complicada. (*Aplausos*). Yo voy a intentar caracterizar algunas fuerzas importantes en la salud a nivel mundial en este momento. Primero está la del Banco Mundial, que dice hay que gastar menos en gasto so-

cial. Eso es clarito. Es notable en qué no se gasta y en qué se gasta, por ejemplo. Dicen, tiene que disminuir el gasto social, pero nadie habla que tiene que disminuir el gasto en medicamentos, que es un elemento central en la acumulación capitalista. Pareciera que la restricción del gasto que propone el Banco Mundial se hace sobre todo a expensas de actividades de mano de obra intensiva y no a expensas de esta gran venta de buzones que son los 120 mil millones de dólares por año que factura la industria de medicamentos. (*Aplausos*). Hay ajuste, pero no se habla del ajuste a expensas de los medicamentos, se habla del ajuste a expensas de los puestos de trabajo. Esta es, básicamente, la línea Banco Mundial que está reemplazando como marcapasos ideológico de la salud mundial a las agencias de las Naciones Unidas, que están muy en baja.

A medida que el Estado se debilita, que el gasto social disminuye, que todo se fragmenta, que se balcaniza, lo cual tiene un objetivo muy claro, el vacío se llena de diferentes lados. Un lugar que llena vacíos son las Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Lo que uno observa que sucede es que este llenado no se llena aleatoriamente, sino que se llena de cierto modo con un objetivo muy claro. Por ejemplo, las ONG que reemplazan las responsabilidades que el Estado aplica, se caracterizan por tener programas sanitarios cuyas coberturas son muy pequeñas. Si uno quiere poner nervioso a un funcionario de ONG pregúntele qué cobertura tiene con respecto a la población necesitada. Ahí salta que suele ser pequeñísima. Para ponerlo más nervioso dígame cuánto gasta por habitante por año. Suele gastar una suma tan fabulosa que eso es inextrapolable. Pero las ONG tienen además una industria propia, gastos administrativos altos y una gran cantidad de gratificaciones. Si un joven quería viajar hace años, le convenía ser funcionario de alguna agencia de Naciones Unidas. Ahora le conviene ser funcionario de las ONG. Pero estas actividades suelen tener un valor propagandístico, o porque tienen pequeñísimas coberturas y herramientas de acción sanitaria que son tan costosas por persona que suelen ser inextrapolables. La tercer línea internacional que uno identifica es qué está pasando con las ayudas bilaterales por parte de países centrales a países periféricos como Argentina. Estados Unidos no hace eso porque tiene la CIA y las fuerzas de despliegue rápido, se mueve de otra forma. Pero los países europeos lo que suelen hacer es hacer grandes préstamos blandos que venden condiciones de pago buenísimas, tecnología, alguna es tecnología absurda, alguna es tecnología razonable. Sin embargo, cuando uno ve el estrangulamiento de la Salud en la Argentina lo que falta es mano de obra que ni siquiera hace funcionar la tecnología que actualmente está en funcionamiento. Así que si llegara tecnología nueva, aunque se regale, eso distorsionaría más todavía las prácticas de salud en la Argentina aunque la tecnología en sí no sea mala y, repito, se regale una distorsión creciente. Entonces, estamos en esta situación se nos lanza este planteo de descentralización, yo pienso que alguien tie-

ne un clarísimo interés de que se balcanice este poder compensatorio que podía tener el Estado frente a esta creciente voracidad capitalista, cuanto más periférico mejor, cuando el problema se patea más afuera mejor, cuando las necesidades de plata van a actividades voluntarias o voluntaristas, me permito pasar un mensaje antivoluntarista, en momentos de crisis y de desesperación aumenta el voluntarismo y me permito citar la metáfora del *ghetto* de Varsovia, cuando los alemanes encerraron a la población judía de Polonia en el *ghetto* de Varsovia, en condiciones de hacinamiento terribles además les hicieron un cerco y a los habitantes del *ghetto* les daban 1000 calorías por habitante por día. Por más voluntarismo que tuvieran los habitantes del *ghetto* de Varsovia por más ingenio, capacidad de organización, las calorías no eran más de 1000 así que se iban a terminar por morir de hambre lamentablemente. Digo esto porque ante las buenísimas experiencias que contó Tabaré de Montevideo o lo que hace a Hermes Binner de Rosario, pensemos que eso está sobredeterminado en el caso de Tabaré porque la República del Uruguay sobredetermina al departamento de Montevideo y el Banco Mundial sobredetermina la deuda de Uruguay, y yo diría que Hermes Binner está doblemente sobredeterminado porque Rosario es parte de la provincia de Santa Fe, que está sobredeterminada por la Argentina que está sobredeterminada por el Banco Mundial. Que quede claro que lo que hacen es espléndido pero estas sobredeterminaciones pesan, porque si les cortan los víveres por ahí no hay voluntarismo que valga o también se precisa plata además de voluntad.

Yo quiero plantear en este fenómeno político, acá realmente yo no sé qué resolución va a haber, va a haber grandes peleas puntuales para ejemplos concretos sobre cómo opera la descentralización a nivel local. Quiero hacer una serie de invocaciones que tienen que ver con los que estuve escuchando en estas espléndidas Jornadas que terminan hoy, un poco para tratar de hacer un mensaje antipáldas. ¿Qué podemos hacer? que es lo que decía la compañera de Córdoba esta mañana, ¿qué podemos hacer desde los ámbitos cotidianos? Bueno, podemos hacer muchísimas cosas como cosa mínima lo que podemos hacer es poner incómodos a los agentes del ajuste, ponerlos nerviosos. Por ejemplo, el admirable ejemplo que dieron los compañeros de Salta los datos irrefutables que presentan utilizando las ciencias positivas demuestran que si el Ministro de Acción Social de Salta, dice sus prioridades son como dijo, cólera y SIDA, eso en el mejor de los casos es un cholulismo y en el peor de los casos es una barbaridad monstruosa. Entonces, lo que podemos hacer como cosa mínima cotidiana es poner nerviosos a los agentes del ajuste y a lo que están haciendo. Y podemos tomar iniciativas en un campo riquísimo en una sociedad muy compleja, como lo que contaron hoy algunos pediatras de San Isidro que piden recurso de amparo cuando se les están muriendo los chicos, porque no pueden derivarlos porque no hay tecnología complicada. Esas son las cosas mínimas que se pueden hacer. Lo que

podemos hacer por añadidura es ordenar nuestro conocimiento para tener claro como el conocimiento va a poder, y dialécticamente, poder aumenta el conocimiento, también una cosa cotidiana.

Como estoy sentado al lado de Susana no voy a usar delideradamente la palabra campo popular pero sí voy a decir lo siguiente: estamos en una situación mundial terrible en la que por un lado, hay un polo de hedonismo-narcisismo frivolidad y egoísmo y en otro un polo de degradación humana creciente, en desacuerdo con el Dr. Melillo que piensa que estaremos mejor mañana, yo pienso que vamos a estar peor salvo que pase algo políticamente. Entonces, lo que tenemos que hacer, y yo pienso que es una buena noticia, es que en todos estos años el conocimiento alternativo que nosotros podemos ofrecer está mucho más aferrado y es mucho más sólido que lo que pasaba cuando Hamilton y yo estudiábamos Salud Pública. Hay un cuerpo de conocimiento alternativo muy sólido y muy desagregado, que sería el proyecto de los que pensamos que la situación mundial es horrible, con tendencia al deterioro, pero tiene que cambiar, conocimiento que tenemos que aplicar o que podemos aplicar donde la variable limitante es el poder político, la falta de poder político. Y se trata entonces fundamentalmente de cómo hacemos para conseguir poder para aplicar lo que sabemos que sirve, no hay nada que inventar en el curso de los fenómenos que condicionan la vida y la muerte del ser humano. Como parte de esta lucha ideológica yo diría que hay palabras que tendríamos que desterrar. Yo pienso que tendríamos que desterrar palabras tales como oferta y demanda, eso que describe el mercado de los televisores en colores. Pero nosotros tenemos que enfatizar no solo oferta y demanda, sino necesidad del ser humano, que debe ser garantizada por el Estado de acuerdo a ciertos parámetros de equidad y si ustedes quieren, de costo-beneficio. Tenemos que atender necesidades del ser humano. Eso patea la ideología del Banco Mundial, eso patea la ideología de las ONG que trabajan esto tan parcelariamente, y esto parcela todas las cosas que tratan de asociar lo que le pasa a la especie humana con las curvas de MIT, y de la macro y micro y economía marginal de MIT. Digamos, lo que quiero plantear es que en el fondo es una lucha ideológica no sabemos qué va pasar y si seguimos como estamos así está muy mal, vamos crecientemente mal, pero tenemos bastantes herramientas, una de las cuales es la herramienta del conocimiento que yo siento que realmente ha mejorado mucho, por ejemplo, en los últimos años de experiencias nacionales, locales, exitosas o no que nos permite hacer una especie de lucha permanente de todos los días y que no tiene fin. Nada más. (*Aplausos*).

Dr. Mario Hamilton: Claro, es medio difícil después del discurso de Escudero intentar hacer algunas reflexiones conceptuales. En algún momento pensé que el Negro se había metido en la definición de centralización-descentralización, pero

luego se metió sólo con lo político. Como viejo profesor escuché las presentaciones anteriores y estuve analizando, aunque no me pidieron que lo hiciera, lo que significaba el concepto de descentralización para cada uno de ellos. Cuando Tabaré habla del concepto de descentralización, dice que es el medio para lograr profundizar la democratización de la libertad. Es decir, aparece la descentralización como el medio ideológico y no como una finalidad en sí misma. Martínez, de Rosario, curiosamente tiene que hablar de descentralización y nos habla de la centralización necesaria para retomar la conducción del Estado. Linger, no en la propuesta política de él, sino en la propuesta que vivió en Nicaragua, es decir, aparece la descentralización como una necesidad de adecuarse a la realidad de la pobreza y la miseria. Es decir, la necesidad de administrar las carencias inaceptables por la propia población a nivel de las comunidades. Aparece también como una finalidad, pero no la finalidad de la justicia o la democracia sino con la finalidad de la adecuación al ajuste, al achicamiento del Estado, de la administración de la miseria. Melillo, más en un discurso político del futuro, dice que la descentralización puede llevar a mejorar la condición del hospital que queremos, del hospital que tenemos actualmente. Pero trabaja sobre la dimensión de la ilusión, en relación a descentralización y no sobre los aspectos concretos (*Aplausos*). No sobre lo concreto que es lo que el Negro preguntaba, dónde está el dinero, cuántos son los recursos, qué es lo que uno podría esperar del que administra en forma directa. Nosotros no, nosotros podemos hablar sobre conceptos e ideas de por qué no distribuimos dinero.

A partir de esto, la descentralización es un concepto que no se puede entender si no se entiende la antítesis que es la centralización. Es decir, el movimiento descentralizador se supone que fue precedido por alguna otra cosa que fue llamado centralización. Movimientos descentralizadores necesitan de movimientos centralizadores. No existe en la descentralización un atributo a la descentralización ni una condición de examinar la descentralización sin examinar el otro componente necesario que forma parte de la descentralización, que es la centralización. Los dos conceptos son en la forma en que los manejamos, conceptos abstractos porque no aparecen contextualizados. O diría que para tener significación deben aparecer contextualizados. Yo no me animo a decir que lo que hace Rosario de centralización es malo porque la contextualización de Rosario en este momento político que le toca, probablemente, en política era mucho más importante recuperar la capacidad de conducción del Estado o de la administración que descentralizar nada. En otras condiciones, en otro momento y en eso tiene que ver lo que el Negro decía del informe de Daniel Pedrosa existe y la política de la Libertadora existe por la política exitosa de Carrillo de haber distribuido servicios por otro país. ¿Cuál era la necesidad social, el momento político y la forma de organización del poder en ese momento para decir que la expansión brutal que ocurre

en este país fue negativa? En un segundo momento, y probablemente más por aspectos burocráticos de funcionamiento del sistema y porque ya existía el recurso. Cuando existen los recursos, existe la disputa del poder por esos recursos, aparecen movimientos descentralizadores. Es decir, que hay momentos en los que centralizar es más positivo que descentralizar o viceversa.

El otro punto que quería tocar es el de la finalidad. Cuando uno examina la centralización o descentralización, aparecen claramente dos dimensiones. Una dimensión política, que es la dimensión del poder, y otra que es la administrativa-financiera. Resulta muy difícil ya cuando uno trata un concepto, encima de tratar ese concepto dividir las dimensiones y analizarlas en particular. Esa es un poco la crítica a la presentación de Melillo. Donde no logra concreción acerca de la expresión política del poder, en cómo se distribuyen los recursos, quién se apropia de qué y para quién. Actualmente hay un problema en la literatura, parece que existe una especie de descentralización igual a democratización o que es una condición necesaria, no suficiente pero sí necesaria. Yo no sé si aplicar una palabra tan fuerte como condición necesaria o si es facilitadora. En este momento, se coloca a la democratización en la sociedad como el derecho del hombre, como un valor sustantivo. No se colocaba veinte o treinta años atrás, en otro momento histórico-político del país.

El problema lo planteaba Escudero. ¿Para quién y para qué estoy descentralizando?, ¿qué significa eso en cuanto a la dimensión de poder y a los recursos reales y concretos de quién va hacer la gestión y quién se va apropiarse de los recursos financieros? Porque, vean una cosa, si yo sin entrar a provocar más de lo que he provocado involuntariamente, yo puedo descentralizar para democratizar, puedo descentralizar para favorecer o facilitar la organización popular, para tener una gestión creativa, que reflexione sobre su propia práctica, para hacer un sistema universal, un sistema gratuito, para hacer un sistema de calidad y eficiencia, cosa que es necesaria en el sector público. Pero también puedo hacer un sistema descentralizado totalmente excluyente. Por ejemplo, arancelando a los hospitales (*Aplausos*), estableciendo contratos con el sector privado, diferenciando las clientelas, atendiendo a unos diferente que a otros. Estableciendo como decía el Negro y leí el otro día en el diario Página 12, que la participación popular y comunitaria es el presidente de la Asociación Comercial de Tigre, por ejemplo. Entonces, descentralizar lo económico, la producción, la supuesta eficiencia que lleva por detrás el ajuste, el control del gasto público y, en esencia, en última instancia, con una propuesta discursiva, acabar privatizando lo público. Para finalizar, porque soy una persona muy correcta y no me gusta tomar más tiempo, creo con el Negro que es necesario retomar la iniciativa. Pero yo le agregaría algunas cosas a lo que dijo el Negro Escudero. Lo que uno ve es que el conocimiento aumentó, es diferente a lo que era en el 63 cuando estudiábamos.

La sociedad es también más complicada, me parece que antes era más simple. Uno lo que ve en el campo de los sectores progresistas es una cierta perplejidad en cuanto a la crisis de paradigmas, crisis teóricas, crisis metodológicas y un egocentrismo pretensioso de discusión, en los niveles intelectuales. Porque, como la realidad se nos escapa y no nos gusta lo que está ocurriendo, nos cerramos un poco entre nosotros para recomponer los paradigmas, la teoría y los métodos. Somos un poco los dueños de la verdad. Lo que pasa es que lo que está ocurriendo no es verdadero, o por lo menos no nos gusta. Creo que tenemos que recuperar nuestra capacidad de iniciativa, tanto en el replanteo ideológico-teórico e ideológico-metodológico. Sí tenemos que poner nerviosos a los agentes del ajuste, pero yo creo que todo eso es necesario, pero me parece que le falta una pata, que es insuficiente. Tenemos que recuperar la capacidad de formular y de disputar en el campo del pragmatismo neoliberal con propuestas concretas para lo que está ocurriendo. (*Aplausos*).

Lic. Susana Belmartino: Bueno Sonia, espero que coseches aplausos equivalentes. (*Risas*)

Lic. Sonia Fleury Teixeira: Había hecho una estructuración de mi ponencia en torno a dos cuestiones. Para quién y para qué, pero eso fue exhaustivamente tratado. No sé si esta coincidencia es un punto favorable para nuestra labor intelectual de políticos o es meramente falta de imaginación. No sé (*Risas*), pero ya que estoy voy a hablar. El primer punto que quería señalar es que no creo que sea posible descentralizar en América Latina. No veo muy favorables las posibilidades. La primera cuestión es que hay factores estructurales para el Estado enormemente centralizado que tenemos y que tratamos en el curso durante esta semana, no voy a hablar de eso, pero voy a señalar, por ejemplo, la tradición ibérica altamente centralizadora que hizo parte de la formación de los Estados en América Latina. Las características propias del capitalismo, con su debilidad estructural, desde el punto de vista económico y de hegemonía de las clases que hizo que el Estado se sobredimensionara y sea altamente centralizado. La cuestión de los regímenes políticos que, en ausencia de democracia en nuestra tradición política, también consolidó estructuras altamente centralizadas. Yo no veo muy favorable la posibilidad de la descentralización, porque no veo que esos factores estructurales puedan cambiar profundamente. Creo que hay un status profundo de las estructuras mismas del Estado en América Latina que están en contra de la descentralización. Pero hay factores coyunturales que son favorables a la descentralización.

En primer lugar, el proceso de la democratización que están viviendo los países de América Latina donde se plantea el rescate del poder local. Creo que ese

es un factor favorable que está poniendo la cuestión de la descentralización. De lo otro, está la crisis fiscal del Estado y todo el modelo liberal que propone entonces el achicamiento del Estado, el corte de los gastos públicos. Ese es un factor fundamental, coyuntural, para proponer la cuestión de la descentralización. Una tercera cuestión sería la crisis de gobernabilidad de América Latina. Nosotros estamos viviendo claramente gobiernos que desde su inicio se plantean como que no se sabe si llegan hasta el fin del año. Hay una profunda crisis de gobernabilidad. En esta cuestión se están haciendo propuestas de salida de esa crisis que pasarían también por implantar procesos más descentralizados, de tal manera que hubiera una flexibilización en la relación entre Estado y sociedad, que permitiese que la concertación se diera en varios foros y que no se choquen de frente con el Estado, que podría favorecer un proceso de crear instancias diferentes de conciliación a nivel local hasta el nivel central, para permitir que los actores sociales no se enfrenten con el Estado creando esa imposibilidad de gobernar en América Latina. Es un profundo cambio de la filosofía política de América Latina. Nuestros gobiernos hicieron uso hasta ahora de la centralización en las relaciones con la sociedad como parte de la condición de gobernabilidad. Ese fue el modelo que se hizo ¿por qué? Porque era más fácil cooptar a unos pocos dirigentes y estructuras también de la sociedad altamente centralizadas, de un Estado también centralizado, en vez de entrar a manejar todo un juego político con fuerza desde abajo hasta la cima. Y cuando no era posible sobornar, corromper, cooptar a esta gente, los mataban, y también era más fácil, porque eran pocos, gente que estaba en la cumbre de los sindicatos, partidos, los mataban y solucionaban todo. Hasta hoy que la condición de gobernabilidad pasaba por un manejo de la centralización en la relación entre Estado y sociedad, entonces están planteando nuevas instancias porque ahora creen que el modelo llegó hasta su imposibilidad, se permitió una gobernabilidad por muchos años, ahora se creó una inflexibilidad en que todas las fuerzas se enfrentan directamente al Estado.

Esos son los factores favorables pero hay que pensar también eso que Mario decía, que descentralización no quiere decir exactamente la misma cosa, además de ser un término con muchos problemas técnicos, yo quería tratar como proyecto político eso de para quién deslocalizar el poder y para qué. Podemos agregar como dos bloques, dos modelos de descentralización que se enfrentan en la escena política en América Latina. Uno es el modelo liberal. Este es muy claro, tiene que acortar gastos, reducir el Estado, neutralizar la demanda a través del cobro de servicios, entonces reducir la demanda, desconcentrar los conflictos políticos, poner los problemas al nivel de la población para que ella busque la solución a sus propios problemas y de esa manera descentralizan no sólo los problemas sino también las soluciones. Entonces, ese es un modelo de cómo hacer. Está basado en la idea de la racionalidad y de la eficiencia, la cuestión de los costos. Esa efi-

ciencia se garantizaría por la disminución del papel del Estado, que siempre sigue ineficiente en nuestras sociedades, en las de todos hasta que algunas entidades privadas los reemplazaran. Privadas, que pueden ser lucrativas agregadas al Estado, pero también pueden ser tipo ONG, esas que están de moda. Ese modelo prevee que sería más racional, más eficiente y más pluralista, de hacer participar más a la gente y llega a decir hasta que es más democrático, por la cuestión de hacer participar más a la gente. Por otro lado, al otro modelo yo le llamaría solidario-estatista, ¿qué piensa ese modelo de la cuestión de la descentralización? Yo creo que implica la creación de un sistema único, universal, igualitario, público y democrático de salud. En ese modelo la descentralización es un medio para crear condiciones para la participación para tener las decisiones y los recursos más cerca de los problemas, de la gente, y manejar mejor los problemas. Pero tiene implicación en la organización de los servicios que son profundas, porque implica la unificación del comando al nivel local y no tener obras de la seguridad social, obras de la municipalidad, bueno, se descentralizan los servicios públicos pero no se descentraliza la seguridad. Tienen distintas ciudadanía, distintas formas de atender al público. No, ese modelo presupone una justicia y una igualdad básica que lo garantizaría el nivel local público unitario de comando, unitario interno de la repartición de los fondos y con su capacidad de planificación y racionalización. Eso sería universal e igualitario. Bueno, yo creo que para hacer una crítica a ese modelo que es más cercano a mi preferencia, a mi experiencia política, yo creo que nosotros al emplear ese modelo absolutizamos la cuestión de lo estatal. Hay un estatismo en esta proposición que yo creo que debe ser repensada.

Yo creo que algo importante en la democracia es la cuestión de lo arriesgado de la cosa pública, pero nosotros tenemos la experiencia en América Latina, que lo estatal no necesariamente significa público. Entonces, lo que tenemos que rescatar es la salud como una función pública y que algunas cosas para garantizar eso tienen que pasar exclusivamente por el Estado, pero no necesariamente todas. Para dar un ejemplo de consenso, yo creo que los grupos de autoayuda, como el de los Alcohólicos Anónimos tienen una eficacia más grande en su labor que internar en un hospital público enorme a un alcohólico, entonces yo creo que en los grupos privados no lucrativos de alta ayuda que están ejerciendo una función pública. Pero tenemos miles de instituciones estatales que están para pasar recursos, para comprar servicios, que están apenas mediando la privatización de los hospitales, entonces no dudo que estatal no es público ni todo lo que es público es estatal. Yo creo que tenemos que profundizar un poco más para defender mejor este modelo de descentralización.

Para hacer una crítica diferente a las que ya se hicieron anteriormente, yo creo que para hablar del paradigma liberal, la paradoja de ese paradigma es que

está basado fundamentalmente en el raciocinio racionalizador y economicista, pero como todo el liberalismo, y esto está demostrado, ya lo han estudiado que dejado a sí mismo puede llevar a su contrario, por ejemplo la más grande desorganización en la mayor ineficiencia. Para finalizar, podría comentar el caso de Bolivia, donde los hospitales públicos, por su tradición pero también por el recorte actual de los recursos del presupuesto tuvieron que cobrar cada día más los servicios que ofrecen, entonces la idea es que cobraban por una parte a la gente y por otro podían con esos fondos atender mejor a la gente más pobre logrando mejores coeficientes. Pero ¿qué pasó? los recursos siguieron disminuyendo y para que hoy el director del centro o de esa unidad no sea acusado de ser un ineficiente, un incapaz, ¿qué tiene que hacer? Pasar ese espacio que era público al servicio privado. Cada día más privado y al contrario las organizaciones no gubernamentales, que tienen a montones en Bolivia, desde revolución hasta ligaduras de trompas, hacen de todo. Es tan así el papel del Estado. Entonces la gente pobre no va a lo hospitales públicos, porque tiene que pagar en los hospitales públicos se va a una ONG, entonces ¿qué ocurre? Bueno podría ser perfecto. El público deviene privado y el privado deviene público y se reemplaza al otro, pero ¿qué hay de malo en eso?, es que eso se basa en la idea de organizar para ser más eficiente, más racional. Nadie sabe en Bolivia, ni el ministro de Salud, ¿cuánta gente está trabajando en salud?, ¿qué unidades tiene? porque todos los días hay inversores, holandeses, otros que ponen plata y hacen hospitales, de todo, entonces en la más absurda irracionalidad, superposición de servicios y no planificación, o sea ese modelo liberal elevado a sus últimas consecuencias es justamente opuesto del que proponen. Llega a la más absurda irracionalidad y a un costo y no eficiencia del sector salud que sería imposible para nosotros sustentarlo. Y yo creo que tenemos que plantear con sus propios argumentos, porque lo que dicen que es más eficiente, es absolutamente irracional. El punto final que yo quería señalar era para defender un modelo democrático de descentralización, universal, de ciudadanía, ¿quién va a defender ese modelo? Porque vean si la descentralización implica repartir el poder, hay gente que va a desisitir pero tiene que tener gente que esté a favor de eso ¿quién va a estar? Bueno, primero pueden estar los organismos internacionales, pero van a estar por este tipo de modelo liberal, no por uno que quiera ser más público, que quiera rescatar la función pública, que quiera ser universal, para todos. Entonces no estarán a favor de toda la descentralización. Y por supuesto deberían estar a favor todos los gobernantes locales, pero lo estarán en la medida en que la descentralización no sea solo de los problemas sino también de los recursos que les llegue la plata porque sino le pasarán todos los problemas a su gestión pero nunca la plata para poder hacer alguna cosa. Yo creo que la población no va a estar a favor de la descentralización cuando la descentralización es tratada como un proceso meramente

administrativo. Solamente cuando tratados como un proceso político y como ciudadanos políticos puede ser que la población, sí sienta que va a obtener beneficios, que va a ser tratada universalmente de la misma manera, sin discriminación, y por mejores servicios, entonces se puede plantear favorablemente, porque de otra manera si no es tratado políticamente, solo como un proceso administrativo no será, y será un problema de burócratas y no un problema de la población y de su libertad para la descentralización. Y yo creo que hay mucha gente que puede estar en contra. La gente serían todos los organismos de la sociedad misma que son corporativos y altamente centralizados que hicieron de esa centralización y del manejo de sus intereses políticos una manera de beneficiarse sólo a sí mismos, entonces yo creo que esto puede estar en contra de un proceso de universalización y descentralización conjunto. La burocracia puede estar en contra porque si esto implica que van a integrar servicios, instituciones, implica que hay lógicas distintas de actuación que están en competencia en la realidad local. Intentando minar a cada día eso de unificar, integrar. Por lo menos, en Brasil, no conozco lo que ocurre aquí como para hacer un comentario. En Brasil, por ejemplo, los propios médicos de alguna manera están en contra de la descentralización, porque si la descentralización implica la creación de un sistema local integrado, no es posible para el médico tener tres o cuatro empleos, que es una manera de ganar más dinero porque los salarios están muy bajos, pero también una manera de no cumplir con sus obligaciones, porque está en tres sitios al mismo tiempo. Pasa, firma, atiende alguna persona y se va hacia el otro trabajo. Entonces eso de descentralizar, democratizar, implica una postura de los profesionales de salud, que ven cambiar sus privilegios, sus situaciones, que también puede ponerlos en contra. Los médicos, creo, que será muy difícil que puedan hacer algún cambio en el estado de la salud. (*Aplausos*).

Lic. Susana Belmartino: Bueno, el énfasis en los aplausos puede querer decir que está todo dicho, que estamos todos contentos y que nos podemos ir, pero puede ser que haya gente que quiera hacer algún comentario o alguna pregunta.

Pregunta: Yo por suerte o por mala suerte pertenezco a un consejo de administración de un hospital descentralizado. Represento a los profesionales. Represento a uno de los sobrevivientes del SAMIC de El Dorado. Les puedo asegurar que teóricamente el financiamiento de los hospitales descentralizados es el siguiente: en el caso del SAMIC de El Dorado es así, el 40% de los recursos la Nación, el 40% restante la provincia y el 20% restante es recaudación propia, porque nosotros cobramos. Cobramos a todos, 10 pesos, 5 pesos, es increíble pero es así. Esa es la economía de la miseria. Yo les voy a contar que Nación, desde el año 1984 u 86 no manda más plata. La provin-

cia todavía no nos dio el presupuesto del mes de marzo, es decir, la plata para funcionar el mes de marzo. Cuando vine acá estábamos en huelga porque no habíamos cobrado los sueldos. Digo yo, ¿esto es eficiencia?, ¿esto es eficacia, lo que a mí me enseñaron en administración pública? Yo quiero que me respondan los que están por la descentralización.

Lic. Susana Belmartino: ¿Quiénes están a favor de la descentralización en la mesa para responderle al compañero? Nadie se hace cargo. *(Risas, aplausos)*.

Mario Hamilton: Si me permitís, Susana, me parece que tu pregunta no es la correcta porque no creo que la pregunta del compañero se resuelva con la descentralización o la centralización.

Lic. Susana Belmartino: Perdón, pero el compañero dijo: quiero que me conteste aquella persona de la mesa que esté a favor de la descentralización. Yo estoy dispuesta a contestarle, porque yo estoy a favor de la descentralización, estoy a favor de discutir la descentralización.

Mario Hamilton: El problema que vos planteás, no es la descentralización o la centralización. Ese es el punto central. No es porque sea descentralizado, podría estar centralizado y ser la misma mierda.

Pregunta: Le quería preguntar al Dr. Melillo, en los planes actuales de salud de la municipalidad o la amplia cobertura en función de la amplia cantidad de gente que vive en Capital Federal, ¿cuáles son las prioridades? Y segundo, si tiene alguna idea de cómo revertir la situación porque es evidente que económicamente no es favorable, por la cuál en el último trimestre del año 90 las obras sociales pagaron en función de prestaciones de servicio en salud, 83 millones de dólares a los sanatorios y 4 millones a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Dr. Aldo Melillo: Voy a empezar por la segunda que además incluye de alguna manera algo que me han preguntado varios y creo que la alusión del Dr. Hamilton tiene que ver con eso, cuando hablan del arancelamiento. Quiero que precisemos un poco las cosas. El arancelamiento de los hospitales municipales es una ordenanza que ya tiene varios años. Lo único que nosotros hemos hecho ha sido descentralizar el cobro a las obras sociales y hemos autorizado a la tesorería del hospital a percibir los pagos voluntarios que se realicen. Exclusivamente esto, por lo cuál... *(se escuchan algunos silbidos)*. Perdón, tenía entendido que en estos encuentros se podía debatir, conversar y escucharse los unos a los otros y

aceptar las diferencias. Yo acepto las diferencias de opiniones. Que cada uno se haga cargo de sus propias ilusiones, yo me hago cargo de que hay muchas ilusiones en lo que yo hago. Me parece que algunos no se hacen cargo de las ilusiones implícitas cuando se plantean muchas cosas derivadas de paradigmas que están seriamente cuestionados. De todos modos lo que yo quiero precisar, porque sé que acá debe haber gente de los hospitales que piensa que exclusivamente lo que se ha hecho es eso. En este momento se lo hizo a título experimental porque queríamos iniciar allí un proceso que tiene que ver con lo que señalaba la compañera que habló más arriba, es decir cuál es la relación que hay entre los pacientes que se atienden en los hospitales municipales y las obras sociales. Yo estoy de acuerdo que el pago que debería venir de ese sector de la seguridad pública hacia el sector de los hospitales debería ser mucho mayor. Ese punto lo estamos trabajando además con el ANSSAL, en el sentido de que el ANSSAL está dispuesto a pagar todo lo que sea facturado a las obras sociales por los hospitales y que las obras sociales por falencia o por lo que sea no le paguen al hospital público. Esto es una negociación que están llevando los hospitales de todo el país de toda la Nación con el ANSSAL y creo que están bien encaminadas las cosas allí, pero si nosotros nos seguimos dejando trabar por el nivel de burocracia municipal que hace que una facturación pueda llegar a una obra social con mucho atraso, preferimos entonces descentralizar este proceso, que tal hospital se encargue de facturar en la obra social y el recurso llegue directamente al hospital y el hospital usarlo directamente.

Yo no creo que estemos haciendo ninguna revolución, simplemente creemos que le vamos a dar una herramienta al hospital para poder cubrir lo que a veces, por la crisis que todo el mundo está de acuerdo que existe por la desfinanciación que pueda existir en el Estado, los insumos que a veces se vuelven críticos que es un poco otra de las preguntas que se le hacían acá. Yo sé, todos los días estamos tapando agujeros en un sistema de salud como el que tenemos pero no siempre es fácil definir las prioridades, porque ¿cuál es la prioridad?, yo si pudiéramos entrar en un tono un poco más amistoso y coloquial, yo diría, yo los pondría a ustedes frente a varios expedientes para firmar. Uno para comprar ambulancias del CIPEC, otro para comprar aparatos de terapia intensiva para el Gutiérrez, otro para comprar los reactivos del SIDA, otro para comprar el tomógrafo del Hospital Fernández. O sea lo que les estoy citando son necesidades que vienen de las necesidades primarias que pueden ser los chicos que se pueden morir en el Gutiérrez, a cosas que vienen quizás de la falsa percepción de lo que son quizás las necesidades, porque parecería que en Avenida Libertador y Barrio Norte es dónde más accidentes ocurren y yo sé que allí se accidentan personas más conocidas, no que haya más accidentes allí.

Pero estas son las dificultades con las que uno se tiene que debatir y ahí en

ese lugar uno puede empezar a ver la botella medio vacía, o la botella medio llena. Yo en general tiendo a ver la botella medio llena, es decir que no es que con esto niegue el otro pedazo que me falta, pero sí sé que algo voy a poder hacer con esa botella medio llena que tengo. Que quede claro y para aquellos que están trabajando en los hospitales, sinceramente, ayer estuvimos hablando con el controlador municipal del sistema este del pago directo de los hospitales, que nos hagan saber en qué hospital se niega la atención a aquella persona que se niega y dice no pago, porque se trata de un pago voluntario. No tenemos interés en que el hospital siga mendigando a alguna cooperadora o a alguna fundación, preferimos que aquel fondo que alguien quiera aportarlo al hospital lo aporte al hospital, no sé si ustedes están de acuerdo con esto pero esto es nuestra idea.

Público: Insisto, ¿cuáles son las prioridades de salud?

Dr. Aldo Melillo: Mire en realidad son demasiadas. La prioridad nuestra es, yo creo, que no podemos dejar de atender a la gente, es decir, entonces lo que tenemos que hacer es ir tratando de poner a punto, lo mejor que se pueda un sistema de atención que tenemos, que es muy vasto, muy grande y que nos lleva mucho tiempo. Creemos que todo lo que se puede hacer en prevención lo estamos haciendo con resultados bastante buenos, por lo menos con una cobertura de la Capital Federal bastante eficiente pero por supuesto que las necesidades siguen siendo muchas. Hoy en día si ustedes preguntan qué es lo que demanda más nuestro esfuerzo y nuestra atención es tratar de poner a punto este sistema hospitalario que tenemos, que abarca además montones de sistemas de salud todo lo cual es un sistema muy grande. Poner en orden la dotación de los hospitales para que la gente que trabaja en los hospitales sepa dónde esta, adónde pertenece y como esta asignada y terminar con las situaciones de interinatos, de suplencias, de todo esto que circula y que crea muchas inquietudes, por lo menos son las inquietudes que a nosotros nos llegan.

Pregunta: Dentro de la lógica que usted estuvo desarrollando cuando empezó su ponencia acerca de los recursos escasos como un dato inexorable. ¿Cómo es que piensa, aunque sea solamente hacia los pobres hacer política social, política de salud, cuando las medidas que se están implementando para captar fondos e impuestos al consumo, achican, hacen crecer los pobres, achican los recursos y aumentan las necesidades y cuando por otro lado vía proyecto de flexibilización laboral, se está planeando reducir los aportes patronales a la seguridad social, yo no me explico cómo, con qué recursos van a hacer política social para los pobres. (*Aplausos*).

Dr. Aldo Melillo: No. Usted se equivocó, esa pregunta se la tendría que hacer a Cavallo. *(Risas)*. Nosotros acá en la municipalidad no estamos destinando menos recursos a los hospitales, estamos destinando más recursos. Esta es la realidad fáctica, salen hasta ahora de las rentas generales, queremos creer que con esta política hacia las obras sociales podremos contar con un aporte de recursos más importantes en ese sentido. Sabemos que en algunos hospitales, por ejemplo en el Hospital Garrahan, donde se factura por lo que ellos dicen con más eficacia, han llegado a facturar, no a cobrar, hasta el 50% de los gastos de ese hospital que es muy grande. O sea que nuestras expectativas en el presupuesto de salud de la municipalidad, los gastos no bajan, aumentan y los recursos aumentan para ese sector, han aumentado este año y van a seguir aumentando. De manera que la otra cuestión de la política de ajuste que Ud. me plantea, yo no se la sé responder.

Pregunta: Quería hacer algunas apreciaciones al respecto. Yo soy residente de un hospital municipal y quería hacer algunas apreciaciones acerca de la puesta en marcha, no voy a hablar de la facturación de las obras sociales, sino del pago directo de aquellos pacientes que ingresan al hospital. A pesar de que uno lo puede planear en un gabinete, puede tener contacto con un controlador, el hecho es que cuando un paciente ingresa a un hospital, se encuentra con largas colas, no hay de ninguna manera la información suficiente para los pacientes de que tienen derecho a no pagar ningún arancel y concretamente en la práctica diaria, se limita el acceso a la salud. Tenemos datos objetivos, que es pertinente comentarlos. Por ejemplo, en el Hospital de Niños, en los últimos cinco años de abril a junio, el número de consultas externas aumentaban entre un 12% y un 20%. En 1991, de abril a junio, mes con arancelamiento, no solamente no hubo este habitual aumento, sino que se redujo un 4%. Estos son hechos que demuestran que de alguna manera el acceso a la salud con el sistema de arancelamiento, aun exceptuando los pacientes que demuestren ser indigentes, limita el acceso a la salud. ¿Cómo entendemos esto en un contexto muy difícil donde todos los indicadores de salud demuestran que gran cantidad de la población tiene como único recurso atenderse en el hospital público?

Lic. Susana Belmartino: No es que yo quiera coartar la libertad de expresión, pero les pido a los que preguntan que reflexionen si no se están alejando del tema de la mesa que es descentralización.

Público: En la intervención muy linda que hizo Sonia, ella se refirió para hacer una especie de esquematización conceptual a lo que podría ser un mo-

delo de descentralización democrático que apuntaba a un sistema de salud estatista y único, es posible que ese fuera un esquema de trabajo y ha sido, pero no es el que nosotros estamos tratando de practicar, o sea que nosotros no nos proponemos que como corolario natural y exclusivo de un proceso de descentralización profundamente democrático, en la punta del camino esté solamente un modelo de tipo estatista y único sino que en definitiva haya un espacio de coordinación y de ajuste programático de diversas formas de expresión organizativa, que por supuesto tengan una coincidencia de objetivos muy claramente identificada. Gracias.

Público: Quería hacer alguna reflexión, porque me parece que en general estamos acostumbrados a movernos entre opuestos. Entre propuestas como pueden ser centralización versus descentralización. Por ejemplo yo estoy en el Hospital Borda y ahora el tema es si se municipaliza o no se municipaliza. De repente, lo que me parece que se está cuestionando acá es al servicio de qué, al servicio de quiénes van a estar las políticas, más allá si sean centralizadas o descentralizadas. Y como decía Escudero, quién va a tener el poder. Unas de las cosas que escuché acá es que habría que preguntárselo a Cavallo, bueno entonces, evidentemente esto implica que acá hay un techo a todos los proyectos que podamos tener. Yo pienso que la cuestión no pasa por un Estado como el que tenemos, ni una descentralización como la que se plantea, porque acá en realidad, la cuestión está en qué vamos a hacer con el incremento cada vez más exhaustivo de la marginalidad, de la marginación. La cantidad de gente que está quedando fuera de los servicios de salud. Creo que esta es la cuestión que tenemos que pensar porque no queremos un Estado como el que tenemos, no queremos un Estado que en realidad sirve para paliar las pérdidas de cierta clase dominante, y tampoco queremos una descentralización que siga en realidad con este mismo proyecto porque, si descentralizamos, como acá se dijo, los problemas y no la plata, y el que sigue determinando adónde va la plata es el señor Cavallo, creo que acá tenemos que empezar a hablar desde otros lugares, con otras alternativas, porque sino siempre nos vamos a quedar con un techo, siempre toda política va a ser ineficiente pero mientras tanto el tiempo apremia y hay una gran cantidad de gente que está cada vez más empobrecida, que está llenando cada vez más los hospitales y las cárceles y que están fuera de cualquier necesidad básica que tenemos aquí en el país.

Público: Marco brevemente una diferencia, para después hacer la pregunta. Me parece que tanto Escudero como Sonia Fleury se pronunciaron a favor de la centralización de alguna manera. Lo que me quedó de lo que dijo Es-

Escudero es que la centralización a la que él se refiere como necesaria de defender se parecería al modelo de Carrillo, mientras que Sonia Fleury, de una manera muy diferente, me parece a mí, defiende la centralización en un sentido de que sea un espacio no estatal como era claro que estaba implícito dentro del de Carrillo, sino un espacio público no estatal, con especie de desconfianza a lo estatal que ella nos reseñaba. Esa es la diferencia que me parece necesario marcar en cuanto a ciertas coincidencias en cuanto a la centralización. Ahora lo que a mí me gustaría decir es algo que es a la vez una pregunta y un argumento a favor de la descentralización que es el hecho siguiente. Sonia Fleury nos contaba que ese espacio público no estatal que estaría, digamos, favoreciendo la necesaria consolidación de la democracia, etc., tiene que ver con fuerzas sociales no estatales, obviamente. Escudero se refirió a las ONG y a otras fuerzas sociales, no directamente estatales como favorecedoras de la descentralización y, de alguna manera, le hizo una crítica. Sonia no se refirió tanto críticamente a las ONG, pero mi pregunta es la siguiente: si ella mantiene que la cooptación, la formación centralizada de fuerzas sociales, a nivel estatal y nacional, ha sido la manera de gobernar vía cooptación o vía asesinato, ¿qué otra manera de construir un espacio público se puede hacer si no es a través de formas mucho más asociativas y pequeñas de poder local que tengan que ver a su vez con la descentralización? O sea, me parece que en el fondo el argumento de Sonia llevado por lo menos hasta la consecuencia que yo veo, apunta a favorecer la descentralización y no a la centralización. En tanto la forma asociativa de poder, de base más local, si se enfrenta a estructuras terriblemente centralizadas, bueno, tienen que organizarse en una manera muy distinta y con una lógica mucho más corporativa y burocrática para lograr avanzar.

Lic. Sonia Fleury: Si, comprendió bien, yo estoy a favor de la gobernabilidad a través del aumento de los espacios democráticos. Yo creo que es importante hacer ese cambio que yo quería señalar la importancia de eso en la manera de hacer política en América Latina, yo creo que la constitución de los actores sociales que viene desde las bases puede ser el camino de consolidar la democracia. Pero es una visión que tuvimos y que en Brasil estamos pagando caro por aquello que es el estatismo o estatalismo. Pero yo no quiero que se piense que yo estoy por lo antiestatal. Yo creo que mientras vuestra descentralización sea como Mario lo planteó, entonces no hablé de eso. Hay funciones que son además de estatales, altamente centralizadas. Porque cómo se puede hacer una descentralización, cuando una de las características de América Latina es la heterogeneidad de las regiones. Unas son extremadamente pobres y otras en mejores condiciones. Si no hay una unificación en algún momento para hacer las cuentas e integrar los

presupuestos de todas ellas, la descentralización puede elevar una barbaridad la miseria en algunos sitios y la riqueza en otros. Entonces, hay funciones que además de centralizadas son estatales.

Creo que hay muchas cosas que son estatales, pero yo creo en un Estado que sea democrático es posible controlarlo desde la sociedad.

Público: Quiero tomar un ejemplo concreto para tratarlo y es muy importante que este el Dr. Melillo acá. No como gestor de la descentralización en un sistema de salud, como puede ser el de la Municipalidad de Buenos Aires, sino como representante de un municipio que recibe por descentralización un paquete importante que le deposita Nación. Me estoy refiriendo a los hospitales nacionales que están por ser, digamos, descentralizados a la Municipalidad de Buenos Aires. La información que yo tengo es la que salió en los diarios, pero del cual tenemos antecedente, esto ya se hizo desde el 76 hasta el 84, y dio algunos resultados. En la provincia de Córdoba tenían en el año 83 el 40% de su presupuesto en salud destinado a sostener dos hospitales psiquiátricos que Nación, graciosamente, le había descentralizado. Yo coincido con Sonia en que si la descentralización no es apoyada en una real redistribución del ingreso y la riqueza, la descentralización tiende a aumentar las diferencias sociales y tiende a aumentar la injusticia. De existir una desconcentración de los recursos, las comunidades se podrán dar un sistema de salud que les corresponda. De tal forma que el Estado no es un Estado que se achica en todo, es un estado que aumenta en gravación impositiva con respecto a los sectores medios y populares. Pero a donde se dirigen los objetivos de la gravación impositiva en el actual plan económico es claro, es decir, al pago de los intereses de la deuda. Volviendo al tema, a mí me gustaría trabajar, si se pudiera alguna idea de ejemplo concreto, alguna información real de que sucede con esto, porque si no hay una redistribución correcta, este pase de Nación a municipalidad va a significar prácticamente la destrucción del sistema de prestaciones de la municipalidad.

Dr. Aldo Melillo: Estoy totalmente de acuerdo. Yo creí que cuando iba a decir de pasajes, en realidad los hospitales nacionales por la magia del autoritarismo pasaron durante cuatro meses en el año 80 de la Nación a la municipalidad y a los cuatro meses le devolvieron el paquete. La idea es que vienen con financiación que provendrá de la Ley de Impuesto de Sellos, que actualmente percibe Nación y que le correspondería percibir a la municipalidad y con un arreglo de la deuda externa municipal y volver a percibir la coparticipación federal que la Municipalidad, en este momento, no está recibiendo. O sea que hay margen como para hacer una recepción ordenada que no va a ser sólo de los hospitales, sino de

una gran cantidad de establecimientos educativos.

Dr. José Carlos Escudero: Yo voy a hablar de tu pregunta y voy a vincularla con una que se me hizo, con la que tuve problemas con la letra. La persona que escribió esto que me diga cuando responda si entendí mal su pregunta.

Primero la defensa del Estado. Si vos analizás, digamos Canadá contra Estados Unidos, o Gran Bretaña con respecto a Europa continental, queda claro que el sistema canadiense es mucho más eficiente que el norteamericano y el sistema inglés es mucho más eficiente que el de Europa continental. Los gobiernos conservadores y me temo que no sólo los gobiernos conservadores en Inglaterra, están tratando de debilitar el servicio de salud inglés. No lo hacen porque sea ineficiente, al contrario, lo hacen porque es eficiente, porque Inglaterra gasta el 50% del PBI de los países de Europa continental y el poder inglés como el poder canadiense referido al norteamericano, a uno le hace pensar que el Estado es un buen interlocutor de la industria de medicamentos o de tecnología. Así que, en principio, un Estado fuerte que contrapone esta tremenda fuerza de la industria capitalista es el principio deseado. Ese es un aviso muy parcial, porque realmente el problema de descentralización es tan enorme, que va a ser una lucha política que se va a dar en quinientos lugares. No se va a dar solamente a nivel estatal. Lo que yo quiero plantear es que la fuerza de un Estado, ya sea centralizado y pagando algunos precios de burocracia es más fuerte con respecto a insensatez y como la política de Europa continental, por ejemplo, porque el Estado inglés tiene peso para hacerlo. Pero claro, la lógica capitalista funciona en todos lados, la lógica capitalista tiene que debilitar al Estado porque el Estado es un interlocutor menos fuerte y tiene que abrir a relaciones mercantiles todo lo posible. Entonces, Margaret Thatcher y Mayor están haciendo con el National Health Service lo que se hizo con los ferrocarriles en la Argentina. Se lo desfinancia, por consiguiente aumentan las colas de espera, por consiguiente los ricos empiezan a entrar en prepagos privados. Vieja treta que los argentinos conocemos muy bien. No lo hacen por que sean ineficientes. Al contrario, lo hacen porque es demasiado eficiente, que es otro juego. Yo no quiero ser reduccionista en esto. La lucha centralización-descentralización, se va a dar en diez mil arenas diferentes. Cuando dicen los residentes del Hospital de Niños que a la demanda biológica aumentada en los meses de invierno, que pasa siempre de abril con respecto a junio, les paso el aviso epidemiológico, ahora no se observa un aumento sino una disminución de demanda, esto me hace pensar que la gente se queda en su casa. Porque hay diez mil formas de un administrador que quiere hacer buena letra, aunque no sea él solo, aprieta a la gente que ya está bastante angustiada en el hospital, para sacarle plata. Lo que yo quiero decir entonces, es que con estos mecanismos es que, aunque haya un ombudsman diciendo las cosas, hay veinticinco mil formas

de presión a la gente que además de tener un trauma cultural, social y está angustiada, le sacan plata. Con lo cual se redondea la cosa, disminuye la demanda y porque hay menos demanda van a decir hay menos enfermedad. Macanas, se empiezan a morir sin atención que es otro baile.

Vinculo esto, si es que entendí la pregunta de organismos no gubernamentales. El Estado boliviano abdica su responsabilidad, entonces eso se llena de ONG. El caos total. Alquien se va a melonear a una ONG italiana que se especializa en alguna cosa, entonces ahí va a venir la ONG, viene el embajador de Italia a inaugurar el centro, hay una industria en esto. Esta es la lógica insensata capitalista en un momento en donde las prioridades sociales se abandonan y entra el caos del mercado. En contra a lo que muchos opinan, yo pienso que tenemos un método bastante científico para determinar prioridades en salud. Son los datos que nos vienen de las ciencias positivas y que han sido desarrollados por norteamericanos. Yo quisiera que los expertos de costo-beneficio de MIT que asesoraron tantos años al Pentágono y a tantos lugares, y estudian esto de gastos versus acción, nos pueden dar una idea bien prioritaria de donde están las prioridades en salud y donde no están. Así que yo invoco que utilicemos las armas de las ciencias positivas de Estados Unidos, para que nos digan cuáles son las prioridades sanitarias. Eso está bien estudiado. Mi argumento es esas prioridades que surgen de la lógica enfatizarían armas sanitarias de tipo mano de obra intensivo y está prohibido contratar gente. Entonces, si trabajamos parcelas pequeñas de este problema, pareciera que este problema se reduce a qué expediente de compra de mercancía tenemos que elegir cuando la visión estratégica es que está prohibido que los hospitales trabajen eficientemente porque está prohibido activar camas que ya existen. Lo saben bien la gente del Posadas en el Gran Buenos Aires. Eso es lo que sobredetermina lo demás y que es nuestro deber de intelectuales analizadores incluirlo en el análisis, se soslaya. Porque si no trabajamos con pequeñas parcelas de conocimiento y no con el gran panorama. Por lo menos el deber como intelectuales es ver el gran panorama. El Cavallo que está por detrás de la cosa muy táctica que uno maneja todos los días y el Banco Mundial que está por atrás de Cavallo, etc., etc. (Alguien del público grita: ¡Bien Negro!) (Aplausos)

Público: Yo quiero hacer un comentario. Conuerdo completamente con el discurso del Dr. Escudero, pero creo que tiene una debilidad y es en la propuesta que hace. El dice que hay que poner nerviosos a los agentes del ajuste y lo único que propone es hacer recursos de amparo ante la justicia. Yo sé que esto puede resultar un poco antipático, pero es posible que por falta de tiempo Ud. no lo pudo expresar claramente. Lo que quiero decir es que diga claramente cuál sería la propuesta que Ud. tiene y yo me animo a proponer

una. La gente que aplaudió aquí su discurso estaba a favor de ese discurso político, organicémonos, esa es la solución para pelear contra eso. Organicémonos y por otro lado contestándole a Sonia, yo no entiendo muy bien el portugués, la gente podría estar en contra de la descentralización hospitalaria, pero no se pone en contra porque no sabe que está llevándose a cabo la descentralización, porque no tiene información, los médicos no saben qué es la descentralización hospitalaria. La burocracia apoya a la descentralización y algunos médicos lamentablemente también.

La Asociación de Médicos Municipales dicen un "ni", pero tampoco luchan en contra de esto. Contra el arancelamiento hay muchos que están en contra, muchos que aplaudieron en contra del arancelamiento, pero organicémonos para luchar contra el arancelamiento, organicémonos con la gente que está sufriendo eso. El Dr. Escudero decía recién que hay funcionarios que se encargan de sacarle plata a la gente. Nosotros estamos apoyando a esos funcionarios si no denunciamos esto públicamente, si no hacemos una campaña, si todos los que aplaudieron acá no se organizan para pelear contra esto. Nada más.

Lic. Susana Belmartino: Bueno, si me permiten recuperar la conducción de la mesa, está Hamilton con un comentario, Tabaré con una pregunta, el Dr. Linger con una pregunta, así que por favor el público que se abstenga de preguntar hasta que termine esto.

Dr. Mario Hamilton: Ante la pregunta anterior y la respuesta de Escudero con respecto a Canadá. Si uno se coloca a favor o en contra de la centralización o descentralización. Yo intenté dejar claro que no es posible ver la descentralización sin la centralización. Eso significa que hay que repensar el papel del Estado, como dice Sonia. Por qué Sonia coloca como que hay que repensar el papel del Estado. Si nosotros pensamos en Brasil, el sistema único de salud, con un Estado omnipotente dirigiendo del primero hasta el último de los servicios. No sólo en cuanto a conducción política sino en cuanto a administración del funcionamiento de los servicios. Ese papel estatista que Sonia cuestiona y que hay que repensar. Es decir, estamos descentralizando entonces tenemos que pensar qué es lo que queda centralizado. Respecto a lo que el Negro habla de Canadá, los hospitales de Canadá son altamente descentralizados. Todos lo son. No es contradictorio el papel del Estado en cuanto a la conducción del sistema, en cuanto al papel que tiene en ciencia y tecnología, en formación de recursos humanos, en compra de insumos, y no es contradictorio con la descentralización. En Canadá, las metas de hospital, la programación del hospital se hace centralizando el hospital. Y los recursos públicos son de un compromiso de trabajo en función del desempeño del hospital. Los médicos cobran por prestación de servicios por fuera.

Dr. Tabaré González: Es notable como vamos para un lado y otro. Dada la cantidad de elementos que están en torno a un tema, claro, es muy tentador analizarlos en su conjunto.

Acá me llegan dos preguntas. Una dice si la descentralización en Montevideo implica además mayor porcentaje del presupuesto en salud. La otra, ¿cómo se maneja Montevideo con un gobierno de izquierda, con el gobierno nacional en su política global?

La primera precisión, en el Uruguay, si bien como decíamos es una estructura política institucional del Estado muy centralista, la organización política del país en 19 departamentos, al frente de los cuales existe un gobierno departamental con un intendente y una junta departamental que viene a ser el legislativo departamental, esas estructuras tienen autonomía reconocida por la constitución de la República. Es decir, que aparte de ser electos en forma directa por votación de los ciudadanos de cada departamento, a su vez en una serie de aspectos fundamentales tiene marcada su autonomía de gestión. También tiene mayor autonomía, particularmente Montevideo. Otros departamentos tienen menos autonomía porque tienen menos recursos desde el punto de vista presupuestario. Montevideo es recaudadora de tributos departamentales, los fija, los recauda y los usa de acuerdo al presupuesto que aprueba la junta departamental. O sea que ahí ya hay un aspecto importante a determinar. El 85% del presupuesto de obras y servicios del gobierno departamental de Montevideo, en este momento, es con fondos propios. Esto no quiere decir que sea rosa, fácil ni nada que se parezca, pero me parece que es importante hacer una precisión de entorno para ubicar la situación. En ese contexto nosotros diremos a la primera pregunta, que estamos en este proceso de descentralización aplicando más porcentaje que el que se aplicaba en la intendencia para programas de salud, programas sociales, etc. Francamente más, nosotros aumentamos un 20% el número de actividades clásicas, y digo clásicas porque yo insisto algo que no se discutió pero que para mí es tan trascendente, visto desde la óptica de salud como todo lo que se ha estado discutiendo que es muy interesante, que es el tema del modelo de atención. Porque si nosotros discutimos todo lo que hemos discutido, pero no discutimos el cambio de modelo de atención, igual vamos a quedarnos a mitad de camino. Porque no se trata simplemente de cómo operacionalizamos, racionalizamos, democratizamos el sistema trabajando y mantenemos simplemente la atención a la demanda. Ahí aparecerá como insinuaba Escudero aunque no la desarrolló, el enfoque crudo de riesgo, etc., etc., y todo el concepto de salud-derecho, salud-necesidades globales, relación biológico-social, atención integral a la salud, etc., va a quedar siempre allá atrás como telón de fondo y nunca va a estar en la escena como actor concreto. Y digo esto porque me parece que es un aspecto fundamental. Uno de los objetivos. Nosotros no tenemos un sistema de salud a nivel municipal, ni en

Montevideo ni en el interior tampoco, que tenga peso marcado porque no tiene hospitales. Sin embargo, nosotros tenemos un sistema de trabajo periférico bastante amplio, con muchas unidades a nivel de barrio que justamente hoy es la estrategia principal. Aumentar la cobertura de lo que se está haciendo clásico, atención a la demanda. Pero, además, lo más importante por lo menos lo vemos así, es iniciar un proceso de cambio del modelo de atención, para pasar a una atención programada de carácter integral y que busque articular alrededor de esos programas distintas fuerzas que están presentes en cada zona ya sean públicas o privadas. Esto tiene que ver con lo que le decía a Sonia respecto a que no es un modelo exclusivamente estatista.

Desde el punto de vista de las relaciones, estas son civilizadas y enfrentadas. Porque es obvio que nosotros no pregonamos el modelo económico-social. Nosotros no estamos de acuerdo con la política económica general. Lo expresamos dentro de nuestra competencia en cosas muy puntuales. Hemos puesto en marcha un subsidio del transporte capitalino para actuar no para absorber el servicio público como servicio estatal, pero sí para hacer jugar el rol del Estado en que por un lado el servicio se preste en condiciones más accesibles para la población. O sea, lo que antes eran costos de determinados sectores que no pagaban, niños, escolares, incapacitados, etc., que se le cargaba al boleto del que sí usaba el transporte, hoy esos boletos que siguen manteniéndose e inclusive se incrementó la cantidad de beneficiarios, esos boletos lo pagan todos los contribuyentes y no el usuario. Esto es una política de subsidio. Es simplemente democratizar como se soporta un servicio público para determinado grupo social. Entonces, nosotros con eso pusimos en marcha una reestructura, en fin, estamos actuando sobre el sistema de transporte en varias acciones. Es distinta a la política que se aplica a nivel nacional. En materia de retribuciones, nosotros hemos pasado a hacer retribuciones al personal municipal manteniendo el ajuste de acuerdo al monto de la inflación y hemos empezado a poner todos los cuatrimestres un porcentaje de recuperación cuando la política en general ha sido de constreñir los salarios. Por otro lado, hemos empezado a abrir nuevos servicios en distintas áreas, no sólo en salud, a nivel periférico. En un momento en que justamente está planteado el achicamiento del espacio público. Nosotros pensamos que si hay que reformar al Estado, pero la reforma del Estado no debe ser simplemente la desaparición de la función pública, la privatización de la función pública, no simplemente de las empresas de la función pública y el achicamiento de todos los espacios públicos para hacer un Estado más económico, pero que en definitiva deje una cantidad de población sin ningún tipo de soporte o servicio. Pensamos que se requiere una reforma, pero una reforma a través de un proceso donde la descentralización juegue un papel fundamental. Ahí también tenemos dificultades, porque en este planteo de carácter estratégico, es uno de los puntos donde hay más encono polí-

tico, aun cuando hay un hecho muy importante a tener en cuenta, que haber empezado a practicar esa descentralización política y hacer el contacto con las organizaciones sociales y estar en debate permanente con ellas a nivel de las distintas zonas, ha generado un hecho importante.

Además haberlo hecho sin ningún tipo de partidismo por parte nuestra. Eso quiero dejarlo bien claro. No nos importa, es más tratamos de ignorar quién es quién desde el punto de vista político en las distintas organizaciones sociales, en los distintos barrios, en los distintos lugares. Porque lo dijimos el día que se realizaron las elecciones, y triunfamos. Hasta ese momento éramos candidatos del Frente Amplio, a partir de ese momento somos y nos ponemos a trabajar para que el 15 de febrero seamos gobierno de todos los montevideanos. Eso lo practicamos en una forma absolutamente cerrada. En ese contexto ocurren hechos muy importantes. Pese a las confrontaciones incluso a nivel legislativo comunal, yo dije muy al pasar estamos discutiendo en una comisión en la que están todos los partidos políticos, como poder establecer una propuesta de cambio de aspectos constitucionales que determinen formas democráticas selectivas para los gobiernos zonales. Ahora, ¿por qué se da ese fenómeno? Se da porque en este momento hay participando en ese proceso de gestión ciudadanos a nivel de las zonas de todos los partidos políticos. No sólo de los frenteamplistas. Es más, muchas veces hubo compañeros, claro la izquierda es muy militante normalmente, que se quejaban que no habíamos dejado espacio abierto a la militancia después de haber triunfado en las elecciones. El espacio abierto a la militancia sigue, estaba en el espacio social que necesitaba para fortalecerse y desarrollarse para asumir un rol gestor importante en este proceso. Entonces, yo pienso que es un proceso muy complejo, estamos en el inicio, dos por tres nos decimos algunas cosas pero pensamos que en el escenario actual, con las dificultades que existen y con las cosas muy claras de qué piensan cada quien, es absolutamente imprescindible discutir a fondo para encontrar un camino que salga adelante con la situación. En ese sentido entonces, yo quería hacer este comentario, uno de carácter político general, pero otro desde el punto de vista instrumental y jurídico que es que presente a este proceso de descentralización y de rol de los gobiernos municipales también tiene que estar presente el otro concepto que es el de la autonomía municipal.

Lic. Susana Belmartino: Voy a pedir que sintetizen las respuestas porque se nos está yendo el tiempo.

Público: ¿Cuáles son los criterios para el repaso de fondos financieros para los sistemas locales de salud en Nicaragua?

Dr. Carlos Linger: Algo muy interesante ocurrió en ese sentido. El Ministerio de Salud de Nicaragua tiene varios viceministerios, uno de los cuales es el Ministerio Financiero. Por imposición del gobierno nacional, el viceministro del sector financiero de salud es elegido por el Ministro de Economía del país. Esto ha significado, por supuesto, peleas permanentes en ese sentido. Han cambiado tres viceministros en lo que va del año y medio de gobierno y francamente muestra la contradicción que existe en el interior del seno del gobierno en el que el sector económico que intenta manejar y tener el control hegemónico de los gastos como tengo entendido que se plantea en otros países de América Latina, incide sobre la economía directa del sector salud imponiéndole una reducción presupuestaria que va más allá de los proyectos y propuestas programáticas que tiene el sector salud. La respuesta concreta es que actualmente del presupuesto de salud, se gasta alrededor del 70% a nivel central y el resto a nivel regional y local. La propuesta que se plantea a nivel de los sistemas locales de salud es que haya aproximadamente un 38% que se gaste a nivel central en las estructuras centrales y el resto se distribuya más o menos equitativamente entre los 19 sistemas locales. Yo quería hacer un comentario en relación con una cosa que se comentó aquí y que creo que Sonia lo retomó muy bien. Es el aspecto político que se refiere a la propuesta de descentralización. Yo creo que no quedó lo suficientemente claro o no fue retomado tal vez con las preguntas, lo que se refiere al espacio político que es necesario generar a nivel de la sociedad civil, para que haya una apropiación por parte de la comunidad y la sociedad en relación con las políticas de salud. Nicaragua ha tenido en ese sentido una profunda orientación a transformar el sistema de salud en algo que sea discutido y analizado políticamente para poder transformar una propuesta orgánica o sectorial en una propuesta política. Y que si fuera posible pudiera alcanzar un cierto consenso. Creo que es necesario entender que el sector salud existe, que puede ocupar un espacio político a nivel de la discusión de los grandes temas nacionales. Esto no es sólo una cosa que debe ser girada en relación de las sobredeterminaciones como se plantearon aquí. Creo que si se habla excesivamente de las sobredeterminaciones y del papel del Banco Mundial y de los gobiernos que están por encima de los gobiernos locales, estamos desdibujando y descaracterizando el espacio propio que la comunidad y la población organizada tiene en cuanto a defender sus propios intereses. Nada más.

Dr. José Carlos Escudero: Primero, un comentario. Lo que quiero decir es que estamos quizás muy mal, peor que nunca, pero por lo menos sabemos lo que se debe hacer. Mi planteo es que en salud, yo no, diría una propuesta lúdica, pero una propuesta de salud alternativa en este momento es muy fácil. Por ejemplo, estamos en una jornada de atención primaria y un componente básico de aten-

ción primaria es el medicamento esencial. Aquí no hay una ideología extraña al sentir nacional. Lo que el método científico dice es cuáles son los medicamentos que sirven, que no son muchos y cuánto cuestan, que además cuestan poco. Esa es una propuesta técnica, absolutamente enunciable hasta el mayor de los detalles. El único pequeño problema es que el funcionario que quiera poner en práctica medicamentos esenciales, que es el rigor del positivismo, o dura 17 minutos como funcionario o ni siquiera entra a la opción. Como cuando Menem tenía que elegir un ministro de Salud, Tanoni era un candidato y alguien le recordó lo que decía Tanoni de algunas parcelas dentro de medicamentos esenciales. Lo que quiero decir es que la propuesta existe. Yo pienso que dentro de los elementos a tener en cuenta, esta propuesta que es técnicamente viable, es incompatible con la lógica general. Un pequeño punto adicional. Cuando el Banco Mundial dice que tenemos que salir de la crisis cobrando las prestaciones y no racionalizando los medicamentos, *parceliza una visión general. O cuando un funcionario tiene que optar entre diferentes compras de equipo y no puede contratar personal y el personal es el elemento básico faltante en las actividades de salud, que son mano de obra intensivas, también parceliza la realidad.* Yo no digo y estoy absolutamente de acuerdo con Linger, las sobredeterminaciones no son para nada mecánicas. Ni el Banco Mundial sobredetermina mecánicamente ni Cavallo sobredetermina mecánicamente. Tabaré se mueve muy inteligentemente aceptando que la sobredeterminación del Banco Mundial no es mecánica. Lo hace Hermes Binner. Yo diría que Chile lo hace mucho mejor que la Argentina. Lo que quiero decir y esto es un argumento a la seriedad intelectual, es que tenemos que ver todo el panorama, porque sino estamos discutiendo pequeñas parcelas. Cuando parecía que cerraba Villa Constitución, parecía que la discusión era entre la gente que echaban y los desempleados de Rosario que iban a trabajar. Tenemos que ver el fenómeno que sobredetermina, aunque no mecánicamente esos fenómenos parcelarios, que es la política general de empleo del gobierno argentino. Así que no mecánicamente, pero por lo menos el deber de ver el panorama general. Qué es lo que no hacen los que quieren manejarse con la comodidad de la pequeña parcela. Cierro con esto. Hay una propuesta alternativa clarísima. Estamos en las jornadas de atención primaria de la salud. Alma Ata es inaplicable en América Latina en este momento. No porque no exista la propuesta, la propuesta es transparente y detalladísima, es inviable políticamente. Con respecto a la otra pregunta escrita en rojo, que dice que la persona no puede hablar por micrófono, yo le pediría que lo diga en voz fuerte así le puedo contestar porque mi respuesta no fue satisfactoria. No sé quién escribió estas dos notas.

Lic. Susana Belmartino: Perdón, me disculpo, dije que iba a pasar el micrófono al público, pero tiene una pregunta Martínez Demaunción.

Dr. Martínez Demaunción: Quisiera hacer una breve ampliación de mi exposición y con respecto a esta pregunta que se me hace, el tiempo es muy tirano y no nos permite decir todo lo que quisiéramos. Yo creo que es interesante señalar que en la Secretaría de Salud Pública de Rosario, el Dr. Hamilton decía que aquí se superponen un poco lo que es centralización y descentralización y que a veces procesos centralizados pueden ser convenientes y no convenientes algunos descentralizados. En Rosario, realmente, se trabaja en una forma centralizada porque existía una decisión política de asumir una respuesta responsable a las necesidades de salud de la población que no estaba cubierta y el intendente Caballero asume esta responsabilidad en cierto modo impartiendo una política que da respuesta a lo que no daba respuesta en la estructura que hasta ese momento existía y que no sigue dando respuesta, por ejemplo, la salud pública provincial en Rosario. Cuenta con tres hospitales provinciales, el Hospital Nacional del Centenario, el Hospital Escuela; el Hospital Provincial, ex Hospital de Caridad y el Hospital de Granaderos Baigorria. Con una serie de centros asistenciales periféricos. Además con una demanda creciente que satisface la salud pública municipal, esta demanda creciente está dada por un aumento de la demanda por el rechazo de la atención en los hospitales públicos provinciales. Tienen capacidad instalada que no utilizan porque hay una enorme desorganización. No se cobra un arancel, en esos hospitales, así en forma directa, pero sí se pide por ejemplo una lista de medicamentos y de cosas que la gente es imposible que las pueda llevar. Prácticamente están cobrando un arancelamiento en una forma enmascarada. La gente llega desesperada a los hospitales públicos municipales diciendo que no puede llevar lo que se les pide en los hospitales provinciales y nosotros los recibimos. Hemos estado trabajando con pacientes en dos colchones, con criaturas en dos incubadoras que esto no sé si es conveniente decirlo porque es sumamente peligroso, ustedes saben muy bien el riesgo que existe cuando una criatura puede infectar a la otra. Gente en camillas, gente en el piso y sin embargo la capacidad de la salud pública provincial tenía capacidad instalada ociosa que no la estaba brindando y nosotros estábamos trabajando en esas condiciones. Realmente aumenta la demanda también por un rechazo a nivel de la salud en las obras sociales, donde en los sanatorios privados se les pide los plus que no pueden pagar y se vuelca al hospital público que lo recibe en el hospital municipal. Todo esto sinceramente es visto por la población de Rosario con un gran beneplácito. No sólo por la población de Rosario, sino del Gran Rosario, como lo llamamos nosotros, que son las comunas vecinas. Un 30% o un 40% de la población que se atiende en los hospitales municipales de Rosario proviene de los municipios vecinos a la ciudad y aun de las provincias vecinas. Generalmente es la gente que necesita una cobertura de mayor complejidad. La complejidad baja la satisface en su lugar, la que no puede satisfacer en su lugar, como lugar de referencia en Rosario

donde llega y se lo atiende. Se han implementado una serie de medidas como por ejemplo en las farmacias y en la droguería municipal, donde se hacen un montón de medicamentos que abaratan muchísimo los costos en cuanto a no tener que comprar todo esto, a no tener que adquirirlo. Yo fui director del servicio de ambulancias y me tenía apabullado el gasto en combustible. Nosotros tenemos pocas ambulancias con respecto a las que tiene el CIPEC acá y hemos logrado un ahorro de 14 a 16 millones de australes mensuales con la colocación de tubos de gas natural concentrado en las ambulancias. Yo le propongo al Dr. Melillo que lo hagan aquí en la Municipalidad de Buenos Aires. Un 30% menos en la adquisición del combustible, un 30% más en el rendimiento. Se cambian con mucho menos frecuencia platinos, bujías, cambios de aceite, etc., y se evita muchísimo el escape, hasta ahora no se ha descubierto como temerrear el gas y el combustible si. Es decir, son un montón de medidas que se pueden ir tomando. Esto no hace tanto al tema de descentralización, pero hay cosas que centralizadamente deben tomarse por lo menos normativamente y la parte ejecutiva, la parte de funcionamiento entiendo que sí debe ser descentralizada. Nada más.

Público: A mi como estudiante, me gustaría hacer una pregunta a la mesa o quien me la pudiéra responder. ¿Cómo dada la preocupación de muchos estudiantes de Córdoba por ejemplo, influiría la descentralización en la capacitación no solamente de los estudiantes sino también de los que se reciben y hacen las residencias ya que hay servicios que pasan a la municipalidad y porque no llegan a un acuerdo entre municipalidad y universidad no lo podemos usar?

Público: Mi hospital tiene residencias médicas lineales todas, no tiene generales, no hay postulantes a las generales y a mí se me cortó este año un residente, con lo que ya iba a perder bastante la cadena piramidal y también me sacaron la jefatura de residentes. Y Nación no me manda la plata, total está la provincia, ya está descentralizado. Yo pido a Recursos Humanos de provincia que me pague un residente y la jefatura de residentes. Lo paga el hospital de sus recursos propios. Esa es la descentralización, compañero. Tiene muchos beneficios la descentralización, la participación democrática, podemos decidir, podemos hacer lo que se hace acá en Rosario, envasar remedios muy baratos a muy bajo costo, donde vamos a usar un vademecum realmente atóxico. Tiene otras ventajas, pero no en la situación en que estamos. La descentralización ésta, la de Cavallo, tiene un doble sentido, porque por un lado centraliza todos los recursos. Todas las ventas van a Rentas, al Tesoro Nacional y de ahí no sale un mango. Ayer en esta misma mesa, el director de maternidad e infancia dijo que no hay vacunas porque las vacunas

que la Nación compró el año pasado, todavía no las pagó este año. Fue tan impuntual la Nación que no han mandado vacunas. En cambio Cavallo fue muy puntual en pagar la deuda externa. Este es un problema político. (Aplausos). No sólo se está descentralizando salud, se está descentralizando la educación. Todos los establecimientos de las provincias. Los nacionales van a pasar a las provincias. Las provincias no pueden hacerse cargo de golpe y porrazo, de un año para otro de todos esos establecimientos. Entonces ¿qué va a ser la provincia?, lo va a municipalizar y ¿qué va a hacer la municipalidad?, cobrará más tasas, más impuestos. No sé.

Público: En principio pudo haber sido una pregunta, pero es más bien una reflexión a partir de lo que plantearon en la mesa en cuanto a repensar modelos. Creo que una cosa que a nosotros nos cuesta y en este sentido casi me voy a dirigir al Dr. Escudero por algunas cuestiones que dijo, es repensar también el modelo de gobernantes que tenemos y provocamos. Yo lo he escuchado varias veces al Dr. Escudero y siempre después de escucharlo me provoca una impactante sensación de verdad que aplasta y acto seguido una enorme impotencia que también me aplasta. El habla de poner incómoda a la gente del ajuste, yo podría decir que en principio estoy de acuerdo. Pero hay una frase, hay una oración que me atravesó totalmente que la dijo el Dr. Hugo Cohen de Río Negro, que es gobierno además, cuando en algún momento planteó el primero de los tres principios con lo que fundamentó su anteproyecto de ley. Dijo exactamente: revisar o ver primero cuáles eran los recursos de salud con los que contaban sus pacientes. Para de ahí implementar alguna estrategia terapéutica. Yo creo que nosotros no podemos, muchas veces no podemos y no hacemos es ver los recursos de salud que las instituciones en las que estamos verdaderamente tienen. Y que muchas veces por un a priori o por ver este panorama del que Escudero hablaba recién y no ver las posibilidades singulares de cada lugar y de cada espacio, no vemos que a veces una manera de poner incómodos a la gente del ajuste es ir con un proyecto concreto, plantearle una acción de salud concreta y en todo caso, que nos diga que no desde una discusión racional, pero no porque yo antes de ir ya pienso que el gobierno no sirve. Entonces, a mí esto me preocupa porque me parece que no estamos acá nada más que por voluntarismo. Creo que por decir voluntarismo, así como por decir asistencialismo nos olvidamos de la asistencia, y por decir voluntarismo nos olvidamos de la voluntad que a veces es lo único que nos queda en la crisis. Pero, no podemos de dejar de apelar a ella. Yo lo que propongo es que además del discurso un poco aplastante de José Carlos, haya una posibilidad de propuesta y creo que estas Jornadas pueden devenir en propuestas y no son meros vo-

luntarismos. Entonces, apelar a los recursos singulares e institucionales que todavía y por suerte tenemos. Esta es la propuesta.

Público: Sobre algo que había comentado el compañero de Uruguay con respecto al boleto, me pareció que es un modelo que hace entender bastante en qué consiste incluso hasta el título bajo el cual nos juntamos que es en el marco del ajuste. Estos boletos gratuitos que ya no eran pagados por el usuario sino que se democratizaba y todos pagaban por eso. Yo pienso que si lo que se democratiza son los costos, digamos, se pagan. En ese sentido, por ejemplo, la tasa de ganancia de las empresas no la democratizan jamás y pienso que en distintas exposiciones pasó por ese lugar.

Estos vectores generales, digamos la dirección general que toma el Estado en cuanto a cómo juega socialmente en función de esta tasa de ganancia o de este ordenamiento social, como en otras exposiciones hablábamos de la cuestión del sistema económico general. Voy a la pregunta que es especialmente para José Carlos y para Sonia. Decía esto antes porque me parecía importante. Estamos acá reunidos a lo mejor no para constituir una fuerza política, que nosotros en cierta manera caminamos a veces con una lupa y a veces con un telescopio mirando todo esto en lo que trabajamos. En nuestro trabajo diario es vivirlo desde adentro. Me parece que es importante que surjan propuestas, que surjan análisis que desmenucen un poco más cómo son las estructuras reales en las que nos movemos y cuales son las dinámicas. Yo no les preguntaría a los funcionarios cómo hacer la revolución. Creo que están para administrar la crisis, en eso están. Por eso le pregunto a Sonia y a José Carlos este último punto que decía de la viabilidad política. Esto no es viable políticamente, decía Escudero. Yo le diría, analicemos, sigamos con la lupa o el telescopio, pero ¿no estamos esquivando, digo como trabajadores de la salud, enfrentar el problema global? Sigamos estudiando las particularidades, creo que es muy importante que sigamos entendiendo los procesos, pero ¿esta sensación de impotencia que le generaba a la compañera, no está relacionado con esta cuestión? Creo que me podrían decir algunas cosas sobre eso Sonia, por sus trabajos en Brasil y Escudero, sobre Argentina. Y bueno, el de Nicaragua, me parece que también.

Dr. José Carlos Escudero: Voy a tratar de vincular las dos preguntas. Primero el asunto del aplastamiento, les aseguro que no fue mi intención. Te quiero decir lo siguiente, si vos aceptás que la salud es un problema fundamentalmente político, eso te hace ser fundamentalmente voluntarista. O sea, se trataría de tener el poder para hacer lo que se sabe que sirve. Digamos, si la salud dependiera de las manchas solares, no hay voluntarismo que valga, pero si uno dice la salud de-

pende no exclusivamente, pero si predominantemente, de un cambio en la correlación de fuerzas políticas, eso aumenta tus ganas de hacer cosas. Porque eso depende de la acción individual de cada uno. Cuando yo dije que la descentralización se va a luchar en 25 mil pequeñas arenas, eso lo pienso muy profundamente. Está la visión macro, pero están las arenas micro. Cuando levante el dedo el tipo que está como miembro del consejo asesor del Hospital de Tigre, y proponga lo que uno predice que suele proponer dentro de ese mini ámbito, ése es un ámbito de lucha política. No la última parafernalia que vende el Club de Leones, sino algo que vaya guiado a las necesidades populares. Yo soy muy optimista porque yo pienso que realmente éste es un modelo económico muy excluyente. Y un modelo extremadamente excluyente y democracia política son una interesante contradicción y algo va a terminar pasando. Es un modelo que uno pareciera que no se legitima a través de los mecanismos habituales de la democracia con lo cual por ahí se nos vienen tiempos interesantes. Con respecto a qué parcelas o áreas de lugar. Viendo lo bueno que hace la Municipalidad de Rosario, por ahí la consigna sería uno, dos, tres, cien Hermes Binner. Que esta actividad excelente a nivel municipal se generalice a nivel nacional de tal manera que en algún momento, por ejemplo, la sumatoria de sensatas políticas de medicamentos municipales, hace un impacto en la acumulación general.

No sé si con esto aclaro mucho la cosa. Quiero decir que no es una visión muy economicista, todo el mundo ajusta, pero en la Argentina donde el ajuste se hace a expensas del salario y Cuba se ajusta fabricando bicicletas. Es una razonable forma de no tener infartos y trasladarse de un lado a otro. Y Chile se ajusta mejor que la Argentina, seguro que el departamento de Montevideo se ajusta mejor que el departamento de Cerro Largo. Así que yo no quiero dejar una impresión de gran determinismo, si la salud es en gran parte política, viva la voluntad.

Lic. Belmartino Susana: Perdón, es muy difícil mantenerse absolutamente neutral y conduciendo la palabra en medio de este debate. Estas dos últimas reflexiones de Escudero me obligan a preguntarle si él piensa que el debate de la descentralización va a abrir múltiples arenas de discusión y de enfrentamiento político; y si piensa que tienen que florecer no en Hermes Binner, pero sí en los municipios donde las fuerzas sociales se organicen para combatir la centralización política, que como todos los que hicieron referencia a Cavallo y a que la Nación no paga las vacunas, indudablemente es eso lo que nos aplasta y no las respuestas de Escudero y sí tenemos que hablar de la viabilidad política. Creo que uno de los problemas que tenemos que debatir seriamente es si esta descentralización, no pensada como descentralización administrativa, no pensada como traspaso de los problemas al hospital, sino pensada como descentralización de los

ámbitos de discusión y organización de los nuevos modelos de salud que estamos reclamando, no puede ser un elemento positivo.

Dra Silvia Bermman: Yo quiero hacer una observación muy breve. Pienso también que a veces los árboles nos tapan el bosque y yo quería simplemente contestar a la pregunta, a la observación del compañero que decía: organicémonos. Me parece también que es un aspecto importante a tomar en consideración y en ese sentido quiero recordar que afuera está en la mesa de inscripción, la posibilidad de inscribirse en la Asociación Argentina de Medicina Social con una clara propuesta alternativa en los problemas de salud. Nada más.

Público: Quiero hacer un comentario adicional, porque efectivamente yo tuve la misma sensación que tuvo la compañera. Después de haber escuchado por la mañana la mesa redonda sobre participación popular, en donde la gente salió con otro espíritu de la mesa redonda. El espíritu de que es posible la participación, de que tiene sentido la participación, de que la comunidad y las instituciones y las personas y todos nosotros tenemos un espacio que tenemos que cubrir. Visto esto en términos de lo que en esta excesiva conceptualización abstracta, a veces, se muestra sobre las dificultades, las imposibilidades y la excesiva teorización, cuando se le quita y se le resta mérito a, precisamente, la tarea transformadora cotidiana de las pequeñas experiencias. Digo esto porque para mí que hace muchos años que no vivo en el país, la existencia de esta Jornada de Atención Primaria marca una diferencia cualitativa en que la gente, especialmente la gente del interior, ha podido venir a esta ciudad a poder contar lo que hace modestamente con sus muy pocas posibilidades y recursos y cuando se ha abierto un espacio de discusión y análisis a partir de lo pequeño y no a partir de las obras en terminación, es decir, de las explicaciones teóricas. Igualmente me preocupa un poco la sensación, que me pareció haber entendido, en términos de una cierta falta, un cierto espíritu peyorativo, en lo que significó la interpretación de la administración de la pobreza planteada por algunos de los oradores. Efectivamente, yo creo que estamos administrando la pobreza y tenemos que administrar la pobreza. Los pobres son los que necesitan que les hagamos llegar la mayor cantidad de recursos con lo poco que disponemos. Hasta que se produzcan las transformaciones la gente se sigue muriendo. Y una de las cosas que no se rescata aquí es que independientemente de las distintas concepciones y conceptualizaciones, inclusive de las pertenencias partidarias, la gente que se reúne en los barrios porque se muere de hambre o porque sus hijos se mueren de diarrea, están de acuerdo con la necesidad de que algo tiene que cambiar. Y eso es lo que genera la fuerza transforma-

dora de la sociedad y las formas organizativas, cada cual en cada lugar va a encontrar la manera, ayudada si es necesario, para hacer de esa necesidad vital, pero vital en el sentido de vida o muerte, la potencia o la fuerza que permitan esas transformaciones. Sino estamos negando la posibilidad de que el pueblo, a partir de sus propias necesidades, pueda hacer su propio proceso de transformación. Nada más.

Sonia Fleury: Yo quería contestarle al compañero que yo tengo por vicio de oficio, la tendencia a hacer las cosas en los términos más abstractos de modelos. Entonces hablaba de dos proyectos que estamos enfrentando, un proyecto liberal y un proyecto solidario de descentralización. Bueno, eso en cuanto a proyectos. Yo creo que ninguno de los dos se va a cumplir en cuanto a proyecto, eso son ambiciones. Se van a concretar de acuerdo con las fuerzas y en cuanto a las condiciones estructurales y las fuerzas políticas de cada espacio de cada Nación. Yo creo que hay una lucha, esa lucha pasa por el plano científico, por el desarrollar conocimientos y defender si es o no liberal la descentralización que queremos, desde el punto de vista científico, pero también ideológico y organizativo. Porque yo creo que no son sólo los modelos abstractamente que se enfrenta a la gente, la lucha de las organizaciones, de las instituciones. Creo que tenemos que estar en esa lucha, usar la lucha como instrumento para responder a eso. Para hablar un poco de Brasil, creo que se nos puede acusar de todo, pero no de haber omitido formular propuestas, desde el nivel más bajo más teórico hasta el más concreto. Hicimos millones de errores. Tenemos que pagar por eso, por la historia. Pero no los omitimos, yo creo que no.

Lic. Belmartino Susana: ¿No hay ningún otro pedido de intervención? Bueno, entonces, les agradecemos a todos la capacidad de escucha y a los ponentes su intervención (*Aplausos*).

RESUMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

AREA EPIDEMIOLOGICA

SUBAREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

COORDINA:

Dr. Leonardo Werthein, epidemiólogo.

1) EL PROGRAMA DE TBC EN LA ZONA SANITARIA IV- FORMOSA 1975-1990.

Ferrero, Hilario; Somoza, Susana; Gilbert, Beryl. Zona Sanitaria IV, Formosa.

Resumen

Se presenta el trabajo realizado en la Zona Sanitaria IV, provincia de Formosa durante los años 1975-1990, en el Programa de Control y Tratamiento de la Tuberculosis.

El mismo se desarrolla dentro de la estrategia de APS, mediante la integración del trabajo comunitario, el del área programática y el de la Zona Sanitaria.

Se muestran además los resultados obtenidos a lo largo de estos años. Se manifiesta la confianza de la población en el bajo porcentaje de abandonos.

2) CASOS DE TUBERCULOSIS EN SAN ANTONIO OESTE Y AREA DE INFLUENCIA. AÑO 1978 Y DECADA DEL 81 AL 90.

Dra. Sileny Wwelke y Gracieta Carpio. Hospital San Antonio Oeste, provincia de Río Negro.

Resumen

Objetivo: Insistir en la prevención mediante vacunación, diagnóstico bacteriológico precoz y búsqueda de casos. Determinar frecuencia de TBC en SAO, distribución de la enfermedad por edades. Estudiar la patología relacionada con factores socioeconómicos, hábitos, estado nutricional y patologías asociadas.

Método: Método retrospectivo.

Conclusiones: Tendencia a disminución de la enfermedad desde 1985 con un pico en 1988. Desde 1982 no hay enfermos de TBC menores de 10 años en San Antonio Oeste.

3) INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES: COSTO-BENEFICIO DEL DIAGNOSTICO PRECOZ.

Bayley Bustamante, G.; Bologna, V.; Cerqueiro, C.; Galizzi, D.; Gentile, A.; Maffey, A.; Mistchenko, A. y Vidaurreta, S. Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", Capital Federal, Argentina.

Resumen

La infección respiratoria aguda (IRA) baja representa, junto a la diarrea, la primera causa de morbimortalidad importante en los países en vías de desarrollo y es el motivo más frecuente de internación en pediatría; aproximadamente el 70% de éstas son de etiología viral. Los autores se propusieron evaluar la relación costo-beneficio del diagnóstico precoz de las infecciones virales en niños hospitalizados por IRA baja en el Hospital de Niños R. Gutiérrez, durante el año 1989. En este período se internaron 549 pacientes de los cuales 210 presentaron bronquiolitis (BQL), que es una patología viral aguda por definición. La distribución por edades fue del 81,4% de 2 a 12 meses, mientras que el 59% tenía entre 2 y 5 años. El tiempo de internación fue de 14 días para el 71,5% de los pacientes (n=150). De estas BQL el 39,5% de los pacientes recibieron antibiótico (ATB); 20% con ampicilina, 1,4% con cefalotina, 4,8% con cefotaxima, 0,5 con ceftriaxona, 12,8% con otros ATB. Se consideró, para evaluar el gasto en ATB, un paciente tipo de 6 kg. de peso y 10 días de tratamiento con ATB. El gasto promedio en ATB fue de u\$s 200 por paciente y por tratamiento. El elevado número de pacientes con BQL tratados con ATB durante su internación se vería reducido notablemente con un diagnóstico precoz de la enfermedad viral mediante un examen virológico rápido de secreciones nasofaríngeas cuyo valor por determinación es de u\$s 3. Se podía contribuir de este modo a disminuir el gasto hospitalario y evitar exponer al paciente a tratamientos innecesarios.

SUBAREA: NUTRICION Y PROGRAMAS ALIMENTARIOS

COORDINA:

Dr. José Carlos Escudero, AAMES.

Dra. Herminia Vedoy., Hospital SAMIC, El Dorado, Misiones.

4) PROGRAMA DE REHABILITACION NUTRICIONAL MATERNO-INFANTIL PEÑI.

Personal Técnico del Nivel Central. Consejo Provincial de Salud Pública y Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia de Río Negro.

Resumen

Descripción del problema: reconocimiento de la necesidad de detectar a los niños menores de seis años desnutridos y a las embarazadas; y lograr su tratamiento integral rehabilitándolos nutricionalmente.

Objetivo: lograr una efectiva rehabilitación nutricional con la capacitación de las familias de riesgo con apoyo nutricional con coordinación intra y extrasectorial.

Metodología: integración de programas en los niveles locales y provinciales con complementación alimentaria.

Conclusiones: necesidad de consolidar e integrar los equipos locales y concientizar a la comunidad en el autocuidado nutricional.

5) ACCIONES DEL EQUIPO DE SALUD EN LA DESNUTRICION DE LA POBLACION INFANTIL MENOR DE SEIS AÑOS DE LOS MENU-COS, 1989-1990.

Equipos de salud del Hospital Los Menucos. CPSP, Provincia de Río Negro.

Resumen

Descripción del problema: en 1988 se había efectuado una baja detección de desnutridos en el área. A mediados de ese año se inicia la capacitación del equipo de Salud en normas de crecimiento y desarrollo del menor de seis años y rehabilitación nutricional.

Objetivo: determinar los factores de riesgo socioeconómico para demostrar y cuantificar cómo inciden en el proceso salud- enfermedad. Lograr la rehabilitación nutricional de los grupos de riesgo a través del mejoramiento de la atención, educación para la salud y ayuda alimentaria.

Metodología: trabajo multidisciplinario e intersectorial en el nivel local.

Conclusiones: las soluciones de fondo sólo pueden surgir desde la comunidad y la articulación intersectorial.

6) PROYECTO DE AYUDA NUTRICIONAL INFANTIL Y PARTICIPACION COMUNITARIA.

Lic. A. Alvarez y equipo. Secretario de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario, Santa Fe.

Resumen

Luego de los saqueos de 1989 un supermercado del Barrio Las Flores es abandonado por la empresa y cedido al municipio. Surge así la idea de convertirlo en comedor infantil y centro comunitario.

El proyecto se arma a fines del 90, con un proceso previo de consulta a la comunidad y comienza a funcionar en marzo de este año.

Los objetivos generales se enmarcan en la política social de la actual gestión de gobierno municipal: descentralización y participación ciudadana.

En lo específico, se propone brindar ayuda alimentaria y promover la participación solidaria de los vecinos en la resolución de los problemas comunes, como asimismo facilitar el acceso a servicios por vía de la descentralización.

Esto supone la confluencia de aspectos asistenciales y transformadores simultáneamente. Los obstáculos principales que encontramos son las múltiples escisiones y fracturas que tienen lugar en el barrio, la falta de democracia efectiva de alguna de sus instituciones, los manejos individualistas y segregativos, los enfrentamientos imaginarios, en síntesis, la dificultad para aunarse solidariamente tras objetivos comunes.

Allí apunta nuestra acción en principio, con metodologías construidas para cada situación específica: intervenciones en grupos e instituciones, promoción de actividades, apertura del juego para la convocatoria amplia, tratando de situar en un tercer término a estas disputas duales.

Nuestra práctica apuesta al posible lugar de recuperación de una subjetividad alienada, que permita a los sujetos efectivamente hablar y ser escuchados.

Recortamos nuestra posición como técnicos a partir de un marco ideológico, estableciendo un modo de operar que se diferencia de la práctica militante sin por ello situarnos en un "más allá" tecnocrático.

En este camino hay avances y retrocesos, Encuentros y hallazgos, desencuentros, sorpresas. Aún no es el tiempo de conclusiones definitivas.

7) NUESTRA EXPERIENCIA EN UN PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA EN NIÑOS DE 0 A SEIS AÑOS (PEÑI).

Lapidus, Ordoñez, Retamales, Saez y Seppi. Hospital de Cipolletti, provincia de Rio Negro.

Resumen

Niños y embarazadas con déficit nutricional y modificaciones que surgen de la implementación de aporte alimentario y acciones de educación para la salud.

Objetivos: evaluar el impacto nutricional, prevalencia de la desnutrición en menores de dos años, distribución de desnutrición aguda y crónica en niños de 0 a 6 años, tiempo de recuperación, talla, edad en desnutridos crónicos. Detectar factores de riesgo coadyuvantes.

Metodología: evaluación retrospectiva de niños ingresados al plan mediante tablas de evaluación de crecimiento y desarrollo y su alta posterior.

Conclusiones: se remiten al trabajo por ser tan numerosas como los objetivos del mismo.

SUBAREA: ALGUNOS INDICADORES Y EXPERIENCIAS EN SALUD MENTAL

COORDINACIONES:

Grupo A: Lic. Rosalía Enrigo

Grupo B: Lic. Ana Berezin

Grupo C: Lic. Stella Maris Nieto

Grupo D: Lic. Alejandro Irurzun

• GRUPO A:

8) MEDICINA RURAL Y SALUD MENTAL.

Dr. J.J. Penna, Hospital Zonal de General Pico, La Pampa.

Resumen

Descripción del problema: falta de prevención de salud mental en los planes sanitarios; observación de muchos suicidios, alcoholismo, accidentes dudosos en zonas rurales.

Objetivos: diagnóstico sanitario e incidencia de suicidios en una localidad rural.

Metodología: preparación previa de la comunidad, instrucción del personal adecuado, censo sanitario casa por casa, realización de pirámide poblacional, indicadores del nivel de salud, indicadores que miden recursos, indicadores de condición socioeconómica casuística de patologías principales, ya sea hospitalarias y en consultorios privados. Consumo de alcohol per cápita en mayores e investigación de suicidios durante 10 años en una localidad rural.

Conclusiones: encontramos parámetros sanitarios habituales comparables con países desarrollados pero se confirmaron alto consumo de alcohol y un índice de suicidios seis veces superior a los máximos mundiales.

Se sugiere concluir con un breve debate y crítica al trabajo.

9) EL TRABAJO COMUNITARIO COMO LUGAR DE FRONTERA.

Dávila, Violeta; Gerlero, Sandra; Huerta, Adriana. Hospital Eva Perón RISAM, Granadero Baigorria, Santa Fe.

Resumen

Descripción del problema: El trabajo se realiza en un barrio marginal de la ciudad de Rosario. En las representaciones de esta comunidad se producen y reproducen mecanismos de segregación y marginalidad, éstos se repiten en diversas instituciones del barrio.

Objetivo: instrumentar un trabajo comunitario que impulse la participación de los miembros de ésta comunidad como estrategia de prevención en Salud Mental.

Método: relevamiento institucional. Visitas domiciliarias (entrevistas abiertas). Grupos de reflexión (taller).

Conclusiones: la participación real permite que se promuevan y sostengan acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida. Prevención y promoción en Salud Mental.

10) EL TRABAJO DEL PSICOLOGO COMUNITARIO EN LOS SECTORES POPULARES. "UNA EXPERIENCIA CON MUJERES". Adela Mercado y Mariela De Angelis. San Luis. 1991.

Resumen: No presentó.

• **GRUPO B**

11) PROYECTO DE CAPACITACION Y TRABAJO CON ADOLESCENTES. Lic. Cristina Quiñones, Lic. Silvia de Dios, Lic. Marcela López, Prof. Alfredo Paiva y Dra. Teresa Ragno.

Dirección de Salud Mental de la provincia de Córdoba, CINCO-CISP, (Programa de Salud Pública en la ciudad de Córdoba).

Resumen

Problema: dificultades en la inserción laboral de los jóvenes de la zona de Arguello Lourdes (Córdoba).

Objetivos: capacitación y trabajo con adolescentes entre 12 y 16 años para lograr un progresivo autofinanciamiento.

Metodología: programación, realización y evaluación de cuatro talleres de formación con participación activa de las partes comprometidas: 1) Cooperativa, 2) Equipo de Salud Mental, 3) CISP (Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli), 4) Adolescentes.

Conclusiones: El proyecto está en marcha con el funcionamiento de los talleres (carpintería, cocina, costura, artesanía). En este momento se está evaluando la posibilidad de la autogestión futura del proyecto.

12) EL PSICOLOGO EN LA PRACTICA HOSPITALARIA: SU INCLUSION EN LA GUARDIA MEDICA.

Lic. Silvana L. Lerma y Lic. Mabel Rovetto. Hospital Roque Saenz Peña. Rosario, Santa Fe.

Resumen

Problema: intentos de abordaje desde el psicoanálisis en el momento de la irrupción del síntoma, cuando un paciente llega a la guardia, entendiéndose por la ruptura de la cadena significativa. Ej: crisis histéricas, asma, hipertensión, síndrome de abstinencia, etc.

Objetivos:

a) **Institucionales:** llegar a una coordinación entre el trabajo del médico-enfermero y psicólogo, partiendo del discurso médico-biológico acerca del síntoma y la incidencia de éste en la derivación.

b) **Clínicos:** dar la posibilidad al paciente de hablar, simbolizar el síntoma.

Metodología: Investigación-Acción.

Conclusiones: Está en construcción un espacio de trabajo común sobre indicadores en salud mental, en la guardia de un hospital general; a partir de la recopilación de los registros obtenidos.

13) LA PREGUNTA ETICA EN PRACTICAS COMUNITARIAS.

Marité Colovine y Alicia Alvarez. Dirección Provincial de Salud Mental (RI-SAM) y Municipalidad de Rosario, Santa Fe.

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto la problematización de las prácticas institucionales y comunitarias que realizamos. Asimismo, las cuestiones que se juegan efectivamente en éstas interpelan nuestra posición de psicoanalistas.

El recorrido de la presentación tenderá a avanzar sobre los siguientes interrogantes:

1) ¿Es posible una práctica no sociológica de “lo social”?

2) En un campo signado por la multiplicidad de representaciones ideológicas y morales, ¿hay espacio para un giro sostenido en la ética del psicoanálisis?

3) Los nudos y tensiones en torno a la relación subjetividad- cultura, suponen un recorte de la clínica del psicoanálisis?

Nos proponemos abordar estas cuestiones desde categorías tales como el Ideal del Yo, la función del padre, psicología de las masas, la constitución del lazo social, el síntoma y la ética del psicoanálisis.

• GRUPO C**14) “ JUGARSE LA VIDA”.**

Bárbara, S. (psicopedagoga); Rasini, M. (psiquiatra); Instituto Phillippe Pinel. Rosario, Santa Fe.

Resumen

Problema: La incapacidad de la mujer para “jugar un rol”, al ser despojada, entre otros, de sus sitios de organizadora, consejera, coordinadora, conductora, perdiendo también, la mayoría de las veces, su lugar económico, por la edad y por las condiciones actuales de la estructura social-familiar.

Ella integra, en esa dada en llamar, tercera etapa, una población de riesgo.

Objetivos y Metodología: No separamos los objetivos de la metodología. “El *acting-out* a través del juego, es la medida autocurativa más natural” (Erikson).

Desde lo preventivo asistencial pretendemos favorecer "otro espacio" al interrogarse por la propia persona en una actividad compartida.

Siguiendo a Winnicott lo que intentamos producir es: reubicación de los objetos, recreación de los espacios de: producción, imaginación, creatividad, génesis de nuevos objetos, recuperación del tipo afectuoso de relación de objeto.

No utilizamos interpretaciones sino que se favorece el descubrimiento y la sorpresa que producen las propias potencialidades.

La actividad se gesta por medio de consignas sugeridas no restrictivas dentro del grupo o a realizar individualmente, fuera del grupo, recuperándose en la sesión posterior.

Conclusión: Se llega a una experiencia creadora, cuyo júbilo permite aprovechar esa visión de la propia realidad, en todo lo cotidiano, cuyo vacío de significado había vuelto aterradora y dolorosa.

15) EL TALLER DE RADIO: UNA TERAPEUTICA NO TRADICIONAL DE REHABILITACION PSIQUIATRICA Y UNA EXPERIENCIA DE COMUNICACION ALTERNATIVA.

Lic. Dionisio Francisco Egidos. Departamento de Rehabilitación Hospital Neuropsiquiátrico, provincia de Córdoba.

Resumen: No presentó

16) LA COMUNIDAD CONGELADA. UNA EXPERIENCIA DE PSICOLOGIA INSTITUCIONAL EN LA ANTARTIDA.

Lic. Martínez, C. Cátedra de Psicología. UBA, Buenos Aires.

Resumen:

El presente trabajo intenta reseñar algunos de los aspectos y conclusiones de la experiencia realizada en una base antártica, en el verano 1988/89, desde el Programa de Investigación y Acción Comunitaria en Trabajo, Salud y Vida Cotidiana, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Es intención de esta comunicación dar cuenta, muy acotadamente, de la particular articulación de diferentes estratos sociales y de diferentes culturas de trabajo e institucionales, en estas condiciones de semi aislamiento.

A partir de esta descripción, aparece la posibilidad de ver, como en una imagen congelada o detenida, cómo cada uno desde su lugar de liderazgo, y de trabajo científico logístico o técnico, porta la impronta de ese singular imaginario social al que pertenece; y cómo allí anidan mitos, fantasías y concepciones del y sobre el Estado, que la lejanía y el aislamiento, lejos de atenuarlas, exacerba.

También aparecen como paradigmáticas las relaciones de civiles entre sí, militares entre sí, y entre ambos, ofreciendo una síntesis histórica argumental y de-

terminante para cualquiera que se plantee una tarea en estas latitudes.

Finalmente queda explicitado también el lugar del agente de salud y de la mirada institucional como instancia instituyente, tan necesaria como resistida, delimitada por el escenario de los organismos estatales que dan origen a esta experiencia.

17) APOYO A LA CONSOLIDACION DE LA GUARDERIA VOLUNTARIA "CORAZON Y PAPEL".

Dra. Olga Bereziuk, Lic. Enrique Prado, Dra. Patricia Delsoglio; Lic. María E. Dellacasa.; Dra. Teresa Ragno. Dirección General de Salud Mental, provincia de Córdoba DGAMP-CINCOS-CISP (Programa de Sal. Púb., Córdoba).

Resumen

Problema: el proyecto surge a partir de diagnosticar la existencia de una Guardería Voluntaria, de organización incipiente, con limitaciones presupuestarias, escasos recursos materiales y humano-pedagógicos, para la atención de los niños de la zona.

Objetivo: Apoyar el sostenimiento y consolidación de esta precaria organización voluntaria.

Metodología: reuniones formales e informales con las madres y personas que ayudan a la misma. Organización de eventos recreativos.

Conclusiones: pretendemos mostrar el proceso de una organización barrial en torno a una necesidad sentida y los logros y dificultades a los que se arriba en este momento de dicho proceso.

• GRUPO D

18) TALLERES Y FERIA BARRIAL.

Lic. Eva Córdoba, Lic. Diana Scorza, Dr. Edgardo Schmal, Lic. Marcela López, Prof. Alfredo Paiva, Dra Teresa Ragno. Dirección General de Salud Mental de la Provincia de Córdoba-DGAMP CISP (Prog. de Salud Púb., Córdoba).

Resumen

Problema: falta de lugares comunes de referencia de la comunidad, espacio de encuentro y de recreación. Necesidades básicas insatisfechas y búsqueda de recursos propios de la comunidad.

Objetivo: favorecer la organización de un espacio para que los miembros de la comunidad puedan satisfacer sus necesidades recreativas (talleres), en vista de una posible producción y venta en la Ferial, ámbito de comercialización de la producción artesanal de los vecinos.

Metodología: abordaje grupal participativo. Talleres y capacitación en la acción.

Conclusiones: Interrelación entre el Centro de Salud y la Comunidad como desencadenante de procesos de consolidación grupal y autoorganización. Exis-

tencia de talleres recreativo-laborales como hipotético cierre del ciclo de capacitación, producción y venta en la feria barrial.

19) PREVENCIÓN Y PSICOANÁLISIS.

Bancalari, E.; Iglesias, L. Korin, V.; Moise, C.; Oubiña, S. y Sonis, N., Escuela de psicoterapia para graduados.

Resumen

Objetivos: se trata de desarrollar una teoría de la prevención sobre los problemas en el campo de la salud mental desde el psicoanálisis, sin generar miedos ni prejuicios, tratando de no caer en pedagogismos, planteándolo desde los interrogantes que se abren desde nuestra identidad en esta tarea.

Metodología: analizamos nuestra tarea hospitalaria, comunitaria en barrios, villas, escuelas, etc., tomando además el análisis de los medios de comunicación de acontecimientos sociales.

Conclusiones: necesidad de interdisciplinas, consecuencias ideológicas de los modelos teóricos, breve análisis sobre las incidencias en el aparato psíquico.

20) PREPARACION A LA JUBILACION. UNA EXPERIENCIA INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN PRIMARIA.

Dr. Aquiles Tornabene, Policlínico Ferroviario de Mendoza, Mendoza.

Resumen

Problema: en el Servicio de Salud Mental del Policlínico Ferroviario de Mendoza se observaron, en pacientes de la Tercera edad, cuadros depresivos y psicósomáticos atribuibles al retiro laboral. Se presenta una tarea para prevenir la aparición de los mismos.

Objetivos: desarrollar repertorio de habilidades yojicas a fin de impedir el desordenamiento de la personalidad.

Metodología: se trabaja con grupos de información y reflexión para elaborar las ansiedades de la Tercera edad y el retiro laboral.

Conclusiones: tarea multidisciplinaria de prevención primaria recomendable al finalizar el período laboral.

SUBAREA SALUD REPRODUCTIVA

COORDINA:

Laura Bonaparte, Miembro de la Comisión por el Derecho al Aborto.

21) EL ABORTO CLANDESTINO EN LAS MUJERES POBRES.

N. Aztarayn, A. Cacopardo, P. González. Unidad Sanitaria "V. Lanzone", San Martín, provincia de Buenos Aires.

Resumen

Problema: las malas condiciones sanitarias en que se llevan a cabo los abortos clandestinos, con las consiguientes secuelas físicas-emocionales.

Objetivo: sistematizar los relatos de experiencias abortivas, para generar en las autoridades respuestas concretas a esta realidad.

Metodología: entrevista individual, encuesta y relatos de experiencias.

Conclusiones: sin medios económicos suficientes para realizar un aborto en buenas condiciones médicas, utilizan métodos que significan riesgos para sus vidas. No evalúan la gravedad que implica un aborto séptico. Se recurre al aborto como método anticonceptivo.

22) ALGUNOS FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL PUBLICO.

Armin, Chiardi, S.; Carnota, M C.; Funes, J.; Guerschanik, G.; Toto, S. Hospital Saénz Peña, Rosario, provincia de Santa Fe.

Resumen

Uno de los objetivos del presente estudio interdisciplinario en marcha es investigar algunos factores determinantes del embarazo en adolescentes con el objetivo ulterior de desarrollar algún tipo de intervención de acuerdo a los resultados obtenidos.

Esta investigación incluye 100 embarazadas entre 13 y 18 años. Cada paciente es atendida por todos los integrantes del equipo. Del análisis de los resultados obtenidos se concluye que los factores más relevantes como determinantes del embarazo en adolescentes fueron: 1º condiciones socio-económicas; 2º pensamiento mágico y negación; 3º antecedentes de embarazos precoces en familiares directos; 4º desidia ante las técnicas anticonceptivas.

23) CONTROL DE EMBARAZO EN SECTORES POPULARES.

Norma Zaragoza (médica), Cristina Drangosch (asistente social), Stella González (enfermera). Unidad Sanitaria Arturo Illia, Villa Diamante, Lanús, prov. de Bs. As.

Resumen

Frente al bajo porcentaje de consultas por embarazo del total de ginecología, se resuelve investigar. Se efectúa un censo en villas cercanas, y luego entrevistas con las embarazadas.

En función de ello, se coordina con los hospitales cercanos y se elabora un folleto alusivo que es entregado casa por casa, y se difunde la actividad del consultorio de planificación familiar.

Todo ello en respuesta a los resultados: 80% aproximado de embarazos no buscados, controles durante el mismo tardíos y espaciados, atención del mismo en hospital saltando el primer nivel

24) ABORTO: "LOS DISCURSOS Y SUS PRACTICAS".

Lic. Anahí Viladrich. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, Buenos Aires.

Resumen: No presentó

SUBAREA EVALUACION DE PROGRAMAS

COORDINA: Julio Monsalbo, Chaco

25) INTEGRACION DE PROGRAMAS REGULARES A NIVEL LOCAL.

Equipo técnico-político, consejo provincial de salud pública, provincia de Río Negro.

Resumen

Los programas de salud provinciales se venían llevando a cabo históricamente en forma individual y vertical desde el nivel central. El abordaje de los problemas se realizaba sectorizadamente, favoreciendo la descoordinación, desintegración y desorganización de los integrantes del sistema y de los recursos disponibles para la solución de los mismos, alejados del protagonismo de la comunidad.

Objetivos: generar un espacio de integración entre los niveles locales, zonales y central identificando roles y responsabilidades; coordinar la organización de los niveles de atención y los niveles político-administrativos; adecuar las actividades y recursos a las necesidades locales.

Metodología: trabajos multidisciplinarios, con todos los equipos de salud de distintas localidades (seis experiencias desde 1990 hasta mayo de 1991). Abordaje con metodología de taller.

Conclusiones: el trabajo en equipo desarrollado en la propia localidad produce, a través de autocríticas y la reflexión, el conocimiento colectivo capaz de organizar, planificar y transformar la propia realidad, reformulando las prácticas tradicionales en salud.

26) PROGRAMACION DE ACTIVIDADES PARA EL AREA HOSPITAL RURAL DE SIERRA COLORADA.

Equipo de salud, Hospital de Sierra Colorada, provincia de Río Negro.

Resumen

Desde 1985 se realizan actividades programadas para el área, pero en 1990 estas se complementan con el aporte del equipo técnico central y zonal para mejorar la organización, supervisión y seguimiento de las actividades.

Objetivos: Integrar las actividades de los distintos programas provinciales a través del trabajo conjunto de los equipos técnicos locales, zonales y central.

Metodología: Trabajo interdisciplinario en equipo con modalidad de taller. En este trabajo se resumen las actividades programadas.

Conclusiones: Programar conjuntamente es la única manera de terminar con los padecimientos de una planificación realizada al margen de los interesados y alejada de las necesidades reales de la población.

27) EVALUACION DE UN TRABAJO COMUNITARIO DESDE UN CENTRO DE SALUD EN LA PROVINCIA DE NEUQUEN (VILLA OBRERA).

Isabel Vallejos (educador sanitario), Mariano Bigoritto (agente sanitario), Edgardo Von Euw. (médico). Hospital Centenario, provincia de Neuquén.

Resumen

Descripción del problema: trabajo orientado hacia una búsqueda concreta de participación, incorporando conceptos como "educación popular", "horizontalización del sistema", "centro de salud como centro comunitario", y un trabajo en conjunto a los vecinos por reivindicaciones locales. El trabajo estaba definido en su primera etapa, como de "promoción y desarrollo comunitario", con base en formas locales de producción. Fue abortado desde el poder político.

Objetivos: Promoción de formas locales de producción con eje en la horticultura, buscando el reconocimiento de un interés común como motivo de participación. Búsqueda de espacios y formas de lograr respuestas conjuntas a las necesidades del barrio. Promoción de participación comunitaria en las actividades específicas de salud. Desarrollo de actividades de educación popular.

Metodología: 1ª etapa: Capacitación, entrega de semillas, reuniones periódicas de coordinación. Apoyo técnico permanente. 2ª etapa: Talleres de educación para la salud, de apoyo a escolares primarios. Trabajo con Pastoral de Migraciones. Organización para la tenencia legal de tierras. Participación en reuniones de organización vecinal. Apertura de un Centro de Alfabetización. Disposición del centro de salud como espacio para actividades vecinales. Elaboración de un boletín periódico desde el centro de salud. Énfasis en otras formas de comunicación comunitaria.

Conclusiones: el trabajo en su primera etapa hace énfasis en el desarrollo de formas locales de producción, pero no logra el objetivo de participación que se propone. A partir de su primera evaluación se orienta hacia la búsqueda de la misma, con actividades y objetivos definidos. Logra un crecimiento cualitativo hasta que se interrumpe por acción del "estado organizado", a través de un sector minoritario de la comunidad.

SUBAREA: VIOLENCIA**COORDINA: Lic. Graciela Guilis.****28) CAMBIEMOS VIOLENCIA POR DIALOGO.**

A. Corradini, A. Facciuto, S. Palacios, M. Pintos, C. Sicardi, R. Sotelo. Centro de la Mujer y la Familia, Buenos Aires.

Resumen

Descripción del problema: violencia familiar: mujer golpeada, maltrato infantil en población marginal con una muy fuerte subcultura sostenedora de la violencia como hecho natural, teniendo en cuenta que la problemática se complejiza aún más con problemas de desocupación, insalubridad barrial, analfabetismo, problemas de vivienda, desnutrición y alcoholismo.

Objetivos: promover y generar debate sobre la problemática de la violencia familiar con la comunidad y sus instituciones con el objeto de prevenir situaciones de violencia dentro del ámbito familiar.

Metodología: atención en la sede del Centro de la Mujer y la Familia. Trabajo comunitario en Villa 21. Trabajo preventivo en escuelas de la zona.

Conclusiones: esta experiencia comenzó hace dos años y pensamos que sigue siendo válido, importante y necesario continuar este trabajo resolviendo cotidianamente, también, dificultades como presupuesto, resistencias culturales que se vislumbran en las instituciones, en profesionales, etc., falta de material teórico y experiencias similares.

29) DETECCION Y ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN VIOLENCIA FAMILIAR.

Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Postgrado de violencia familiar. Miembro del Consejo Ejecutivo de la Asociación Argentina de Protección familiar.

Resumen

Como problemática social la violencia familiar tiene índices estadísticos muy altos, no obstante se la minimiza, se la oculta y sus proyecciones en el área de salud son muy graves, por lo tanto es fundamental su detección temprana.

También se necesita un abordaje interdisciplinario por la complejidad que requiere su asistencia.

Se busca a través de este taller informar, sensibilizar e intercambiar visiones con profesionales del área de la salud.

Metodología: Exposición teórica. Discusión grupal guiada. Trabajo grupal pautado. Conclusiones.

AREA: EXPERIENCIAS EN APS

• GRUPO A

COORDINA: Mossis - Córdoba.

30) HACIA LA CONSTRUCCION DEL MÉDICO GENERALISTA.

Un taller interdisciplinario en 2º año de la Facultad de Medicina de Rosario (UNR).
M. del C. Díaz, E. Habibi, G. Fernández, W. Lezcano, A. Luquita, N. Macclaughlin.
Fac. de Medicina, Universidad Nacional de Rosario, prov. de Santa Fe.

Resumen: No presentó.

31) MEDICINA SOCIAL-POPULAR: MEDICINA MAPUCHE.

Telésfora Pichilef (agente sanitario). Hospital Maquinchao, provincia de Río Negro.

Resumen

Se describe la importancia de la medicina popular mapuche en las poblaciones aborígenes de la región sur de la provincia de Río Negro.

Objetivo: rescatar la medicina popular frente a la medicina científica, cuestionando de manera simple pero muy humana los orígenes y verdaderos alcances de la medicina moderna y su entorno social que la constituye.

Metodología: relato de vivencias y tradiciones extraídas de la propia experiencia de su autora, trabajadora de la salud de origen mapuche.

Conclusiones: la lucha por la dignidad humana, la defensa de la naturaleza y la vida, la defensa de nuestra cultura y de nuestro pueblo será el mejor nutriente para nuestro cuerpo y mente.

32) UNA VISION PRELIMINAR DE LAS PRACTICAS DE ATENCION DE LA SALUD EN UNA COMUNIDAD TOBA RURAL DEL OESTE DE FORMOSA.

Lía Bargallo. Departamento de Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Resumen: No presentó.

• GRUPO B

COORDINA: Sociedad de Medicina Rural de Neuquén.

33) REFLEXIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA EN ATENCION COMUNITARIA EN EL PROGRAMA DE SALUD PUBLICA EN LA CIUDAD DE CORDOBA.

Dra. Teresa Ragno, Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, CISP, Bari, Italia.

Resumen

Problema: fragmentación institucional. Dificultad de integración. Enfoque asistencial Centros Periféricos. Pedido de los operadores de salud de capacitación en APS.

Objetivos: apoyo a la política de Salud de la Prov. de Córdoba. Coordinación intra-interinstitucional. Integración política de salud mental a las otras políticas sanitarias. Desplazamiento desde un modelo "médico-enfermedad-hospital" a uno de tipo "salud-comunidad-interdisciplinariedad". Capacitación en la acción. Apoyo con recursos humanos y financieros a proyectos comunitarios apuntando a la autogestión.

Metodología: seguimiento del proyecto con asesoramiento y capacitación en la acción, con apoyo de técnicas y metodología de la comunicación participativa (CINCOS) en las acciones de los equipos de salud y de las comunidades. Coordinación intra-interinstitucional como acercamiento base-direcciones.

Conclusiones: Límites, ventajas y logros en el trabajo institucional en el marco del programa.

34) ATENCION PRIMARIA DE SALUD. AREA FONOAUDIOLOGIA, PROVINCIA DE SANTA FE, AÑOS 1989-90-91.

María Cristina Fracchiola, María Cristina Galán. División Higiene Escolar, Area de Fonoaudiología, Ministerio de Salud, provincia de Santa Fe.

Resumen

Desarrollo de programa de detección de trastornos auditivos en escolares de primer grado.

Aprovechamiento de recurso humano en formación (universitario y nivel terciario). Atención primaria de Salud en Area de Fonoaudiología, Rosario. Ministerio de Salud y Universidad aunando esfuerzos para beneficio de la comunidad.

35) EXPERIENCIA DE APS EN ODONTOLOGIA.

Cátedra de Clínica Preventiva IV. Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Dra. Gongora, V. ; Dra. Ojeda de Gómez, M.C.; Dr. Pla, Pablo.

Resumen: No presentó.

36) MODELO DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO PARA EL ABORDAJE DEL NIÑO Y SU FAMILIA DESDE UN ENFOQUE INTEGRAL CON ESTRATEGIA DE APS.

Dra. Patricia A. Cura, Lic. Silvia Concordano Burgi, Dra. María B. Sosa. Hospital Colonia Santa María de Punilla, Prov. de Córdoba.

Resumen: No presentó.

AREA SALUD Y TRABAJO

COORDINA: Lic. Pablo Garaño y Lic. Laura Capacete.

37) LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.

Mónica Ferro, Pablo Guañabens, Silvia López, Oscar Stork, Jorge Scarlatta. Dra Eliza Roitberg. Hospitales Subzonal de Puerto Madryn, Zonal de Trelew, provincia de Chubut.

Resumen

A los trabajadores de la salud se los considera habitualmente suministradores más que trabajadores, por lo que las leyes laborales en general no se aplican y los empleadores no suelen tener en cuenta las consecuencias psicofísicas del trabajo en las instituciones hospitalarias.

Objetivo general: Acercarse al conocimiento en materia de condiciones laborales de los trabajadores de la salud de los hospitales de Trelew y Puerto Madryn.

Metodología: El instrumento utilizado fue una encuesta con cinco ítems que incluyen preguntas cerradas y un ítem de preguntas abiertas. La encuesta apunta a describir aspectos de la vida cotidiana del trabajador de la salud desde la percepción que ellos tienen de las condiciones en que se desenvuelve su tarea.

Conclusiones más importantes: La salud de los trabajadores de la salud se encuentra en un estado de profundo deterioro, evidenciado por: la falta de estímulo, la falta de objetivos institucionales claros; falta de claridad de objetivos personales; desacuerdo con las políticas de salud; falta de objetivos en la conducción; falta de reconocimiento por la tarea desempeñada; escasas posibilidades de progreso y capacitación; remuneración no acorde; disminución de la capacidad de concentración y creatividad. Preocupación, frustración, angustia y trastornos psicósomáticos. El trabajo incluye propuestas y recomendaciones.

38) EL PROCESO DE TRABAJO DE LAS OPERADORAS TELEFONICAS.

Conjunto de operadoras telefónicas. Empresa privada de telefonía, Rosario, provincia de Santa Fe. Lic. Di Pato, Susana.

Resumen: No presentó.

AREA EDUCACION

COORDINA: Lic. María Sirvent.

39) DEMANDA EDUCATIVA Y CONTEXTOS SOCIALES VERSUS DESERCIÓN ESCOLAR.

Lic. Magdalena Noemí Martín, Lic. Inés Viviana Vega. Secretaría de Educación, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Resumen

Se trabajará sobre las severas contradicciones que existen entre las demandas de la escuela y las condiciones de vida de las poblaciones escolares en áreas de pobreza y marginalidad urbana.

Se intentará:

—Aportar al conocimiento de las condiciones de vida de los sectores de pobreza para adaptar la estrategia educativa a ella.

—Sugerir algunas líneas de acción desde el marco educativo e institucional.

Se realizaron encuestas y entrevistas a familias de villas de emergencia de la ciudad de Buenos Aires. Se concluye que existe:

—Desconocimiento por parte de la escuela de las características de la población que atiende.

—Necesidad de que la escuela logre una mayor apertura que le permita replantear su accionar y aprender de la praxis.

—Falta de experiencias piloto para orientar futuras políticas y/o acciones.

40) COMUNIDAD, SALUD Y COMUNICACION.

Lic. Olga Beatriz de Noriega, Lic. María Mercedes de Villafañe, Prof. Alfredo Paiva, Dra. Teresa Ragno. DGAMP, CINCOs, CISP (Programa de Salud Pública en la Ciudad de Córdoba), provincia de Córdoba.

Resumen

Problema: falta de capacitación y de herramientas en acciones de APS a nivel institucional, que respondan a las necesidades de la práctica cotidiana.

Objetivo: contribuir a la capacitación de los operadores de salud comprometidos en la atención de los centros de salud periféricos de la Municipalidad.

Aportar para que los operadores acrecienten sus destrezas en el manejo de técnicas comunicacionales que les facilite operar con medios livianos y producir mensajes.

Metodología: seminario-taller interdisciplinario que se concibe como ámbito de reflexión-acción, del que se habrá eliminado la tradicional separación entre teoría y práctica, conocimiento y trabajo. Aplicación de dinámicas activas para lograr la participación de los participantes y utilización de material de apoyo y básicos para la producción.

Conclusiones: incorporación progresiva de estas herramientas en el trabajo cotidiano de los operadores.

Producción de medios y mensajes con la comunidad.

41) DESDE EDUCACION DE ADULTOS.

Carlos Liendro. Equipo de Distrito en Educación de Adultos, Psicología y Asistencia Social Escolar de la Dirección General de Escuelas, provincia de Buenos Aires.

Resumen

En educación de adultos la mayoría de los alumnos son adolescentes. La escuela de adultos surge como paliativo del fracaso de la escuela primaria, deserción escolar y marginalidad.

Reflexionar acerca de las condiciones de los centros educativos de adultos.

Método audiovisual: video (testimonios-actividades-propuestas). Talleres, debate.

El material visto es un elemento disparador para un debate que posibilite la reflexión crítica y la elaboración de estrategias preventivas.

AREA: MEDICAMENTOS

COORDINA: Dr. Cristóbal Carlos, AAMES.

42) LAS PLANTAS MEDICINALES EN LA APS.

Ingrid Kossmann, Carlos Vicente y otros, CETAAR.

Resumen

Las plantas medicinales (PM) son amplia y popularmente utilizadas pero los sistemas de salud las rechazan o desconocen. Por otro lado, son un valiosísimo recurso, de bajo costo y reconocida eficacia.

En nuestro trabajo nos propusimos rescatar el conocimiento de nuestro pueblo para revalidarlo y utilizarlo en la APS.

Trabajamos con la metodología de la investigación participativa en distintas comunidades del Gran Buenos Aires y noreste de nuestro país.

De esta forma muchos trabajadores de la salud (agentes de salud, médicos, etc.) han incorporado este recurso y ahora se hace necesario iniciar un trabajo interdisciplinario de sistematización.

43) EVALUACION DE LA INFORMACION SOBRE MEDICAMENTOS SUMINISTRADA POR LA FARMACIA HOSPITALARIA AL EQUIPO DE SALUD.

V. Bologna, M. B. Cardoso.

Resumen

Servicio de Farmacia, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", Buenos Aires.

La farmacia de los hospitales ha sido desde siempre un ámbito de información sobre medicamentos; puede decirse que donde haya un farmacéutico, habrá

un canal de información de medicamentos tanto dirigido al paciente ambulatorio como a los integrantes del equipo de salud.

En el presente trabajo analizamos la labor que realiza la farmacia del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" en este tema. Desde julio a septiembre de 1990 se registraron las consultas telefónicas recibidas durante las 24 horas en una planilla, los siete días de la semana.

Los datos obtenidos fueron: del total de consultas (344) correspondieron el 54% a médicos y 46% a enfermería. De las consultas técnicas (144), el 32% de médicos y 68% de enfermería fueron: el 35% sobre dosificación, 29% sobre principios activos, 7% vía de administración, 5% propiedades farmacológicas, 2% efectos adversos, 10% solubilidad y conservación, 12% sustitución. Requirió búsqueda bibliográfica el 27% de los casos.

Conclusiones: La demanda de información sobre medicamentos al Servicio de Farmacia es fluida y variada, y la requiere tanto el médico como la enfermería en igual grado, siendo fundamentalmente las consultas técnicas de dosis y principios activos en ambos casos. Se destaca que enfermería solicita mayor información sobre solubilidad y conservación de medicamentos, mientras que el médico orienta su pregunta a sugerencias de cambio de medicamento.

En base a nuestra experiencia, jerarquizamos a la información sobre como un nexo esencial para la interrelación en el equipo de salud, promoviendo así el uso racional del medicamento e implicando esto una disminución en el gasto hospitalario y una mejor atención al paciente.

44) ANTE CUALQUIER DUDA CONSULTE A SU MÉDICO. UN ACERCAMIENTO AL PROCESO DE AUTOMEDICACION: CONFLUENCIA DE PRACTICAS Y SABERES EN TORNO A DIARREAS INFANTILES. María Alicia Brandt, María del Rosario Ortíz Ferreira. Seminario de Antropología Médica (Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires). Hospital Interzonal "Presidente Perón", provincia de Buenos Aires.

Resumen

Objetivos: describir y analizar prácticas y saberes populares sobre diarreas infantiles; apropiación lega de fármacos; empleo de terapias alternativas; definición de la importancia de la enfermedad a nivel comunal y del sistema médico.

Metodología: relevamiento de datos secundarios, trabajo de campo con familias, organizaciones comunitarias y equipo médico local. *Técnicas:* cualitativas y participativas. Se propendrá al autodiagnóstico en salud, elaborado conjuntamente con los actores del asentamiento elegido.

AREA: ECOLOGIA

COORDINA: Dr. Mario Epelman. Greenpeace, Argentina.

45) CONTAMINACION DEL AIRE. LEGISLACION A NIVEL REGIONAL (PROVINCIA DE SANTA FE) Y A NIVEL LOCAL (ROSARIO) SOBRE CONTAMINACION DEL AIRE.

Arq. Mirtha Fuentes Huisman, Prof. Adriana De Biasi de Ribone, provincia de Santa Fe.

Resumen

Como autoridades de una ONG "Equística" hemos desarrollado una acción para obtener un marco jurídico adecuado a nivel local (ciudad de Rosario) y a nivel regional (provincia de Santa Fe) para controlar la contaminación atmosférica. Se elaboraron una Ley Marco del Medio Ambiente y la Ordenanza 4546 de "negro de humo".

Metodología: técnicamente se trata de investigación aplicada. En el caso Rosario se usaron técnicas de ciencias duras con pruebas empíricas y muestreos *ad hoc*. En la ley Marco se usaron técnicas de ciencias sociales (derecho ambiental).

Conclusiones: se destaca la necesidad de un marco jurídico (leyes, ordenanzas) para controlar causas y efectos de la contaminación atmosférica en centros urbanos (caso piloto: Rosario) y en áreas regionales (provincia de Santa Fe). Se destaca la acción de las ONG en este sentido y la necesidad de apoyo técnico.

46) PLAGUICIDAS Y SALUD DE LOS TRABAJADORES AGRICOLAS DE DIVERSAS ESTRATEGIAS PRODUCTIVAS DEL ECUADOR.

Raúl Harari, Jorge Kohen, Edmundo Mejía, José Carrera, José Chávez, Ismael Morales, Rosa Calle, Guillermo Touma, Cristóbal Roman, Víctor Hugo Sevilla, César Aldaz, Doris Herrera, Giadira Miranda y Ernesto Freire M., Rosario, provincia de Santa Fe.

Resumen: No presentó.

AREA: EDUCACION PARA LA SALUD

COORDINA: Lic. L. Suarez de Vignau.

Residencia de Educación para la Salud, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

47) PARTICIPACION POPULAR AUTOSOSTENIDA EN EDUCACION PARA LA SALUD.

S. Fernandez, L. Soria, R. Hernández, E. Jofré, V. Puértolas, P. Samparizi. Cooperativa "Evita", Merlo, provincia de Buenos Aires.

Resumen

Descripción del problema: hay una permanente desvalorización de toda la comunidad (médicos, servidores públicos, maestros, vecinos, etc.) hacia la prevención y promoción de la salud, sumándose a esto el NO saber escuchar las necesidades de cada barrio y la tendencia vertical en la transmisión de conocimientos.

Objetivos: 1º Fomentar la organización comunitaria. 2º Generar multiplicadores sociales, entendiendo como tales a aquellos referentes que se capacitan de acuerdo a sus necesidades y las del barrio. 3º Generar acciones destinadas a mejorar la calidad de vida.

Metodología: 1º Discutir con la gente qué quieren y pueden hacer. 2º Cursos de capacitación elegidos por la comunidad. 3º Replicación de los mismos a cargo de los participantes.

Conclusiones: Ya que la salud está relacionada con la capacidad de acción que tiene la comunidad para modificar y transformar aquello que debe ser cambiado, sólo la comunidad organizada buscando alternativas válidas para realizar la difícil y lenta transición desde el asistencialismo hacia la actividad comunitaria autosostenida puede lograrlo.

Se demostró que también desde la educación para la salud, entendiéndose a ésta como la socialización del conocimiento, se logra generar un sistema organizativo barrial que, venciendo el miedo al cambio, mejora la calidad de vida.

48) CAPACITACION A DISTANCIA EN EDUCACION PARA LA SALUD.

I. Ortega, A. Rodríguez, G. Dichiará, personal técnico Areas de Salud Pública y Educación (Río Negro). Consejo Provincial de Educación y Consejo Provincial de Salud Pública, provincia de Río Negro.

Resumen:

Descripción del problema: socialización del conocimiento relacionado con el autocuidado de la salud y promoción comunitaria, a través de las instituciones escolares.

Objetivos: ofrecer a los docentes la oportunidad de adquirir los conocimientos básicos relativos a esta temática y desarrollar nuevas técnicas didácticas pedagógicas para conducir el proceso de aprendizaje.

Metodología: a distancia (módulos de auto-aprendizaje). Reuniones presenciales (metodología participativa).

Conclusiones: necesidad de extenderlo a todos los niveles y modalidades de enseñanza, dado el óptimo resultado alcanzado en cuanto a las transferencias logradas en las distintas sedes.

AREA PARTICIPACION POPULAR EN SALUD

COORDINA: Lic. Laura Asta, Socióloga.

49) DESCENTRALIZACION Y PARTICIPACION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

Lic. Claudia Spione de González, departamento provincial de Servicio Social, Ministerio de Bienestar Social, provincia de Jujuy.

Resumen

A través de la supervisión del P.O.S.O.CO. se constata un retroceso en el proceso de descentralización de los servicios de salud del primer nivel de atención.

De allí surge el interés por analizar los factores intervinientes en este fenómeno y de acuerdo a ello proponer líneas alternativas de acción y/o discusión.

La secuencia metodológica en este trabajo ha sido: contacto con la realidad, análisis de la misma desde un marco conceptual específico, propuestas alternativas e interrogantes.

Algunas conclusiones: revalorización del primer nivel, conquista de espacios de poder, contacto crítico grupal con la realidad.

50) PROTAGONISMO COMUNITARIO EN SALUD.

Dra. María Frías Céspedes. Centro de Salud Municipal "Salita Feliz", Villa del Rosario y Dirección General de Medicina Sanitaria, provincia de Córdoba.

Resumen

Una acción intersectorial en el barrio Martín Fierro de Villa del Rosario, Córdoba, permite que la comunidad exprese como necesidad prioritaria contar con un centro de salud.

La comunidad se organiza tras ese objetivo y lo concreta tras una sucesión de acciones precedidas de decisiones estratégicas de atención primaria de la salud, lo que da el perfil de "práctica social".

Se adopta la metodología de sistematización ya que la misma ofrece la posibilidad de generar conocimientos a partir de experiencias concretas.

Entre otras conclusiones se destaca que la epidemiología puede ser utilizada por la propia gente como instrumento idóneo para el diagnóstico de salud comunitaria y para la toma de decisiones, y que la atención primaria que tiene como eje integrador a la participación tiene la potencialidad de generar cambios desde la comunidad local para desarrollar las condiciones de salud y vida.

51) PROYECTO DE SALUD CON PARTICIPACION DE LA LOCALIDAD DE DARWIN, RIO NEGRO.

Mirta Coronel, Mirta Diamante, Ana María Gallesi, Felisa Jara, Mabel Juárez, Olga Molina, Rosa Pignon.

Resumen

Descripción del problema: re-organización y planificación de la utilización de los recursos de Salud Pública, para el mejoramiento del nivel y la calidad de vida de la comunidad de Darwin.

Objetivos (específicos): elaborar y llevar a cabo un sub-programa Salud-Educación en la Escuela Nº 34. Detección y denuncia de contaminantes del medio ambiente como: afluentes industriales, agua no potable, basuras y residuos sin tratamiento sanitario. Integrar la problemática de Salud Mental al nivel II de Asistencia. Cuidar, diagnosticar y recuperar a niños y embarazadas desnutridos. "Grupos de reflexión y apoyo". Participar localmente de las Campañas nacionales y provinciales de Salud Pública: cólera, Chagas, etc.

Metodología: acción-investigación-acción.

Conclusiones: se realizará una evaluación parcial de las actividades desarrolladas en julio de 1991 y una anual en diciembre del mismo año.

52) PARTICIPACION POPULAR EN TIEMPOS DE CRISIS... EL ARTE DE LO POSIBLE. UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO.

Adriana Clemente, Sonia Ferreyra, María Teresa Fontana, María Inés García, María F. Staffieri. Equipo social Proyecto "Tierras y Vivienda-Barrio San Jorge", Centro de Salud, Dirección Tierras y Vivienda, Municipalidad de San Fernando, provincia de Buenos Aires.

Resumen

Entendiendo la atención primaria de la salud como una estrategia que contempla necesariamente las condiciones de vida de la población en forma integral, presentamos la siguiente experiencia, donde se aborda la problemática habitacional como eje principal de trabajo.

Dicha experiencia se está desarrollando en el barrio San Jorge, partido de San Fernando. Se trata de un asentamiento donde aproximadamente 450 familias habitan terrenos aislados geográficamente, anegados y en condiciones de precariedad habitacional extrema e inexistencia de infraestructura de servicios.

Las condiciones precedentes arrojan indicadores de riesgo críticos, no modificables desde las propuestas programáticas de asistencia y prevención desde la institución de salud.

En 1990, a partir de la confluencia de voluntades políticas se firma un convenio que prevé la urbanización integral del área, tomando como objetivo la regularización dominial de las tierras y la consecuente mejora de la infraestructura habitacional. En el programa participan la provincia de Buenos Aires, la Muni-

palidad de San Fernando y el I.I.E.D.-A.L. (organismo no gubernamental).

En este marco programático el área social del proyecto se aboca al diseño de una metodología ideológicamente orientada y estratégicamente implementada, que posibilite articular la voluntad política con la necesaria apropiación del proyecto por parte de sus beneficiarios; instancia particularmente compleja teniendo en cuenta la falta de experiencia organizativa, el extremo grado de marginación y el elevado número de pobladores que habitan el asentamiento.

La inminente transferencia de la tierra fiscal a los pobladores y el nivel de organización barrial logrado motivan después de un año de trabajo, el interés de transmitir los aspectos conceptualizables de esta experiencia.

53) PROGRAMACION LOCAL PARTICIPATIVA. INTEGRACION DE PROGRAMAS REGULARES.

Ministerio de Asuntos Sociales, Consejo Provincial de Salud Pública, Dirección General Técnica, provincia de Río Negro.

Resumen: No presentó.

AREA: MEDICINA SOCIAL

COORDINA: Dra. Catalina Eibenschutz, México y
Dr. Giglio Prado, AAMES.

54) CUERPO Y SOCIEDAD.

Mirta Fleitas. Docente de la Facultad de Medicina, Cátedra de Medicina y Sociedad, Universidad Nacional de Rosario, provincia de Santa Fe.

Resumen

En el trabajo se pretende analizar las concepciones acerca del cuerpo y de las prácticas afines a ellas como producciones histórico-sociales. El objetivo es realizar un aporte a una teoría sociológica del cuerpo a través de un proceso de acción recíproca entre historia y teoría.

A la vez que se ha producido el declive del hombre público durante este siglo, el capitalismo ha configurado un tipo de personalidad que lleva a considerar al mundo en términos de control sobre su propio cuerpo antes que experiencia con los demás; recae sobre él las demandas y expectativas del sujeto. Esta forma de narcisismo se afirma a la vez que desfallecen la visión de clase y sus organizaciones, y se prioriza la comunidad, se reubica la sexualidad y se replantea la significación del cuerpo de la mujer. Es la tiranía de la intimidad acorde a las nuevas reglas de juego económicas y políticas.

55) DE LA REALIDAD A LA TEORIA: LOS DISCURSOS DE LA SALUD-ENFERMEDAD.

Abramor, Díaz, Enria, Fleitas, Habibi, Silva, Soñez, Staffolani. Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, Cátedra de Medicina y Sociedad, provincia de Santa Fe.

Resumen

Los objetivos planteados fueron analizar la construcción que los integrantes del equipo de salud tienen y hacen de la población referencial del centro de salud.

Metodología: entrevistas y análisis del discurso.

Conclusiones: la producción de sentido y el reconocimiento se entienden a partir de la procedencia de clase y la formación que sustenta ideológicamente los discursos. Atravesados por las instituciones se convierten en obstáculos para materializar los postulados de la Atención Primaria pensada como estrategia.

56) POLITICAS PUBLICAS/SOCIEDAD.

Mónica Tejero, Martha Mancebo, Amalia Palma. Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, CONICET, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Resumen

Descripción del problema: la relación Estado/Sociedad se expresa a través de políticas públicas. Ahora bien, puestos en esta relación y teniendo en cuenta que ésta se halla mediatizada por sucesivas políticas de ajuste que involucran a la sociedad toda, pero que tienen mayor incidencia en los sectores más carenciados, es que intentamos poner en discusión la posibilidad de construir una nueva alternativa que se sustente desde la práctica de salud en esta realidad.

Objetivos: posibilitar a través del debate, la construcción de una alternativa que haga posible el accionar en situación de crisis, partiendo desde la práctica en salud y teniendo en cuenta los cambios objetivos encarados desde el poder.

Metodología: 1) Observación participativa laboral. 2) Análisis de los discursos: a) Desde las contradicciones con los supuestos que contienen los programas de salud y b) desde las contradicciones derivadas de la confrontación entre las propuestas y la realidad.

Conclusiones: las que se elaboren a partir de la discusión.

AREA: EL AJUSTE Y SU IMPACTO EN LA SALUD

COORDINA: Dr. Mario Testa, AAMES.

57) CHICOS DE LA CALLE Y LAS POLITICAS DE AJUSTE.

Marcela Augusto, Silvana Colombo, Alicia Zelicman, Daniel Ojeda. Instituto

Gutiérrez, FLACSO, Buenos Aires.

Resumen

Jóvenes en conflicto con la ley que por una demanda social de rehabilitación son internados en una institución estatal "macro", con el objetivo subyacente de control social.

Objetivos: desde la interdisciplina, encontrar un vínculo nuevo que permita despertar del letargo del destino institucional el proyecto particular de cada joven.

Metodología: actividades de juego y seguimiento legal.

Conclusiones: el objetivo subyacente de este instituto es el control social a partir de mecanismos de exclusión y reclusión cuyo blanco principal lo constituyen los grupos sociales marginados.

58) IMPACTO DEL AJUSTE SOBRE LAS ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA ALIMENTARIA EN LA POBREZA EXTREMA.

P. Aguirre, R. Lesser. FUCADE (Fundación para el Cambio en Democracia)

Resumen

Trata los efectos de las políticas públicas (precios, salarios, empleo y asistencia social) sobre las estrategias alimentarias de pobres extremos. Es una investigación longitudinal (1988/91) que sigue una muestra de treinta familias en situación de extrema pobreza (pobres estructurales con niños desnutridos) del Gran Buenos Aires. Durante la hiperinflación, las estrategias clásicas (modificación de la composición familiar, organización social extradoméstica, autoexplotación, diversificación de las fuentes de ingresos) no consiguieron mantener el nivel de ingesta, que acusó un déficit del 59% diario. Durante la estabilización posterior, el deterioro se cronificó en una magnitud del orden del 30% diario. No hay indicios que permitan inferir una reversión de la tendencia a la cronificación del deterioro.

59) TRANSPORTE PUBLICO, SALUD Y TRABAJO. ACERCA DEL DERECHO A TRASLADARSE EN EL CONURBANO BONAERENSE.

Lic. Susana Kralich. CONICET, Instituto de Geografía, Universidad de Buenos Aires.

Resumen

La región metropolitana de Buenos Aires, compuesta por la Capital Federal y una treintena de partidos aglomerados, nos preocupa como muestrario de males que, lamentablemente, no se circunscriben a los límites metropolitanos, ni tan siquiera a los nacionales.

La inquietud por la crisis manifiesta no sólo en las variables económicas, sino particularmente en las sociales, es acicate de nuestra investigación.

El transporte necesario para ir a trabajar, a comprar, a estudiar, a recrearse, y

también para llegarse hasta un hospital, se convierte en una carga difícil y aun imposible de afrontar para muchos: los costos del transporte en relación a los salarios en el marco del duro ajuste impuesto ahondan progresivamente la marginación y la extienden a franjas cada vez más numerosas. Sobre datos de una encuesta domiciliaria realizada en el partido de La Matanza y entrevistas a residentes en otros partidos del conurbano, esta comunicación presenta algunas conclusiones sobre la situación alarmante que afecta a millones de personas, señalando las asimetrías existentes entre oferta y demanda de transporte en relación a los niveles socioeconómicos prevalentes, así como de los costos requeridos para, por ejemplo, ir a trabajar.

ACTO DE CLAUSURA

Dr. Hugo Spinelli: Después de mucho trabajo, hemos llegado al final de otro encuentro, queremos agradecer la presencia de tantos compañeros provenientes del interior, del extranjero, algunos que nos están acompañando. Quiero destacar la presencia de la presidenta de las Abuelas de Plaza de Mayo, Estela Carlotto, que quiso acompañarnos en el cierre (*aplausos*). Algunas delegaciones me dejaron el saludo. Yo quiero decirles, que quizás soy la cara más visible de las Jornadas, pero de Silvia para allá todos son responsables de esto que construimos todos los años. Creo que no es momento para hacer discursos, bueno a Silvia yo no la he presentado, pues yo creo que todos la conocen, Silvia Bermann está en nombre de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social acompañándonos. Yo no sé si alguno de los compañeros quiere decir algo, sino invitaría a alguien del público que quiera hacer alguna evaluación. Es imposible hacer devoluciones de las conclusiones hoy. Por más eficiente que seamos creo que tardaríamos por lo menos un mes y la pila de conclusiones que tenemos es impresionante. Así que nuestro compromiso es, y está demostrado, que todo se publica. En función de eso yo no sé si algún compañero quiere decir algo, sino invitaría al público que tuvo que ver y es parte y actor de esto.

Carmen Ferrer: Bueno yo quiero pedirle a la gente del interior sobre todo, que para que las próximas Jornadas sean posibles, tratemos de organizarnos un poco más cercanamente. Porque cada año, el grupo que estamos acá tratando de construir este espacio, sentimos que es un poco una responsabilidad nuestra el mantenerlo, se hace cada vez más difícil y realmente les pido toda la ayuda que se pueda acercar para no perder este espacio que ya es de todos.

Público: Yo creo que las Jornadas ustedes deben hacerlas en el interior.

Dr. Alejandro Wilner: Por ahí has visto algunas sonrisas. No es una cuestión que nosotros creamos que no deba ser así, por ahí tiene que ser así. Lo que pasa

es que por ahí se escuchan esas cosas cuando no se conoce muy bien como es el grupo organizador de las Jornadas. Todos nosotros nos dedicamos a otra cosa y nos matamos desde más o menos octubre hasta ahora para organizar las Jornadas. En general, como ves, fuimos rotando desde el Hospital de Niños a la Facultad de Medicina y ahora estamos acá nuevamente en Odontología y realmente el esfuerzo que ponemos nos da para hacer esto. Hacer algo en el interior, aunque nosotros pudiéramos poner algo desde acá, no parece posible ya que la organización fuerte debe estar en el lugar donde se hagan. Para nosotros es imposible armarla fuera de acá.

Dra Bermann: Yo sí soy del interior y aunque viví muchos años en Buenos Aires, he retomado el espíritu levantizco y también soy partidaria de que un poco se controle el tradicional predominio porteño en nuestro país. En lo que yo no estaría totalmente de acuerdo, es en lo que se refiere a estas Jornadas, porque pienso que ya se han transformado en un acontecimiento científico, social y político de enorme significado y que es importante además hacerlas en Buenos Aires. Realmente este equipo, que está hoy con nosotros, es un grupo admirable de trabajadores dedicados justamente a establecer una alternativa a los problemas de salud en nuestro país. Lo hace con una calidad, una seriedad y una humildad al mismo tiempo admirables, que nada tiene que ver con las características tradicionales de los porteños. Por otra parte, realmente me parece que es ya como una necesidad el que estemos en julio en Buenos Aires y que tenga el significado que tiene, de concitar a todas las experiencias importantes a nivel de la salud en nuestro país. Fuera de eso, quiero decirles que estábamos con algunos compañeros haciendo una especie de calendario, es decir que transcurra un año entre una reunión y otra dadas las urgentes necesidades, además, nos parece demasiado tiempo. Pero ya tenemos una especie de ritmo. Por ejemplo, abril en Neuquén, julio en Buenos Aires y octubre en Córdoba, que abren la posibilidad de un mayor contacto y un mayor intercambio, que un poco superaría el problema que usted plantea. Repito, este grupo nos ha enseñado a respetarlo y a quererlo y se me ocurre que no tendría ningún sentido reemplazarlo, sino que tenemos que hacer más frecuentes las reuniones. Fuera de eso, yo quería saludarlos y agradecer especialmente en nombre de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Social, que es un movimiento democratizador y por el derecho a la salud, que ya tiene varios años de funcionamiento y varios congresos latinoamericanos. Está integrado por representantes, a pesar de su nombre, de las más diversas profesiones vinculadas a la salud. En su reciente congreso en Caracas, hubo diecisiete disciplinas, la mayor parte no exclusivamente médicas, que participaron del mismo y que reconoce en este grupo y en la recientemente constituida Asociación Argentina de Medicina Social, un bastión muy importante en la lucha por la salud de nuestro pue-

blo. La medicina social en América Latina, como ya se dijo hoy acá, en la importante mesa que nos antecedió, tiene un nivel de seriedad, de trabajo teórico y de lucha por democratizar y mejorar las condiciones de salud en América Latina de un enorme valor. Y nosotros, los argentinos que un poco llegamos tarde a la organización de este grupo, por las razones que todos ustedes ya conocen de la época del proceso militar a raíz del exilio interno y externo que nos tocó vivir, pensamos que es un grupo muy importante que nos representa a todos de manera muy significativa en lo que se refiere a nuestro país. Pienso que debemos seguir trabajando todos juntos. nada más (*aplausos*).

Dr. Hugo Spinelli: Se incorporó también dentro del espectro convocado, Juan Cymes, que es representante del Movimiento de Villas y Barrios Carenciados de la Capital Federal, quien nos va a traer una declaración. Le vamos a dar dentro de un ratito la palabra. Ahora vamos a escuchar a Escudero que ya me había pedido la palabra.

Dr. José Escudero: Tomo la cita de Gramsci que mencionó Testa en estas Jornadas "Pesimismo de la inteligencia y optimismo de la voluntad", esta frase creo que es perfecta para este magnifico grupo para el cual pido un fuerte aplauso. (*Aplausos*).

Dra. Catalina Eibenschitz: Yo quería felicitarlos, porque me he sentido muy bien, he presenciado un hermoso festival de tangos la otra noche en este lugar organizado por la Comisión de Villas y he conocido gente muy valiosa. Quisiera decirles que cuiden este lugar porque no creo que en ningún lugar de América Latina se puedan hacer estas reuniones que ustedes vienen haciendo desde hace ya cinco años. En México seguro que no.

Graciela Mines: Soy agente sanitario de Río Grande, Tierra del Fuego. Para nosotros fue algo magnifico poder reunirnos, desde una punta a la otra. Entre toda la gente que estuvimos llegamos a la conclusión de que algo representativo para nosotros, que expresaba todo lo que nosotros estábamos pensando, son las conclusiones del taller 16, donde fueron los agentes sanitarios y es a lo que nos vamos a referir. Después ellos o Benjamín van a hacer alusión a algo más, pero en sí nosotros creemos que de esto lo más importante a resaltar es lo de las conclusiones del taller 16.

Me llamo Elio y soy agente sanitario de Esquel, Chubut.

Elio: Nosotros estuvimos integrando el taller 16, sobre el trabajo del agente sani-

tario que coordinaba justamente Benjamín con el Dr. Basiliades. Y surgieron cosas que nos parecieron importante decirles, por eso pedimos a los organizadores que nos dieran oportunidad de decirlo. Incluso que ya para las próximas Jornadas pudiéramos de entrada juntarnos los agentes sanitarios en algún día determinado. Este taller se realizó en dos Jornadas, pero después le sumamos el encuentro que tuvimos todos los agentes sanitarios. Intercambiamos experiencias, como para saber cómo estábamos trabajando en cada lugar de trabajo y surgió una diversidad de cosas que a veces se da en la práctica por el lugar en donde estamos realizando las acciones o por el momento político que vive cada lugar. Surgieron cosas, como por ejemplo, la identidad del agente sanitario. A nosotros nos costó mucho definirla. En un momento el Dr. Basiliades nos preguntó ¿qué es un agente sanitario?. No sabíamos qué decir. Decíamos, es alguien que trabaja en la comunidad, es alguien que tiene que abrir la puerta del hospital hacia la comunidad, pero esto sin saber, sin tener muy bien definido nosotros mismos qué somos. Yo creo que esto estaba muy relacionado con lo que es el rol del agente sanitario, por lo que definíamos la identidad del agente sanitario, porque se ponía como ejemplo que la comunidad sabe que es lo que hace el médico, qué es lo que hace la enfermera, pero no sabe qué hace el agente sanitario. Entonces hacíamos la autocrítica de que la primera que debía saber la función del agente sanitario debía ser justamente la comunidad. Y para eso era fundamental nuestro trabajo. Porque muchas veces nos íbamos a los extremos de cómo nos categorizaban, porque decíamos algunas veces y, sobretodo, en la práctica del discurso de aquellos que hacen plataformas electorales y demás, nos hacen grandes monumentos. Dicen que el agente sanitario es el pilar fundamental de la atención primaria, o sea nos ponen muy arriba y por otro lado, eso en la práctica no se ve, y nosotros nos vamos también por esos mismos extremos. Muchas veces nos creemos realmente ese monumento y creemos que nos hace mal, y a veces nos degradamos nosotros mismos porque vemos que en la práctica no se cumple y nos empezamos a tirar la culpa a nosotros mismos. Por eso decimos que la identidad tiene que estar basada en que nosotros tenemos que ser un agente de cambio. Esto pasa por la revalorización del trabajo y que tengamos que ser un agente de cambio nosotros mismos, es decir, empezando por nosotros mismos a creer que somos útiles y que servimos y de ahí en más la identificación va a salir más clara, tanto para nosotros como para el equipo de salud y lógicamente la comunidad. Otra de las cosas que habían salido, relacionada a los roles, es que donde se estaba trabajando más o menos bien no había una buena organización a veces para poder lograr mayor espacio de poder. Nosotros pensábamos que en nuestro trabajo vamos acumulando poder y que, a veces, nosotros no entendemos ese poder y a veces es mal usado o sucedía en lugares que en la época que estamos viviendo ahora, de campañas electorales, era muy bien visto el agente sanitario por

tal o cual partido político, cosa que después no se veía. Entonces decíamos que debíamos saber aprovechar los espacios de poder y si, algunos datos estadísticos y demás que podemos tener y que ojalá puedan ser útiles para la comunidad y nos son pedidos creemos que son válidos y que si se organizan plataformas electorales en base a datos que son reales, creemos que aquel que las haga se va a equivocar menos que aquel que las hace desde un escritorio o sin tener conocimiento de las necesidades reales.

Me llamo **Benjamín** soy de la ciudad del Dorado, Misiones, agente sanitario.

Benjamín: El compañero fue un poquito amplio en la explicación de todo este desarrollo que se vino realizando durante esta Jornada. Yo por mi parte, tengo que decir que nosotros nos sentimos realmente orgullosos de venir a participar, para más de uno fue la primera vez que está en este encuentro. Así que como estamos acostumbrados a desenvolvemos, como quien dice allá abajo, venir a esta cúpula muy alta que casi muchos no conocen o muchos la tienen casi como intocable, para nosotros es de mucho valor. Si bien es cierto que la experiencia del intercambio de cada uno de nosotros de las distintas provincias que participaron aquí son muy ricas, pero también queremos decirles que nosotros, ese pequeño granito de arena que trajimos desde nuestro lugar de origen, por supuesto que les va a servir también a cada uno de ellos. Así que de mi parte desde la ciudad del Dorado, provincia de Misiones, en nombre de casi todo el grupo que estuvo participando en estas Jornadas, simplemente me resta decirles a todos que no sólo a los organizadores, sino también a los participantes, a los que han hecho posible que nosotros estuviéramos aquí y adquirir tan ricas experiencias que luego, cuando volvamos al lugar de donde es cada uno de nosotros, podamos multiplicar esto que aprendimos aquí. Seguro que sí. Decía uno de los compañeros que nosotros íbamos a ganar un espacio hasta a nivel nacional, pero lo que le decía es que comencemos desde allí, desde nuestra localidad, del lugar más chiquito que nos conozcan, que sepan quién es realmente el agente sanitario. Para no confundirnos tenemos que concientizar a nivel regional, local, provincial y, por qué no llegar a nivel nacional. Por eso entonces para terminar quiero darles el agradecimiento infinitamente. Me voy con una riqueza impresionante. Eso seguramente lo voy a multiplicar a cada una de las familias más alejadas donde no les llega esas informaciones. Nosotros vamos a ser verdaderos multiplicadores de estas Jornadas, entonces me resta decirles a los organizadores y a los presentes muchísimas gracias y hasta un próximo encuentro. *(Aplausos)*.

Cymes Juan: Yo me llamo Juan y no soy agente sanitario, ya lo saben, y tampoco soy agente de ninguna naturaleza así que *(Risas)*. Yo vivo en la manzana nue-

ve, casa dieciséis de una villa que en ciertos tiempos fue muy vilipendiada, como todas las villas hermanas. Pero tal vez la nuestra un poquito más porque la dictadura, revolviendo el cuchillo en la panza, acostumbraba a llamarnos Ciudad Oculta. Tal vez nuestro barrio se conoce más por ese nombre que por el hermoso barrio al que pertenece, que es el barrio donde yo nací, que es el barrio de Matederos y que lleva el número de villa número 15, de acuerdo a la nomenclatura que la comisión municipal de vivienda nos ha ido numerando como a los chicos que van a la escuela. Para irnos identificando en supuestos planes que al final terminaron, en la época de la dictadura, echándonos a doscientos mil hermanos al demonio. Como ustedes saben, el famoso plan de erradicación del brigadier Caciattore y su edecán civil, el Dr. Guillermo Del Ciopo, ambos ex-integrantes de la dictadura militar. Nosotros tenemos la satisfacción que hace un par de años somos invitados, nos mandaron los papeles acá por los compañeros de las Jornadas. Es bueno además de los que ya lo saben por los talleres, que se sepa que nuestro contacto es un contacto sano, por la salud mental y especialmente moral y la salud político-social, puesto que nuestros compañeros del puesto de salud número cinco, que esta atrás de nuestra villa y del barrio transitorio, que somos una unidad de alrededor de diez mil almas. Son auténticos compañeros. Nos hemos probado recíprocamente en luchas muy duras, represiones, intentos de cierre de centros de salud, razzias policiales de envergadura y desde entonces ha nacido esta cofradía que nos ha llevado desde el 88 a ser copartícipe de estos importantes eventos. Se nos ha dado la responsabilidad, y no dejamos de reconocer modestamente que es un pequeño honor, de coordinar uno de los talleres, el taller número 2, donde se habla concretamente de formas y objetivos de las organizaciones barriales. Así que ustedes sabrán otorgarme y otorgarnos la licencia de que esto es un análisis de todo esto desde otro ángulo, que creo que todos sabemos ya más o menos de qué se trata. Queda claro que el taller ha considerado que no solamente teníamos que venir acá a realizar los importantes intercambios de experiencias entre compañeros de distintos lugares del país, desde su óptica y desde su práctica fundamentalmente, sino también a que apuntáramos, no meramente a un intercambio rico, que tal vez nos enriquezca intelectualmente, y especialmente el caso nuestro como somos fundamentalmente gente de acción, de acción social, de acción político-social, luchamos no meramente por las reivindicaciones por muy importantes que sean. En nuestro caso ustedes saben que la bandera de la propiedad de la tierra es la que aparece tal vez como la más importante. Pero ni siquiera ésa porque posiblemente la más importante de nuestras banderas sea la lucha contra la marginación social. Por supuesto no es privativa de los villeros ni de los barrios carenciados. Entonces nosotros hemos venido, y lo hemos dicho con toda claridad como lo hacemos siempre que vamos a toda tribuna o que vayamos adonde vayamos, con un propósito. O sea, nosotros he-

mos venido invitados a estas Jornadas, como a cualquier jornada o seminario, cualquier encuentro, como toda nuestra práctica en nuestra organización, porque quería completar, para los que no lo saben, yo de mi barrio villa 15 soy por voluntad de su vecindario y no por capricho de nadie, soy electo presidente del mismo hace veintidós meses exactamente. Mi barrio, su organización democrática pluralista, independiente, junto con las organizaciones vecinales de todas las villas y barrios carenciados de la Capital, desde hace aproximadamente cuatro años constituimos lo que todos conocen como el Movimiento de Villas y Barrios Carenciados de la Capital Federal. En ese carácter, nuestro movimiento analizó las propuestas de estas Jornadas, aceptamos gustosos coparticipar y hemos traído inquietudes e incluso propuestas que fueron volcadas en el taller número dos, que fue muy rico en participación, alrededor de cincuenta compañeros y que entre otras cosas trae a esta especie de asamblea una propuesta de declaración de las Jornadas.

Quisiéramos que estas Jornadas resuelvan declarar lo siguiente. Primero: "Adherir y respaldar todas las luchas que en diferentes rincones del país vienen realizando organizaciones de vecinos de asentamientos, villas, barrios carenciados, casas tomadas, etc. para enfrentar la marginación social y mejorar las condiciones de vida de sus pobladores, de sus poblaciones, en todos y en cada uno de sus aspectos. Especialmente en el que hace acceso a la propiedad de las tierras en que habitan". Segundo: "Saludar calurosamente la puesta en marcha del programa de erradicación y transformación de villas y de núcleos habitacionales transitorios de la Capital. Entendiendo que dicho programa es el resultado de la lucha consecuente que desde hace años viene librando el Movimiento de Villas y Barrios Carenciados. Respaldar su tarea por el cumplimiento integral de los decretos 1001 y 1737 del 90, firmado por el Poder Ejecutivo Nacional y en el Acta de Compromiso, firmada el 4 de Diciembre del 89 por la municipalidad conjuntamente con el Movimiento de Villas y Barrios Carenciados de la Capital." Tercero: "Quiero recomendar que los equipos de Atención Primaria de la Salud existentes en todo el país se comprometan en el trabajo de difusión y articulación de las luchas de las comunidades, asentamientos, villas y núcleos barriales carenciados de las distintas localidades y regiones de toda la Patria". Y el cuarto punto: "Recomendar, como sugerencia, de producir un avance organizativo constructivo, se vayan constituyendo en grupos núcleos, agrupaciones de apoyo a esas luchas, siempre que garanticen un marco pluralista e independiente tanto del poder oficial como de los partidos políticos. Esto queda a criterio de todos ustedes, no sé si necesitan algún tipo de especificación, de fundamentación, de complementación de por qué pedimos esto, quedamos a disposición. En todo caso, yo lo someto a consideración si quieren que esto lo aclaremos, lo discutamos o lo analicemos, quedamos a disposición de ustedes. (*Aplausos*).

Dr. Hugo Spinelli: ¿Debemos entender que los aplausos significan la aprobación? (*Aplausos*). Dado que hay compañeros que están llegando o que han llegado después, quiero comentarles que la modalidad que estamos trabajando es la de micrófono abierto.

Juan Cymes: Es interesante la forma en que nosotros hemos resuelto esto. Nosotros después de haber estado dos días trabajando vimos que no podíamos quedarnos con el mero intercambio, sino que debíamos aclarar algo más concreto. Entonces surgió una comisión de compañeros del taller, que se erigió en equipo de trabajo y que estuvo elaborando algunas de estas ideas que se volcaron en borrador así es que si yo he agregado alguna palabra más o menos en el texto que los compañeros del taller me lo digan con toda claridad. Porque hay algo que en mi vida nunca me ha gustado, y es no meter nunca el dedo a espaldas de nadie.

Por eso nos gusta hablar así, claro, de frente públicamente, porque así nos vamos a tener más confianza de la que nos tenemos. Y por otra parte me gustaría agregar que a nosotros, el Movimiento de Villas y Barrios Carenciados nos gustaría profundizar que todas estas luchas que venimos llevando se intercoordinen cada vez más profundamente. Porque sabemos que esto no lo podemos hacer solos y porque entendemos que en un marco como éste, tenemos que apelar a gente tan valiosa que está dispersa por todo el país y que ha expresado que tiene una necesidad igual que la nuestra, que de alguna manera marchemos por caminos sanos, con trabajo concreto, sin verso, al margen de las superestructuras estériles que no sirven para nada, para que desde abajo hacia arriba estructuramos, no sólo una coordinación de este tipo sino que avancemos mucho más para recomponer las fuerzas del campo popular, para poder presentar batallas mucho más exitosas frente el poder omnipotente que nos oprime, que nos explota y que quiere robarnos hasta las ilusiones. Esas son las verdaderas intenciones del movimiento de villas que nos gusta dejar claro. Dejamos aclarado esto como fundamentación, por si no se entendió, hacia donde queremos llegar.

Muy agradecido en nombre del Movimiento de Villas y por supuesto de los compañeros del taller porque el respaldo que tuvimos de ustedes en las Jornadas lo vamos difundir a los cuatro vientos y como acá se habla de un compromiso de todos de difundir estas ideas, nosotros anhelamos entonces, que en el encuentro del año próximo nos encontremos muchos compañeros con los resultados de toda esta gestión y trabajo y nos encontremos con muchas organizaciones de base que andan dispersas por todo el país, eso será una muestra de que hemos dado un paso adelante. Gracias. (*Aplausos*).

Presidenta de Abuelas de Plaza de Mayo: Bueno solamente unas poquitas palabras. Si bien no participé lamentablemente porque las Abuelas estamos en una

tarea tan específica y tan tremendamente pesada, pero hemos vivido junto con Hugo, Mario y Juan dentro de nuestra casa muchas alternativas de la preparación de este evento. Y nos consta el sacrificio, el empeño, la honestidad y las horas de sueño que han dejado estos muchachos para preparar este encuentro, que yo me he enterado por otros lados, del éxito, del prestigio que ha tenido esta reunión en cuanto a la calidad y a la presencia. En mi caso particular, como Abuela y donde ya la lucha nos encuentra doblando el codo me alienta mucho que en nuestro país se realicen encuentros como éste y otros en los que hemos participado. Es increíble el movimiento que hay por el cambio para bien. Esto significa que lo que se pretendió del poder y sobretodo de la dictadura, no consiguió su objetivo. Si bien muchos luchadores, treinta mil, no están acá, están otros, que no los reemplazan pero sí ocupan un lugar de lucha para el cambio en el país y en Latinoamérica.

A nosotros en particular el dolor que nos arrastra este trabajo nos ha permitido tener una experiencia enorme y un enriquecimiento cotidiano porque no solamente trabajamos por el objetivo primario que es el encuentro de nuestros nietos, por la verdad, por la justicia. Abrimos en nuestro trabajo en lo que podemos y como podemos a todos los ámbitos de lucha que se realizan en el país y en Latinoamérica. Escuchar acá a los compañeros del sur, del norte, me traen las palabras de otros compañeros de los mismos lugares que han venido a reuniones que estamos realizando por ejemplo por el Foro Quinientos, que es una recordación de otro tipo que se tiene que hacer de lo que fue 1492. Acá eso de la civilización occidental y cristiana, eso que se quiere hacer desde el aparato de poder debe ser contrarrestado por lo que el pueblo sufrió por los indígenas y por la cultura que nos quitaron. En eso estamos trabajando las Abuelas y lo que habla el compañero de las tierras lo hemos vivido con gente en el Paraguay, con gente de las iglesias que estamos trabajando en lo que hace a la problemática de lo que fue y el proyecto que viene para toda Latinoamérica. Porque justamente hay proyectos, muy claros y muy siniestros para nuestros países latinoamericanos. Debemos impedirlo, yo creo que esta forma de participar y de apoyar a los que pretenden tener un pedazo de tierra que tienen en posesión inútil otros que tienen el poder es una conquista para la que todos debemos colaborar y apoyar estas iniciativas. Estos encuentros con estos jóvenes, con tanta fuerza, a nosotros, mujeres ya con varios años encima nos dan la fuerza para seguir luchando por los que no están porque la dictadura no lo quiso. Pero están de alguna manera y el dolor que nos arrastra a todos, porque nos tocó a todos, efectivamente no va a ser en vano. Yo felicito en nombre de nuestra institución a todos ustedes pues sé que venir acá es un sacrificio, son horas que se restan al descanso, no al trabajo. Estaremos siempre junto a ustedes para apoyarlos en todo lo que necesiten. Muchas gracias. *(Aplausos)*.

Rosalía Gutiérrez: Bueno yo estuve participando y aprendí mucho de ustedes. Yo soy Rosalía Gutierrez soy de la Nación Coya del Estado Argentino. Porque en la Argentina hay catorce pueblos indios, es decir hay catorce naciones. Antes de que viniera la colonización acá había naciones indias. El caso de los Coyas, abarcábamos parte de Bolivia, Chile, norte de la Argentina y parte de Perú. Lo que pasa es que después llega la colonización y se dividen las repúblicas. Yo quisiera referirme respecto de los 500 años. Yo creo que todos tienen conocimiento sobre lo que pasó en 1492 y en el 92 España va a celebrar los 500 años o sea quinto centenario del encuentro de dos mundos, dos culturas, como ellos lo llaman. En ese sentido es de remarcar que como el año que viene se vuelven a hacer estas Jornadas pediría solidaridad para los pueblos indios y que también hubiera más participación y si se pudiera poner un taller de medicina indígena o algo que haga alusión porque eso es muy importante para todos nosotros. Hay mucho para hablar sobre los pueblos indios. Están los mapuches en el sur, los guaraníes, chorotes, chulupies por Salta. Entonces, todos los temas que están planteados en los talleres, nosotros no tuvimos oportunidad de estar en todos los talleres, hacen a la cuestión india. Porque si vamos a hablar de medicina, reivindicemos nuestras medicinas, nuestros médicos y si vamos a hablar sobre la mujer, reiviniquemos a las mujeres sobre la triple discriminación que estamos viendo, como indias, mujeres y trabajadoras. Eso es lo que quiero pedir.

Solidaridad para los 14 pueblos indios, porque aún todavía uno sale a otros países y dicen que en la Argentina no hay indios. A nosotros nos dicen: ustedes son "bolitas". Muchas veces nos ha ocurrido en las facultades que un profesor nos diga, cuando le planteamos qué ocurre con las naciones indias, no saber si hay indios en la Argentina. Fue interesante conocer muchas cosas que yo aprendí de ustedes, pienso que participar en estos talleres nos va a hacer sentir parte de todo esto. También quisiera aclarar que hay muchos indios que no se identifican, como me ha pasado a mí, quizás por culpa de que nos han metido tanta colonización. Nosotros estamos como recién despertando, como levantándonos. Yo no tengo miedo de decir que soy de la nación coya, no tengo miedo de decir que soy india en la facultad o en otro lado, porque soy parte de eso y siento que alternando y coordinando vamos a llegar a lograr quizás una identidad en la Argentina con las raíces de esta tierra. Gracias por todo lo que me han brindado. (*Aplausos*).

Telésfora Pichilef: Yo soy Telésfora Pichilef, soy mapuche, y estuve en los talleres de medicina social. Eramos dos agentes sanitarios y unos cuantos médicos. Algunos de ustedes ya saben que presenté un trabajo. Tiene que ver con algo que dijo una compañera, cómo tenemos que rescatar la medicina social, popular, que es la medicina de los pueblos. En este momento, hay tanta dificultad en la medicina, cuando no tenemos recursos humanos, no tenemos recursos materiales, me-

Por dicho hay recursos materiales, lo que pasa es que el pueblo no los tiene. Que importante podría llegar a ser el rescate de esa medicina, que es la sabiduría de los pueblos. Yo tuve suerte de estar en el Congreso de la Mujer, en Mar del Plata y participé en el taller de los 500 años, donde salió un documento que coincide con lo que dijo la compañera, pidiendo la colaboración, el apoyo de todo el pueblo argentino, de todos los países latinoamericanos para repudiar la venida de la fragata el año que viene. También se pidió en ese documento, que la CTERA no sé si habrá algún docente entre nosotros, fuera el organismo que pidiera a las escuelas de todo el país que el 12 de octubre, fuera una jornada de lucha, de entendimiento y que de una vez por todas se contara la verdadera historia de los pueblos indígenas. De una vez por todas se diga a qué vino el señor Colón, qué pasó con la campaña del desierto, y qué pasó con los pueblos indígenas.

Yo creo que en el momento que podamos lograr entender eso todos juntos, no indígenas o blancos, sino indígenas y blancos, creo que es posible que automáticamente vamos a tener un pueblo culto, con nuestras raíces, identificados y seguramente con una medicina social popular. Y ya no nos vamos a pelear con los gobiernos porque no nos dan plata para los remedios sino que habremos conseguido vencer los grandes monopolios y conseguir lo que nos corresponde. Yo creo que el hecho de que los indígenas cada vez nos estemos metiendo más, porque somos caraduras o porque a lo mejor estamos ocupando los lugares que nos sacaron. Estamos volviendo a ser nosotros mismos y ocupando el lugar que nos corresponde por derecho propio. *(Aplausos.)*

Dr. Hugo Spinelli: Hay dos compañeros que no pudieron estar en el acto de cierre. Ellos son Ana Tarlovsky y Luis Migueles y una compañera que es del primer grupo organizador que está estudiando en Estados Unidos, Ana Diez Roux. Yo cerraría acá, pero para no cerrar en baja, tengo una propuesta de Norma. Alguien cantó un tango anoche en el festival y lo cantó "a capella", y sería bueno que lo repitiese. *(Aplausos.)*

Dora García: Yo ayer canté un pedacito de un tango, pero para un cierre como este sería bueno cantar toda la letra. Llevo siempre esta letra conmigo, en mi agenda, si me dejan la voy a consultar porque seguro me voy a olvidar algo. Nunca canté con micrófono. *(Risas.)*

Convencernos que somos capaces,
que tenemos pasta,
y nos sobra la clase.
Decidimos en nuestro terreno
y tirarnos a más,

nunca a menos.
Convencernos, no ser descreídos
que vence y convence
el que está convencido.
No sentir por lo propio
un falso pudor.
Aprender de lo nuestro
el sabor.
Y ser al menos
una vez nosotros
sin ese tinte y el color de otro.
Recuperar la identidad,
plantarnos en los pies,
y así crecer
hasta vencer la inmadurez.
Y ser al menos una vez nosotros,
bien nosotros, como debe ser.
Convencernos un día de veras
que todo lo bueno
no viene de afuera.
Que tenemos estilo y un modo
y hace falta
jugarlo con todo.
Convencernos a fuerza y coraje
que es tiempo y es hora
de usar nuestro traje.
Ser nosotros por siempre y a fuerza de ser
convencernos y así convencer.
Queremos ser alguna vez
y en el después nosotros.
Y vos también, y vos también,
venite con nosotros.
La realidad es la verdad,
tratar de ser nosotros.
Y vos también, y vos también
venite con nosotros.
No con otros, con nosotros,
como debe ser.

(Aplausos).

INDICE

Prólogo	5
Discursos de apertura	13
Mujer y salud (mesa redonda)	21
Salud, crisis y pobreza en el marco del ajuste (mesa redonda)	39
El hospital público: su situación en el marco de la crisis (mesa redonda)	75
Ecología y salud	117
La institución de la salud. La circulación del poder. Los micro y macro poderes (mesa redonda)	145
Nicaragua: "Salud un puente para la paz" (ponencia)	181
Cierre de manicomios en Río Negro. Una alternativa en salud mental (ponencia)	207
Villa Constitución: un pueblo en lucha. La construcción de una propuesta (ponencia)	235

60 niños menores de un año mueren diariamente en nuestro país. La mitad por causas prevenibles ¿Por qué? ¿Hasta cuándo? (mesa redonda).....	265
Educación popular (mesa redonda).....	289
Descentralización en salud (mesa redonda).....	325
Resúmenes de los trabajos presentados en los talleres.....	375
Acto de clausura.....	403

*Frenta 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