

SALUD PARA TODOS
EN EL AÑO 2000



TODOS PARA LA SALUD
EN EL AÑO 2000

PRIMERAS JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

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

FECHA DE REALIZACION: DEL 20 AL 25 DE ABRIL DE 1987

DESGRABACION
SELECCION DE TEXTOS
GUIAS BIBLIOGRAFICAS



FUNDACION
BANCO DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES

SALUD PARA TODOS
EN EL AÑO 2000



TODOS PARA LA SALUD
EN EL AÑO 2000

PRIMERAS JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

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

FECHA DE REALIZACION: DEL 20 AL 25 DE ABRIL DE 1987

DESGRABACION
SELECCION DE TEXTOS
GUIAS BIBLIOGRAFICAS

*Comité organizador de las jornadas y responsables
de la corrección, selección de textos y confección
de guías bibliográficas*

Dr. HUGO G. SPINELLI
Dra. CARMEN FERRER
Dra. GRACIELA SPATZ
Dr. ALFREDO PÉREZ MALDONADO
Dra. GRACIELA ABUDARA
Dr. FERNANDO ALONSO
Dr. FLAVIO ROMANO
Dra. MARINA PUERTOLAS
Dra. PATRICIA TUMAS
Dra. ANA DIEZ ROUX

Nuestro agradecimiento expreso a las autoridades de la FUNDACIÓN BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, en especial al Dr. Aldo Ferrer, a la Dra. Susana Lustig de Ferrer y al Licenciado Carlos Alberto Panesi, quienes en todo momento apoyaron y facilitaron la realización de las jornadas como la edición de este trabajo, así también a todos los compañeros de la Asociación de Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y de la Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud por su necesaria y desinteresada colaboración.

Se autoriza la reproducción parcial de los contenidos de esta publicación, citando la fuente y enviando la copia respectiva a las entidades organizadoras.

NOTA DE LOS ORGANIZADORES

Las jornadas se desarrollaron el lunes siguiente a los sucesos golpistas de Semana Santa, de allí que a lo largo de las mismas se hace referencia a lo vivido en esos días.

Queda hecho el depósito
que previene la ley 11.723

© FUNDACIÓN
BANCO DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES

Impreso y editado en Argentina
Printed and published in Argentina
Imprimé et publié en Argentine
Editado e impreso na Argentina

**DISCURSO INAUGURAL
A CARGO DEL SR. SECRETARIO DE SALUD PUBLICA
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (M. C. B. A.),
DR. JUAN CARLOS VERONELLI**



Inauguración de las Jornadas. — (De izquierda a derecha:) Dra. Miguela Lapacó de Trípoli (Directora del Hospital de Niños); Dr. Juan Carlos Veronelli (Secretario de Salud Pública de la M. C. B. A.); Dr. Guillermo Jaim Etcheverry (Decano de la Facultad de Medicina de la U. B. A.).

Entre los planes no cumplidos de tipo personal, tenía pensado salir días atrás a preparar dos conferencias, una de ellas era esta que hoy nos convoca, la otra, en la que voy a participar en la Confederación Médica Argentina sobre Políticas de Salud en la Argentina. La preparación se frustró. Estos cuatro días

que suponíamos que iban a servirnos para la reflexión y preparación de materiales, estuvieron dedicados a otra cosa más importante, más rica, y con una relación muy fuerte con el tema al que hoy se van a dedicar ustedes, que es la Atención Primaria de la Salud.

Les había traído los trabajos preparatorios que presentaron cada una de las regiones de la O. M. S., para la reunión de ALMA/ATA. Brevemente les voy a mostrar el más usado de este material, el informe del Director Regional para Europa. El problema que plantea, cuando enumera la aceptación de los principios de la A. P. S. en Europa, dice: El principal obstáculo tal vez sea la propia A. P. S. Como he señalado, en Europa se considera que la A. P. S. es Atención Médica, y no se acepta fácilmente la espectacular e importante ampliación de este concepto. Se respetan en la región tanto la tradición como el peso de la opinión médica, y no serán desplazados fácilmente por una interpretación totalizadora e interactiva de la salud. El espíritu profesional y el ejercicio privado de la medicina influyen en la decisión sobre quien puede y quien no puede prestar asistencia sanitaria, y las relaciones entre los que prestan y los que reciben la atención se caracterizan por un paternalismo benevolente, más que por la participación.

La razón por la cual éste haya sido el más trabajado de los informes radica en que, cuando los examiné, lo hice desde los ojos argentinos, la conceptualización europea tenía mucho que ver con nuestra propia organización conceptual, y nuestra propia manera de ver o entender las cosas. En el caso de los trabajos nicaragüenses, es diferente la posibilidad de concepción, la participación popular como componente de la estrategia de la A. P. S. Es una situación distinta a la que nosotros atravesamos. Nosotros necesitamos definir con claridad qué es lo que vamos a entender por A. P. S. Si vamos, como Europa, a decidir que nos vamos a quedar encerrados dentro de lo que es la Atención Médica Primaria, o si vamos por otro lado a aceptar que en esa A. P. S. los médicos podemos ser un ingrediente, pero de ningún modo, el monopolio de la A. P. S.

En A. P. S., la idea-fuerza más importante, la que a nosotros tenga que hacernos reflexionar más, es aquella que habla

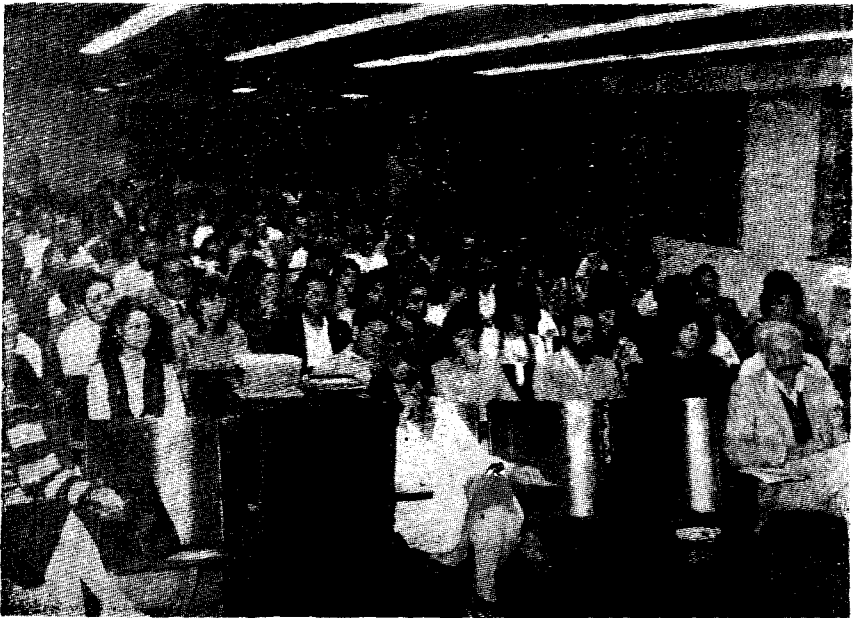
de la participación de la comunidad. Uno de los maestros en Salud Pública, decía hace unos años: La participación de la comunidad es la tendencia internacional más definida y constante en la *organización de servicios de salud en nuestra época*. En estos años, en que la sociedad argentina está refundándose, la participación constituye uno de los ejes y de las fuerzas más importantes que maneja la sociedad.

La participación es una palabra poco definida. Seguramente José Carlos Escudero se acuerda del *slogan* que tenía la Dirección Impositiva Mejicana: "Pagar impuestos es participar". Llamamos participación a muchas cosas diferentes. A veces participación es cuanto van a poner ustedes para hacer lo que yo necesito. Ustedes poniendo esfuerzos, recursos, etc., participan. Se puede participar en la formulación de las alternativas sobre las que se van a operar la decisión, en la decisión, en la implementación de las decisiones. Daría la sensación de que la información que se posee también es una restricción para la participación. Una adecuada participación de la formulación de alternativas, o en la toma de decisiones, exige una información distribuida entre los que van a participar.

Este tema de la participación me llevó en algún seminario internacional a tratar de plantear lo que son las relaciones entre la participación y el poder, la participación y la decisión. Las experiencias de participación que se hicieron desde el hospital y los médicos de niños desde hace 20 ó 25 años que, evidentemente, tuvieron en muchos otros países de América Latina una continuidad y un desarrollo mayores que el nuestro, porque en el nuestro la participación tuvo un eclipse largo. No solo se eclipsó sino que resultó una de las cosas prohibidas en un mundo en el cual se suponía que todo aquello que no estaba prohibido era obligatorio.

Las jornadas que ustedes van a dedicarle a este tema van a poder ayudarnos a perfilar una operacionalización del concepto A.P.S. A José Carlos Escudero y a mí nos tocó, por viejos, el tener que vivir el nacimiento de la A.P.S. Había un profesor de anatomía topográfica que tomando examen pidió que le describan el trayecto del neumogástrico. El alumno que daba examen siguió el trayecto por la pelvis. El profesor dijo: "Abren la

puerta para que pueda salir el neumogástrico". A la A.P.S. le hicimos lo mismo. Le fuimos agregando cosas, y a medida que queríamos perfeccionarla íbamos convirtiéndola en una cosa más abstracta, de menos significado operacional concreto, a tal punto que en los trabajos más recientes, lo que nos queda, y lo tomo de uno de los cuadernos de Salud Pública de la O.M.S., cuando trata el desarrollo global de los sistemas de salud, lo encuentra reforzado por tres elementos esenciales; la adopción por la 30ª Asamblea Mundial de la Salud de "Salud para todos en el año 2000", la formulación en la conferencia internacional de ALMA ATA, del concepto de A.P.S., como estrategia principal para conseguir la salud para todos. Es como estrategia, A.P.S., como va a ser analizada en el curso de las jornadas, a medida que la vayan definiendo, que el concepto vaya haciéndose carne en los trabajadores de la salud, nos va a permitir delinear y perfilar entre todos, el sistema de servicios de salud que nuestro país necesita y merece. Se nos terminó ya el momento en que el sis-



Vista del público durante el desarrollo de las Jornadas.

tema de servicios de salud vaya a ser imaginado por algún lúcido talento, o por alguna noche de insomnio de algún hombre inspirado. Va a salir del trabajo fecundo, de la discusión permanente de todos nosotros.

PROLOGO

La larga, emotiva y cálida experiencia de haber realizado las Jornadas de Atención Primaria de la Salud, se expresó en un cierre cargado de afectos e informalidades; la extensa nómina de estímulos y agradecimientos recibidos posteriormente nos sirvió indudablemente como aliento para la difícil tarea de concretar que estas hojas estén con ustedes.

Recordábamos que en el primer folleto decíamos: "La importancia y actualidad del tema nos convocó a la organización de estas jornadas. Creemos que es a través de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud como conseguiremos solucionar muchos de los problemas sanitarios de nuestro país. Es por eso que reunimos a integrantes del equipo de salud de todas las disciplinas, provenientes de distintos lugares del país, de distintas corrientes de pensamiento y diferentes experiencias de trabajo, con la intención de generar un profundo debate y fomentar el intercambio y la integración de los distintos grupos en torno a un objetivo común".

Hoy, después de aquella experiencia, vemos a numerosos compañeros que han incorporado distintos elementos de las jornadas en su práctica diaria: la búsqueda de bibliografía sobre A. P. S. y el deseo de obtener una rotación por un centro de salud, han desplazado a un ayer en el que muchos buscaban el caso clínico difícil, el último artículo en inglés o poder manejar y conocer el último avance tecnológico (esta apreciación no busca crear un antagonismo, pero sí la necesidad de incorporar a la A. P. S. en los modos de pensamiento diario). Esto lo consideramos un éxito. No un éxito nuestro, sino de todos aquellos que hicieron posible las jornadas: panelistas, participantes y compañeros que anónimamente nos ayudaron a pegar un cartel o a inscribir un participante. Éxito que buscó un destinatario final: "la salud del pueblo".

Hemos realizado la desgrabación de las jornadas, con todas

las dificultades que tiene pasar del lenguaje oral al escrito un discurso o un debate. Quisimos que no se perdiera la espontaneidad y en función de ello preferimos sacrificar riquezas gramaticales que hubiesen permitido una lectura más clara.

Todos sabemos que en la fragosidad de la exposición o de la discusión es fácil que se pierdan purezas en la expresión o que al reconstruir los diálogos éstos pierdan un margen de fidelidad; nuestra decisión fue desgrabar en el sentido más fiel todas las participaciones. Si hubiésemos cometido algún error nuestras disculpas por adelantado a quien corresponda.

Se han agregado además una selección de textos que acompaña a cada tema central. Esto no significa una primacía de los mismos sobre los diferentes temas, sino un intento de poner en vuestras manos artículos completos para aquéllos que quieran profundizar sus conocimientos sobre el mismo. Además se agregó una guía bibliográfica de los temas que no pretende ser exhaustiva sino meramente orientadora.

No queremos, ni buscamos con esta publicación transformar-nos en "especialistas de A.P.S."; por el contrario creemos que en la realización de jornadas, trabajos en terrenos, investigaciones y en la comunicación entre los diferentes interesados es donde está la verdadera potencialidad de la A.P.S.

Nosotros ya estamos buscando concretar otra jornada, que esperamos vea pronto experiencias similares en todo el país, que se sumen a las que se desarrollan habitualmente y que nos permitan así un discurso y accionar fraternal, fuera de toda falsa y absurda división que se pretenda realizar entre los que piensan y sienten una salud para el pueblo y un pueblo que quiere salud para sí y para sus hijos. Por eso hasta llegar a una "Salud para todos en el año 2000", nosotros seguiremos buscando un "Todos para la salud en el año 2000".

COMISIÓN ORGANIZADORA

DEFINICION DE ATENCION PRIMARIA

(Mesa redonda)

PANELISTAS:

Dr. Eduardo Vassiliades

*Ex-director del Programa de Atención Primaria de la
Provincia de Misiones.*

Dr. José Carlos Escudero

*Sanitarista y Sociólogo. Profesor Titular de la Univer-
sidad de Luján.*



*Mesa de Definición de Atención Primaria.— (De izquierda a derecha:)
Dr. Hilario Ferrero, Dr. José Carlos Escudero, Dr. Eduardo Vassiliades,
Dr. Enrique Stein.*

Dr. Hilario Ferrero

Director del Hospital de Ingeniero Juárez, Formosa.

Dr. Enrique Stein

Docente de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina. Miembro del Grupo de Investigación y Difusión de la A. P. S. de la Escuela de Salud Pública.

Dr. Enrique Stein.— Mis opiniones tienen que ver, por un lado, con un grupo de trabajo de la Escuela de Salud Pública de la U. B. A., obviamente por otro lado con algunos ingredientes sustantivos de opiniones personales que tienen que ver con este tema.

Empezaría por reafirmar la idea que yo y el grupo tenemos sobre la A. P. S. Concebimos la A. P. S. como una estrategia en salud dentro de las políticas en salud, que define en primer lugar al estado. Obviamente, para hacer referencia a una estrategia, se requiere inmediatamente entender que la posibilidad de viabilizarla está estrechamente ligada a las posibilidades que, desde el Estado, se puedan desarrollar las mismas. Esto supone analizar el contenido de lo que se dice cuando se establece la relación entre poder y estrategia y, analizar también, cuál es el poder, que expresado en el gobierno de un determinado estado va a desplegar una estrategia entendiéndola como una estrategia a nivel nacional.

Al formular la idea de estrategia, estamos resaltando, que no se trata simplemente de un programa de A. P. S. en una región, aunque las estrategias se describan a través de programas. Ni tampoco la idea de qué es atender en el llamado primer nivel de atención o en la periferia.

La palabra estrategia, que a veces es muy grande, implica la posibilidad de que en este despliegue haya programas, y se tenga en cuenta, evidentemente, el primer nivel de atención. Pero muy lejos de la idea de que esto de primer nivel de atención y de programas, suponga la idea de una política de salud para sectores carenciados, sino que en primer lugar, es necesario entender a fondo, cuáles son los siete u ocho componentes que son críticos para pensar si estamos en presencia de una estrategia de A. P. S. o no. Sin establecer un orden, hay que tener en cuenta en primer lugar, que se trata de una estrategia que posibilite la llamada cobertura universal, sin entrar en la fantasía de que esto es sinó-

nimo de salud para todos; porque el concepto de salud, como también el concepto de salud-enfermedad, está más allá del concepto de la posibilidad o no de acceder al sistema de salud; porque el sistema es el que debe dar respuesta tanto en lo preventivo, como en lo curativo con un ordenamiento y un sistema especializado.

Si en el concepto de salud, entendemos a la participación popular como protagonista activa en la resolución de sus problemas fundamentales, entre ellos el problema de la salud, ésta crece como concepto. Indudablemente, la cobertura de por sí, no es automáticamente sinónimo de salud para todos o salud universal. Hay ejemplos de países, llamados desarrollados, que tienen absoluta cobertura lograda desde el punto de vista del sistema de salud, pero hay una diferenciación social por la cual algunos se enferman más que otros; esto tiene que ver seguramente, con la clase social, con el grupo de pertenencia y el ingreso económico.

Otro elemento importante, además de la cobertura, es el de recursos humanos no tradicionales. Los trabajadores de la salud, cuando hablamos de recurso humano no tradicional, son precisamente aquellos que estén convencidos de que esto significa la posibilidad de recorrer un camino en salud; que no necesariamente implica la fantasía de creer que con esta estrategia, se resuelven todos los problemas de salud. Queremos evitar la idea, de que la estrategia de A. P. S. es un fin en sí. Lo importante es una línea en salud que debe correr estrictamente paralela con la necesidad de cambios de fondo, estructurales, sociales, económicos y políticos, que posibiliten y activen esta estrategia con el mayor nivel de decisión. Esto no es la pirámide de arriba hacia abajo, sino el mayor nivel de decisión del protagonista fundamental que sufre los hechos, o que sufre el proceso salud-enfermedad.

El otro componente en la A. P. S. es la tecnología apropiada, que como en todas las cosas, filosóficamente, uno se divide en dos. Tecnología apropiada, puede ser arreglarse con la tecnología que hay, por ejemplo, una balanza romana para pesar a un chico, o utilizar una tecnología que no sea sofisticada. Esto no quiere decir, que no se deba luchar activamente para conseguir la tecnología apropiada. ¿Para qué?: para resolver los problemas de salud que la población necesita.

El concepto de tecnología apropiada, está estrechamente ligado, a cómo se hace la programación de las acciones de salud, que es otro de los componentes fundamentales de esta estrategia. La programación se debe hacer en base a necesidades. ¿Qué necesidades? ¿A las necesidades de los productores de la alta tecnología o a las necesidades de salud de la población? Creo que de esto no hay ninguna posibilidad de debate, por lo menos desde nuestro punto de vista. Así, para que esta programación esté integrada por necesidades requiere que en esa programación y planificación, esté el protagonista principal de los hechos de salud y no solo aquellos que están en el nivel técnico político, ni tampoco en el nivel político administrativo; sí, los que están en el llamado nivel operativo, que habría que cambiarle el nombre, porque es la gente que protagoniza el proceso salud-enfermedad.

Otro elemento es el de la articulación intersectorial, componente fundamental de la A. P. S. Debe haber una articulación entre lo que es específicamente sector salud, con otros sectores que participan concurrentemente, por ejemplo, las obras públicas, de vivienda. Pero en este sentido, la economía como factor condicional de la articulación intersectorial, en mi opinión, es no caer en una cosa ecléctica, en donde todo pesa de la misma manera en el factor salud sabemos que lo que es salud no está precisamente dentro del sistema de salud, sino afuera. Cuando digo no caer en una cosa ecléctica, es ver qué peso puede tener la estructura económico-social, la diferencia de ingresos.

Dejé para el final otro componente, que entiendo que es fundamental, que suele llamarse tradicionalmente en los textos internacionales participación comunitaria. Habría que hablar en todo caso, de protagonismo social. Los hechos de estos días así lo han manifestado. Cada uno de los que estamos aquí, estamos todavía haciendo un balance de lo que ha pasado; quizá el hecho más importante, más decisivo para el desenlace transitorio, es que las causas de fondo que han dado lugar a este episodio, evidentemente están presentes. El hecho de la gente en las calles, de la gente en Campo de Mayo, dio lugar a un protagonismo al que no estamos acostumbrados. Esta participación social, que desde ya es comunitaria, es posiblemente el ingrediente más importante

en todos los niveles de la estrategia, desde la planificación, la ejecución, la realización, etc.

Hay que tratar de pensar seriamente en la diferencia entre las palabras y la realidad. La representación argentina en la conferencia de ALMA/ATA, que como toda conferencia internacional es contradictoria, fue realizada por un personaje de la dictadura. Si ustedes leen el texto creerían que estamos bastante de acuerdo con lo que dice en relación a la A. P. S.; no se va a enojar nadie porque se sigan citando textos. Pero aquí el gran problema, es que hay que pensar seriamente en la diferencia entre las palabras y los hechos. Si este encuentro de A. P. S. puede tener alguna importancia, es que reflexionemos profundamente sobre lo que plantean las palabras y lo que es la realidad; porque la realidad demuestra que por un lado hay posibilidades de perfilar una línea de salud, pero si esto no está estrechamente ligado a cambios muy profundos en nuestra situación que tiene que ver con la dependencia, con la liquidación de los factores internos que hacen que la Argentina siga siendo básicamente un país productor de granos y cereales en una modalidad de dependencia que evidentemente la Argentina no ha cambiado, son los factores que siguen dando razones de estabilidad a lo que estamos viviendo. Podemos ser buenos sanitaristas, aconsejarnos entre nosotros sobre cómo establecer una política de salud, pero vamos a ver dramáticamente, como muchas veces lo demostraron los hechos, que la salud está condicionada por factores que no tienen que ver con el sistema de salud. Quizás la forma más activa de tener salubridad o salud, es a través de lo que nosotros llamamos adaptación activa. La posibilidad es que pensemos entre nosotros que podemos ser protagonistas de cambios muy importantes que nuestro pueblo necesita.

Dr. José Carlos Escudero. — Voy a empezar diciendo que la A. P. S. es varias cosas. La A. P. S. está consiguiendo en este momento, una clara disminución de la mortalidad en el mundo, una clara disminución de la morbilidad somática, y esto se consigue en el mundo actual pese a que el nivel de vida de la gran parte de la población del mundo se está deteriorando. La A. P. S. o la aplicación de medidas de A. P. S., está consiguiendo compen-

sar parte del deterioro social general que corresponde a la actual crisis de la economía del mundo capitalista.

La A. P. S. es como un test proyectivo donde cada uno lee lo que quiere. El Ministerio de Salud de los milicos por aclamación aprobó la A. P. S.; desconfiemos de aquellas cosas que son de tal valor de abstracción; un semántico diría de un alto valor de redundancia de la palabra, donde presuntamente todo el mundo está de acuerdo. Un útil resultado de esta jornada va a ser delimitar los campos o diferenciar este término A. P. S., ¿qué es?, ¿Qué significa concretamente? y ¿quién está de un lado y quién del otro?

La A. P. S. corresponde a una serie de fenómenos que son algo así como lo siguiente: es mucho mejor atender la población humana en superficie, y no en profundidad; es decir, aplicar unas pocas medidas a toda la población, y no medidas sanitarias muy detalladas a un núcleo pequeño. Valen fundamentaciones teóricas para esto, pero una razón importante es que con cierto tipo de efectividad de medidas masivas se corta la cadena de contagio de muchas enfermedades; es echar una delgada capa de manteca y no concentrar toda la manteca en un número reducido de personas. Lo segundo, mucho más sensato y eficaz es hacer medidas preventivas más que medidas curativas, es más elegante, más económico.

La participación popular es un arma crucial para que la población lleve salud. Aquellos países y aquellos momentos históricos que permitieron el uso completo o la esterilización completa de la participación popular en salud, sin restricciones políticas, han conseguido espectaculares resultados de salud por esta aplicación masiva de medidas elementales.

Se ha comprobado empíricamente que gran parte de los medicamentos que se dan no sirven, algunos hacen daño inclusive; que gran parte de la tecnología que nos venden como buena tampoco sirve, con lo cual se vuelve básico este criterio de sensatez: cobertura masiva con tecnologías adecuadas o adaptadas.

El último principio general es que las medidas sanitarias cuanto más descentralizadas se toman, mejor. Este es una especie de paquete general, que se le ha puesto el slogan "A. P. S.". A este paquete se le han agregado elementos técnicos muy impor-

tantes, algunos en los últimos años. Primero una cosa tan elemental y fundamental como la rehidratación oral; olvídense de la alta tecnología. Esta sencilla y barata medida está salvando vidas de una manera tremenda, en un contexto de deterioro económico-social, en las poblaciones de América Latina. Casi toda la población latinoamericana cada vez es más pobre, pero como se le da esta medida elemental, su nivel de mortalidad y su morbilidad somática disminuye. Otra medida elemental sería de odontología preventiva: cuando uno hace aplicaciones de fluor y sigue la cohorte de chicos con aplicaciones, ve que esos chicos cuando son adultos, tienen muchos menos problemas odontológicos tanto, que muchos odontólogos del mundo se plantean hoy la posibilidad de cambiar de profesión, es cuestión de cambiar de ramo; esto se dice absolutamente en serio en muchos países. Otra medida es la difusión de inmunizaciones eficaces para ciertas enfermedades. Otra medida es la aplicación masiva de medicamentos poco tóxicos para cortar cadenas de transmisión, como hizo Nicaragua hace poco con los medicamentos antipalúdicos; el país se da a sí mismo medicamentos antipalúdicos y se cortan enormidad de cadenas de transmisión de paludismo. Otra cosa es por ejemplo, hacer vigilancia epidemiológica de la desnutrición a través de la somatometría. Si se aplican estas medidas, estos principios básicos, se consiguen adelantos sanitarios importantísimos.

Que yo sepa, el primer país que aplicó A. P. S. sin saberlo, fue la URSS. Después de la revolución del año 1917 los soviéticos se encuentran con un país con un 50 % de analfabetos; un país que acababa de salir de una guerra civil y de una intervención extranjera. Se encuentra con una mortalidad infantil del orden del 250 por 1.000, y deciden formar masivamente una especie de submédico, que fue el *feldshers*. Si un médico con seis años de formación soluciona un problema sanitario, un médico con tres años de formación no soluciona medio, soluciona tres cuartos. Es una especie de curva asintónica de tiempo de formación, contra solución de problemas. Se decide formar un *feldshers* intermedio, para aplicar a nivel nacional pocas medidas. En ese momento había mucho menos medidas técnicas que ahora para mejorar niveles de salud.

Esto me lleva a decir que la A. P. S. es un elemento tremendo de legitimación política que usa todo el mundo. Si leen las cifras de mortalidad, por ejemplo en América, ven que países en contextos para nada socialistas, diría social-demócratas, aplican A. P. S. y consiguen tremendas mejorías en sus niveles de salud. Ejemplo para mencionar sería Costa Rica, con un gobierno social-demócrata; Jamaica, con un gobierno entre social-demócrata y centro-derechista; países que estaban más atrasados que nosotros, en términos de mortalidad y ahora están más adelantados que nosotros. El ejemplo más grande, un fenómeno masivo de A. P. S., fue el fenómeno de China. El récord demográfico mundial lo batió China en cuanto a la reducción de la mortalidad, entre 1962 y 1982, en veinte años calendarios; la esperanza de vida al nacer aumentó dieciocho años, es decir, que en cada año calendario, la población tenía casi un año más de vida. Esto es un hallazgo fenomenal, récord demográfico del mundo, que permite que China tenga en este momento, más bajos índices de mortalidad que Argentina. Nuestro país tiene más premios Nobel, China tiene menos mortalidad; es cuestión para pensar.

Cualquier gobierno del pelaje que sea, sabe que tiene que legitimarse a través de la salud y la A. P. S. es un elemento fundamental para este fenómeno de legitimación en todos los contextos. Jamaica, Costa Rica son ejemplos claros, pero hay otros ejemplos de legitimación en América Latina, y sucedieron en los países que hicieron guerras de liberación.

La medicina colonial francesa en Vietnam era muy mala; la medicina colonial portuguesa en las ex colonias portuguesas era malísima. Cuando comienzan las guerras de liberación de esos países, los movimientos de liberación se cuidaban muy bien, en las zonas liberadas, de ofrecer la mejor A. P. S. posible; cobertura total, inmunización, vigilancia nutricional, suplementación alimentaria, letrinas, agua potable, etc., como elementos del paquete general de legitimación política. Se daba la paradoja, o no, de que las ciudades de Cabo Verde, controladas por el ejército portugués, tenían peor nivel de salud que el campo de Cabo Verde que estaba en manos de los insurrectos, pese a que la tecnología estaba en las ciudades portuguesas, y no en el campo sublevado.

Este fenómeno masivo que se da en todos los contextos políticos, es especialmente notable en contextos de guerras de liberación. En la Argentina hay una cantidad de experiencias que están confluyendo en A. P. S., Isla Maciel, el equipo de gente que estuvo con Carlos Alberto Alvarado en Jujuy, la experiencia de Neuquén, hechos concretos que cristalizan cuando en algún momento los organismos internacionales le ponen el sello de legitimación de uso, que es la conferencia de ALMA/ATA de 1978. Ahí se junta todo el mundo; por aclamación plantean ¡enhora-buena, viva la A. P. S.!, cantidad de documentos, declaraciones, etc. Un concepto que sea compartido por el Ministerio de Salud de los argentinos, y el Ministerio de Salud del Zaire. Horror internacional. Y por otro lado, un país como Cuba o como Mozambique. Hay un grado de ambigüedad que es necesario que se deslinde a medida que se avance en el seminario.

La A. P. S. es un fenómeno interesante. Hay una maldición china que dice: "Ojalá te toque vivir en tiempos interesantes". Ahora, estamos viviendo tiempos interesantes. Digo esto porque la economía del mundo capitalista está pasando por una crisis que se agrava, una crisis que es posible que sea peor que la del año 29, por ser más estructural. Una crisis que hace que los países dependientes periféricos, como Argentina, vendan cada vez menos granos en el mercado mundial. Estamos bastante embromados; entonces se larga la A. P. S. Esto plantea una contradicción que es muy clara aquí, y que no lo es en los países capitalistas centrales, donde hay plata para todo, hay excelente nivel de salud corporal, porque hay una cantidad de dinero para hacer cualquier tipo de idioteces. Alemania Federal gasta en medicamentos solamente el doble de lo que gasta Cuba como gasto total de salud, y el nivel de salud cubano es igual al nivel de salud de Alemania Federal. En los países centrales no hay problemas. En los países periféricos, donde hay poco excedente para repartir, si uno le quita excedente a un lado, alguien protesta de diferente forma. Por eso no estoy de acuerdo cuando se dice que no hay contradicción entre A. P. S. y alta tecnología: sí la hay, porque la cantidad de excedente a repartir es poco.

Con el aval de la Organización Mundial de la Salud se plantea la ventaja de aplicar medidas que si en algunos lugares se

pusieran en práctica, parecería un golpe de estado. Un gran énfasis de la A. P. S., es tecnología y medicamentos adecuados. Si ponemos en práctica en cualquier país periférico capitalista las recomendaciones de medicamentos de la OMS, va a haber cualquier cosa que valga el apriete, el planteo al golpe de estado directamente. Pareciera que la habitual descripción de organismos internacionales, que suelen ser una especie de yogurt de gran vaguedad de declaración, aplicadas, ocasionan una tremenda contradicción en los cuerpos sociales de los países capitalistas dependientes. Si Argentina aplicara en este momento la lista de los doscientos medicamentos esenciales de la OMS, no podríamos renegociar la deuda externa, con lo cual se plantea una contradicción entre el discurso oficial de organismos internacionales, y la práctica de los países periféricos.

Si la gente se da cuenta que tiene en sus manos el control técnico de gran parte de los problemas de salud que le afectan, puede extrapolar esta medida, y decir: Caramba, a lo mejor tengo en mis manos más cosas que vacunar a la gente, o darle agua con una cucharita a un niño deshidratado. La participación popular es realmente un tema concreto de contradicción, para ver qué tipo de A. P. S. queremos, quién tiene el poder, quién tiene la manija.

La participación popular es un tema concreto de política cotidiana, donde hay gente que no va a poder aceptar la práctica del documento que teóricamente dice que afirma.

Dr. Hilario Ferrero. — Nosotros conformamos un grupo de trabajo en la provincia de Formosa, en una situación distinta a la de los que hoy me acompañan en el panel, dado que nuestro modo de trabajo es acompañar a un pueblo marginal y pobre durante catorce años, en lo que no llamamos un proceso de salud, sino la lucha por la vida. La salud abarca, para nosotros, uno de los aspectos en el acompañar de ese pueblo.

Estamos a casi 1.800 Km. de Buenos Aires, con casi nada de medios de comunicación. Hoy nos pedían una definición de A. P. S. Esbozamos una definición de A. P. S. en base a la línea de estos catorce años de trabajo, donde nuestro grupo no estuvo específicamente ligado a salud, sino, insisto en la marcha del pueblo.



Vista del público durante el desarrollo de las Jornadas.

La A. P. S. es una opción política que se integra al proceso de liberación de un pueblo, entendiéndose por política la práctica de la libertad, la actividad del hombre libre en la creación de un futuro renovado, y por liberación, el resultado de la actividad responsable de un pueblo de arriesgarse a crear un futuro más promisorio. Por eso la A. P. S., está dirigida prioritariamente a aquellas comunidades marginales que, como consecuencia de la relación opresora a las cuales están sometidas, al decir de Freire, se vuelve mudas, dado que el futuro no les pertenece. El mundo las ve como inactivas, pero esto es un reflejo de su impotencia; presentan una aparente pereza que no es un vicio, sino el resultado de la violenta opresión a las que se hallan sometidas.

Aunque para muchos el futuro aparece aun cerrado, su conciencia está despertando, pero este despertar se vuelve creador solamente cuando tiene un contexto de esperanza y de poder.

Hay algo que está cambiando; la persona desde su situación de opresión empieza a hablar, irrumpe en la historia, analiza

críticamente la situación y las causas que la generan; ya no se conforma con un futuro predestinado por el opresor; nace la libertad y cuestiona. El objetivo fundamental de su lucha es poder tener la libertad de crear su historia y en ese contexto, la A. P. S., debe permitir al pueblo ser protagonista de su proceso de salud, para que deje de ser objeto del sistema de salud y se transforme en un sujeto creador y participante de este proceso.

La A. P. S. abre el espacio para el análisis crítico de la situación salud —enfermedad para que no se base en la hegemonía del sistema, sino en la participación del pueblo; es por eso que acepta la posibilidad de modelos alternativos. La A. P. S. reconoce que el conocimiento científico no debe ser usado como instrumento de opresión o arma para favorecer el consumismo en manos de unos elegidos, sino como instrumento de liberación, en la medida que sea conocido y usado por todos. Se construye, por una parte, con el saber del pueblo, y por la otra, con el saber de la ciencia, de manera tal que no sea una atención mediocre ni benéfica, sino transformadora.

La A. P. S. reconoce a la salud como un derecho humano y una necesidad básica de la persona, es motivo de lucha para ser conquistada como la educación, la justicia, la tierra. Al reconocer la salud como un derecho humano afirma el derecho de toda persona a poder satisfacer sus necesidades básicas. De ahí nace su carácter multisectorial e interdisciplinario. Es por eso que la A. P. S. se hace fecunda cuando se inserta dentro de los movimientos populares, y se esteriliza cuando se la introduce dentro de la burocracia ministerial.

La participación popular en A. P. S., no se limita a consultar a la comunidad si les parece bien o no determinada acción de salud, sino que ésta participe en el poder de decisión con todo lo que ello implica. La A. P. S. reconoce que no existe un único patrón de cultura, ni culturas superiores que deben ser imitadas; respeta y valora las diferencias culturales de los pueblos y favorece el intercambio cultural en igualdad de condiciones en relación a la concepción y tratamiento de los diferentes procesos de enfermedad o cuidados de la salud.

La A. P. S. no pretende la igualdad, sino la equidad, de ma-

nera de que el gasto en salud se incline hacia el que más lo necesita y no a la inversa, o sea al que más puede consumir.

La A. P. S. tiende al uso racional de los recursos destinados a la tecnología. Cuando un país toma la decisión política de firmar la declaración de ALMA/ATA, si ésta no va acompañada de un proyecto acorde, la alta tecnología continúa concentrada en un perímetro geográfico muy reducido, al alcance de muy pocos, y no es patrimonio de quien realmente lo necesita.

La A. P. S. resulta impracticable en un proyecto político que no se funde en los principios de respeto a los derechos humanos, equidad y justicia social.

Dr. Eduardo Vassiliades. — Cuando llevábamos en Misiones algún tiempo con un programa de A. P. S., intentamos llegar a una aldea aborígen, donde había determinada resistencia para el trabajo, a pesar de que habían conseguido penetrar mínimamente los agentes sanitarios; pero nuestra idea era incorporar a promotores de salud aborígen al proyecto que estábamos desarrollando.

Había que caminar 4 Km. de selva hasta ese lugar. En la búsqueda de algún gaucho que permitiera comunicarme bien con el aborígen, se me ocurrió algo que no es tan original: pregunté en guaraní, al que me acompañaba, cómo se decía cabeza pelada. La idea era que cuando estuviera frente al cacique, que son bastante desconfiados, y me preguntara como me llamaba, le dijera: "cabeza pelada". De ahí, se estableció un buen vínculo de comunicación con ellos. Mediante esta pequeña anécdota habíamos empezado a tener como aliado al cacique, habíamos comenzado a explicarle como era esto de la A. P. S. a través de palitos sobre la tierra para poder ganar su adhesión al proyecto.

Todo lo que les voy a contar no es en absoluto un invento, es real, aunque suene como una fantasía. Se nos habían ido acercando mayor cantidad de aborígenes, la relación era excelente a partir de la anécdota de la cabeza pelada, cuando de pronto, irrumpe un helicóptero haciendo un ruido infernal, tirando tierra y árboles para un costado. Gran desbande aborígen para todos lados. Baja el helicóptero, baja un médico vestido con su uniforme blanco, atrás una cámara de TV. Baja el médico y dice: ¿Quién es el cacique? Lo abraza al cacique mientras el cameraman filmaba. Otra toma —dijo, y agarraron a alguien que pasaba

por ahí, que no sabían si estaba enfermo—, le puso el estetoscopio, y entraron a vacunar a todo el mundo. Simultáneamente al trabajo cotidiano de cuentagotas que realizábamos con los agentes sanitarios, se había iniciado un operativo enviado por no sé quién, a hacer estos actos generosos y espasmódicos de medicina.

Serían muy largas todas las conclusiones que se pueden sacar de este episodio, que les repito, es absolutamente real. La calentura mía fue tan grande, que mientras volvía a Posadas, esto del helicóptero me hizo acordar a la película Apocalipsis Now; entonces elevé al Ministerio una nota que se llamaba Apocalipsis Show, donde decía lo que había pasado. El ministro, este hombre sí que tuvo criterio, me dijo: Entiendo tu calentura. El operativo del helicóptero va a durar muy poco. No sé quién lo ordenó, ni siquiera es de Salud Pública. Pero lo tuyo va a seguir, así que dejalo ahí. Llévate tu artículo Apocalipsis Show, porque si no, te tengo que echar.

Hace mucho tiempo, entre las definiciones de A. P. S. que por ahí se decían, alguien dijo una vez que hacía un buen juego de palabras, pero que en realidad decía muy poco o nada. Decía que A. P. S. era medicina de alta calidad con tecnología de baja complejidad. Podría jugar con esos dos conceptos, pero esto es a toda luz incompleto, pero me sirve esto, como la piedra que uno tira al agua, y empiezan los círculos concéntricos. Cuando digo medicina de alta calidad, la primera pregunta es ¿para quién?

Una vez les preguntaba a estos mismos aborígenes, cómo entienden la salud, cómo se llama la salud para ellos. Un guaraní me decía: Es la vida libre y salvaje que nosotros hacemos en la selva, esto es salud. Empezaba a sospechar, y le pregunto: ¿qué es para ustedes la enfermedad?; me dice: es cuando estábamos en las Misiones Jesuíticas, en las reducciones, en las encomiendas; esto es enfermedad. Esto no va a ser una clase de medicina guaraní porque no estoy capacitado, pero he recogido algunas cosas que son fantásticas. Ellos tienen un largo listado de enfermedades que hoy en día se llamarían psicosomáticas, porque la mayoría de sus definiciones son: corazones acongojados, ánimo caído.

Cuando decimos medicina de alta calidad, ¿para quién?, ¿según la visión de quién? Existen gran cantidad de comunidades

agrícolas de origen alemán, suizo, las hay japonesas, dinamarquesas, polacas. Son muy grandes, y tienen otra concepción de la medicina; priorizan por sobre todo los recursos caseros. En el interior de Misiones hay un producto color petróleo, que se llama *Gunderbalsen* y que cura todo, de gastritis a antiséptico de uso externo, lo que quieran, pero para ellos va. Entonces ¿cuál es la propuesta que puedo llevar a la gente?

Tenemos lugares importantes donde uno puede hablar de una medicina industrial sometida a los efectos de la TV, y a la oferta de la tecnología médica. Por otro lado aparece el sistema institucional de salud ofreciendo servicios más o menos adecuados, conforme a los recursos y a la idea que se tenga.

En estos años de hinchar con la idea de A. P. S. apareció una corriente que decía: Estos que empezaron con los programitas de A. P. S. están equivocados. Ese es el error en el otro sentido. Estoy de acuerdo que un programa de salud rural, como se llamó originariamente, no es A. P. S., pero en muchos lados fue el punto de partida, por el cual fue posible difundir la A. P. S.

Probablemente, cada lugar haya tenido su propia estrategia, de esto se trata. En Misiones tuvimos que partir de esa realidad, partir de un programa de A. P. S. para poder penetrar. Al principio chocamos con un montón de cosas, desde la gente que decía: Un agente sanitario es un policía en salud; los agricultores lo llamaban el enfermero agrario. Pero la cosa fue entrando, fue de a poco penetrando dentro de las posibilidades de lo que se podía hacer. Al año se fue extendiendo, fue creciendo, de a poco la gente fue entendiendo más, acercándose más, sabiendo que sus opiniones sí pesaban. Nos fuimos encontrando con otros aspectos de la realidad que limitaban nuestro trabajo.

Notamos lo que hoy en día nadie discute: que se trata de una estrategia. Si nos quedábamos con el programita original, todo el sector de médicos formados con otra concepción de la medicina, no lo iban a poder entender. El único que lo entendía era aquel médico que vivía en el interior, que estaba sometido a las presiones diarias, a tener que resolver una cantidad de cosas que el resto de la tecnología médica no le ofrecía. Lo primero que se nos ocurrió fue empezar a trabajar con los residentes. Misiones tenía muy poco cupo de residentes de medicina general; casi todos

iban a pediatría, a ginecología. Entonces dijimos a las autoridades: Queremos mayor cantidad de residentes de medicina general. Conseguimos que se modificara el cupo y empezamos a tener mayor cantidad de residentes de medicina general. Pero los viejos criterios de la medicina individual seguían estando. Entonces dijimos que el jefe o superior médico del programa de A. P. S. debía ser el jefe del área programática; así creamos las áreas programáticas en Misiones. Para quien no conoce el concepto, se trata de un área que responda a la influencia de un hospital; la responsabilidad del hospital no se acaba en las cuatro paredes, sino en toda el área geográfica que le corresponde. Hicimos coincidir cada área programática con un departamento. El director no tenía que preocuparse solamente por su hospital, sino que era responsable de todas las acciones de salud de su área programática.

Con esto, le enchufamos el programa de A. P. S., el de maternidad, infancia; de todo él era responsable. Esto se logró mediante las áreas programáticas. Pero después no le alcanzaba el tiempo, entonces apareció una tercera cosa que conseguimos implementar en la provincia gradualmente: la dedicación exclusiva. Los médicos ya no tenían que preocuparse por hacer actividad privada, sino por dedicarse exclusivamente a las funciones como responsables de salud de toda un área programática.

Los organizadores de este encuentro, con muy buen criterio, me dijeron que querían conocer las dificultades también; eso es lo que importa, porque sino todo sería la parte positiva.

Cuando creamos los full-time, sacamos un proyecto donde la prioridad absoluta para ser contratado, era tener la residencia de medicina general. Queríamos darle una salida al residente de medicina general, que en el sistema actual es un paria. Hoy es jerarquizado el especialista, pero no quien egresa de medicina general.

Los residentes de la provincia de Misiones han discutido muchas veces conmigo; me decían que nosotros somos responsables de las cosas que ellos están pasando. Es cierto, yo tengo parte de la culpa, pero les decía que peleáramos juntos para que esto cambie, porque no hemos conseguido que nos reconozcan, sigue habiendo resistencia a jerarquizar el recurso humano que

es muy valioso. El residente de medicina general tiene que tener condiciones mínimas, y remuneración justa para trabajar en el interior de la provincia.

El programa fue incorporando otros recursos humanos. No nos alcanzaba solamente con estar dentro del sector salud. Empezamos a trabajar con federaciones y cooperativas agrícolas y con la Facultad de Antropología. Hace varios años que se hacen seminarios de A. P. S. en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.

Más allá de todas las dificultades que hemos tenido a lo largo del tiempo, que son innumerables, ha quedado como saldo lo siguiente: Empezamos con ocho agentes sanitarios en un área programática crítica del interior de la provincia, en la actualidad hay más de ciento cincuenta que ocupan toda la costa este del río Uruguay de la provincia de Misiones. Fuimos al lado urbano de las tres grandes ciudades, donde las condiciones sanitarias son aun peores que en las zonas rurales.

En todos lados hay este tipo de eventos donde se habla de A. P. S. En la Facultad siguen hablando de A. P. S., en las campañas políticas no hay quien no diga que va a desarrollar programas de A. P. S., con todas las salvedades que ha dicho el Dr. Escudero, y con todo lo que esto implica. Habrá muchas cosas que corregir, pero queda como saldo favorable de todo ese gran esfuerzo de un montón de gente, que hoy podamos estar acá; gente de muy lejos, como el caso de Ferrero de Formosa; Quirno Costa de Neuquén. De alguna manera, las provincias, con este tipo de experiencias, estamos haciéndonos oír acá, en la capital.

Público. — Dr. Vassiliades; yo ahora termino mi instrucción en medicina general, ¿qué posibilidades podemos tener hoy, los médicos generalistas, en Misiones?

Dr. Vassiliades. — La realidad es que tenemos residencia de medicina general en la provincia, pero no estamos en condiciones de absorber la totalidad de recursos. Lugares para trabajar hay. La idea del médico con dedicación exclusiva ha seguido desarrollándose en la provincia, empezamos con muy pocos médicos y en la actualidad se ha extendido.

Los médicos con dedicación exclusiva en la provincia cobran cinco sueldos equivalente a la categoría diecisiete de revista. En algunos lugares se les da casa y comida, pero a pesar de que tenemos residencia de medicina general, no es la totalidad de los médicos de la provincia los que han sido absorbidos. Queda una salvedad: cuando los cupos vacantes para las especialidades están cubiertos, hay un juego de los mismos residentes que es entrar a la residencia de medicina general, para posteriormente tratar de pasarse a una lineal. Cuando ofrecemos trabajo para residentes de medicina general, silban bajito y se van; por supuesto no son todos los casos. A pesar de que tenemos residentes de medicina general, no todos optan por trabajar en zonas rurales, con lo cual hay una posibilidad de trabajo.

Dr. Ferrero. — Es cierto que las provincias como Misiones sostienen sus residencias. Formosa no tiene nada; tiene una residencia que se está esbozando todavía, en un viejo concepto de medicina rural, donde pasan por una serie de servicios. En la provincia, el nivel médico que en este momento receptionamos, es el de recién recibido, eso implica una tarea que es agobiante, implica una capacitación de ese médico recién recibido para adaptarlo a la zona, luego a través de programas de atención médica continúa en servicio de ateneos, de charlas. Cuando pasan dos, tres años se va, junta una experiencia suficiente, y se va a otro lado.

Público. — El recurso no tradicional, ¿son los médicos?

Dr. Ferrero. — El recurso no tradicional es el adiestramiento y capacitación del recurso local. El agente sanitario, para nosotros específicamente, es una persona de la comunidad que vive dentro de ella, que comparte costumbres, que tiene la misma cultura, que comparte la vida con esa comunidad. Esa comunidad lo elige libremente para desempeñar acciones de promoción de salud y algunas acciones asistenciales. Ese es nuestro perfil del agente sanitario.

En nuestra zona hay escasez de personal médico. Hay muchas dificultades: los sueldos no son buenos, la zona está totalmente aislada, no hay radio, ni TV, ni teléfono, entonces se hace

muy difícil. Nuestra línea de trabajo fue fundamentalmente la capacitación de personal auxiliar. Intentamos no llamarlo agente sanitario, sino agentes en A. P. S. En este momento estamos trabajando con mujeres como parteras tradicionales. Haciendo una investigación nos dimos cuenta, que había comunidades enteras que por motivos fundamentalmente culturales, tenían los chicos en sus domicilios. Llegamos a hacer reuniones con todas las mujeres y plantear qué es lo que hacían en los partos, cómo se autoatendía la comunidad. Ante esa situación surgió que una o dos mujeres de esa comunidad, asistían los partos; algunos bien, con cosas que aprendimos, y otros con cosas que había que corregir. Se lanzó un curso de parteras tradicionales, donde la intención era cubrir una zona sanitaria con una partera tradicional por cada comunidad de difícil accesibilidad, ya sea geográfica o cultural.

Otro auxiliar podría ser el auxiliar fisiológico. La idea era transferir a la comunidad ese poder que hasta ahora teníamos los médicos. Se capacitó para cada departamento, en mi zona sanitaria un auxiliar fisiológico; prácticamente ellos manejaban el diagnóstico y tratamiento dentro de su departamento. También hemos trabajado en parte, con promotoras sociales dentro de las distintas comunidades. En este momento, en un curso de agentes sanitarios en Ingeniero Juárez, hay dos agentes sanitarios aborígenes que participan como docentes del mismo.

Esto es lo que nosotros llamamos recurso humano no tradicional.

Público. — ¿Qué papel juega el equipo interdisciplinario de salud en este acercamiento?

Dr. Escudero. — El papel del médico tiende a desdibujarse. Los soviéticos con el *feldshers*, los chinos con los médicos de pies descalzos, después el agente sanitario en toda América Latina, consiguen hacer impactos tan grandes en la morbi-mortalidad, que la salud como área especializada se desdibuja. Un médico formado nueve años, soluciona equis cantidad de problemas, pero una persona formada la cuarta parte del tiempo soluciona la mitad o más. No hay relación entre tiempo de formación, capa-

cidad de solucionar problemas y espectaculares resultados sanitarios.

Los médicos argentinos han pasado de la omnipotencia de: "Nosotros, médicos de guardapolvo blanco, solucionamos todo", al masoquismo, diciendo: "Nosotros somos los instrumentadores del modelo médico hegemónico, nos metemos con una medicina científica, autoritaria, machista". Ni una cosa ni la otra fueron ciertas. El médico nunca fue hegemónizador de la sociedad, porque el papel o el rol médico está sobredeterminado por otras categorías de análisis económico.

La solución de la salud es absolutamente multidisciplinaria. En muchas comunidades el agente más eficiente para bajar la mortalidad preescolar es la mamá que le da cucharitas de agua a su hijo y ¿qué tipo de agente sanitario es la mamá? Dentro de este concepto, aceptando que se desdibujan papeles profesionales, pensemos que Argentina es un país muy fuera de lo común. En este momento tenemos un médico cada cuatrocientos habitantes. Debería haber formas de repartir el excedente social, o hacer políticas de salud, para que no se desdibuje el papel del médico, hasta el punto de que pierda su lugar como un importante elemento para mejorar la salud comunitaria. Un ejemplo empírico: en este momento estamos gastando en medicamentos 1.500.000.000 de dólares por año; podríamos discutir cuánto sería sensato gastar si la décima parte en ese orden de cosas, es la verdad. Si aplicamos las recomendaciones de la OMS, gastaríamos entre la quinta y la décima parte, pero no podemos porque nos cierran la canilla del crédito internacional. Jugando con esta cantidad de excedente, podemos buscar soluciones políticas para que el médico cumpla un papel importante, esté bien pago y haga buenas y eficaces tareas sanitarias.

Somos en gran parte comunidad de inmigrantes europeos y el mérito profesional de tener un hijo universitario es importantísimo, hasta el punto que hemos graduado médicos para tener uno cada cuatrocientos habitantes.

Dr. Vassiliades. — Con respecto al recurso humano no tradicional, no hay moldes ni modelos en ninguna parte del mundo. China encontró la forma que para su país servía. En nuestro país

donde existe realmente una plétora médica mal distribuida es otro tipo de respuesta gradual la que se va dando.

El grado de capacitación y profundidad al que llegan dentro de las acciones los agentes sanitarios, promotores de salud o agentes polivalentes, o como quieran llamarlo, dependerá de la realidad local. Formosa tiene ese problema, Chaco también. Chaco llegó a realizar una serie de acciones con agentes sanitarios, que cualquier médico formado a la usanza ortodoxa y tradicional de la medicina, se horrorizaría de las cosas que hacen estos muchachos que tienen escuela primaria.

En Misiones teníamos la sospecha, lo comprobamos después, de que teníamos una alta tasa de morbilidad por epilepsia. Esto no había sido estudiado epidemiológicamente, no había atención suficiente y nosotros queríamos dar respuesta a esto. Fui a ver al jefe del servicio de neurología del hospital de mayor complejidad, y le dije: "Tenemos este programa, quiero que lo conozcas para ver qué podés hacer; pero vos no sos el doctor que todo lo sabe; dejá de lado tu omnipotencia médica, vení y sentate en una rueda de mate con los agentes sanitarios, escuchalos y vemos qué hacemos". Lo llevamos a un área programática donde surgió una de las cosas que mejor nos ha salido. Escuchó como trabajaban los agentes sanitarios, elaboramos un proyecto juntos que lo volvimos a bajar para la discusión. Un día les explicó los distintos tipos de convulsiones, delante del médico local. Cuando les dijo: "Hay un tipo de ataque así —el médico local le decía al agente sanitario—: Usted conoce a doña Círla, ese tipo de ataque es. Explicaba otro tipo de convulsión y el médico local decía: Usted conoce a don Pancho, ese tipo de ataque es. Lo que queríamos era que el agente sanitario detectara a aquellos pacientes epilépticos que no estaban atendidos.

En el momento en que iniciamos este trabajo, en el área programática de la zona del Alto Uruguay, había siete enfermos epilépticos detectados. Ninguno bajo tratamiento, habían iniciado y abandonado. El problema consistía en que el agente sanitario, a través de una serie de preguntas muy disfrazadas iba a poder detectar quienes eran probables enfermos de epilepsia, y lo iba a derivar al primer nivel de atención, que era un puestito de salud. Una vez por semana los íbamos a llevar con una ca-

mioneta al lugar más cercano donde había un electroencefalógrafo, para poder hacer el diagnóstico definitivo. Este fue el trabajo, así se empezó. El medicamento para la epilepsia es bastante barato, así que no había problema con el tratamiento. Cuando empezamos el programa había siete enfermos, ninguno bajo control; a los cinco meses llevábamos sesenta y cinco casos todos bajo control, todos detectados por agentes sanitarios. El jefe de neurología no podía entender cómo este niño con la escuela primaria solamente, podía tener semejante visión para detectar casos de epilepsia. Esto demuestra que no son términos antagónicos, cuando alguien de una especialidad como neurología, para el diagnóstico puede utilizar alta tecnología, cómo puede bajar hasta el primer nivel de atención, y demostrar cómo, a través de un recurso a mano riquísimo y valioso, como el agente sanitario, se puede llegar a él.

Dr. Stein. — ¿La A. P. S. es para una parte de la población o para toda? Quizás con los ejemplos que nosotros aportamos, damos la idea, de que la A. P. S. está destinada a un sector de la población. De hecho practicamos una política de salud que tiene que ver con un sector que se lo llama de una manera que no es correcta, en mi opinión. El concepto de marginal no está usado, como lo usó la sociología norteamericana, que tenía dos políticas para las llamadas sociedades marginales o villas marginales. No creo que haya que ir a buscar comunidades marginadas o marginales al Chaco, a Santiago del Estero o a Catamarca, porque gran parte de esas comunidades están aquí, rodeando el Gran Buenos Aires.

El problema no es el recurso a utilizar, a pesar de que hemos sido fervientes defensores de la participación del agente sanitario. El problema es pensar que hay una comunidad que puede trabajar activamente en esta política de salud. No hablemos de los médicos, que en ese caso, hay que cambiar el elemento formador principal, que está dando salida a una cantidad de médicos, que no trabajan con las ideas de salud que se están manejando aquí.

La Argentina está produciendo una población importante de psicólogos. Cuando hablamos de las modificaciones que la estrategia de A. P. S. produjo en algunos lugares, en realidad nos estamos remitiendo a indicadores tradicionales de salud. Pero la

situación y la crisis en el mundo es tal, que hay que dar cuenta de nuevos indicadores para ver si el problema es medir cuánto hay de mortalidad infantil, cuánto hay de mortalidad materna, cómo está el problema de partos institucionales; o si hay que comenzar a medir indicadores tan importantes como qué pasa con la salud mental, entendiéndola como una parte de la salud. Pero no hay que dar una respuesta distorsionada de creer que todo se resuelve a través de programas de salud mental; porque se responde a los problemas con programas y entonces tenemos veinticinco programas distintos. Hay que pensar en los problemas de salud mental como parte de los problemas de salud de la población. Así como hablamos de médicos y de psicólogos, tenemos que hablar de sociólogos, de asistentes sociales, de todos aquellos que puedan integrar ese rico equipo de salud que debe trabajar con una programación que tenga que ver con las necesidades de salud de la población.

Otro problema muy importante es qué cambios profundos en las sociedades pueden dar pautas a cuenta de la resolución de problemas importantes de salud. Hay una relación muy estrecha en cómo en aquellos lugares donde los cambios sociales se atascaron o se modificaron en sentido inverso, repercutió en los problemas de salud. Vemos que en algunos países donde la participación social tiene un alto desarrollo, esos programas están siendo restringidos, dejados de lado. No sé si los *feldshers* están funcionando en la URSS, tampoco qué estará pasando con otros indicadores de la mortalidad infantil; no sé que pueda estar pasando en Cuba; en la propia República Popular de China, que hizo las transformaciones profundas de las cuales hablaba Escudero, que ha reemplazado a la comuna popular, como la base administrativa, organizativa, política y económica de la sociedad China, por la unidad familiar, vamos a ver qué va a pasar con los indicadores de salud. Estoy haciendo una crítica, desde el punto de vista de ser un sostenedor activo, de esas transformaciones económico-sociales, que produjeron en el último siglo cambios tan importantes, que no se conocieron en milenios de la historia de la sociedad.

Dr. Escudero. — Jornadas como estas son importantísimas, porque nos hacen definirnos sobre qué defiende cada uno. Fui,

en alguna época de mi vida, funcionario internacional, y las declaraciones de los organismos internacionales son una especie de cosa con acompañamiento de violines y música suave. "Estamos a favor de todo el bien, estamos en contra de todo el mal, somos buenísimos, y además nos pagan bien". La A. P. S. es la Biblia y el calefón. Diferenciamos qué es la Biblia y qué es el calefón. La definición de Ferrero de A. P. S., que comparto absolutamente, jamás se hubiera votado en ALMA/ATA si se presentaba como documento de trabajo; los funcionarios hubieran bicicleteado la cosa para que eso jamás fuera a la mesa de discusión. El Ministro de Salud de los milicos jamás la hubiera votado. Veamos en el curso de esta semana, qué quiere decir en lo concreto, en términos de poder, de control de autoridad, de acumulación económica, de uso del excedente social en A. P. S., para trascender este tipo de leche descremada que uno lee en documentos internacionales.

Tengo una pequeña discrepancia con Vassiliades. Uno puede plantearse qué tipo de vida es deseable en muchas comunidades indígenas, qué puede ser deseable en términos ecológicos, pero eso no quita que pueda coexistir con una alta mortalidad. En los últimos quince años, en el ambiente intelectual, con esta vuelta al ecologismo, a los movimientos verdes, a la sensatez ecológica, hubo una especie de vuelta de Arcadia primitiva preindustrial. Hay una comunidad de los Kung, en Namidia, que ha sido estudiada por toneladas de antropólogos, que van a ver qué pasa con los Kung, que viven en un contexto ecológico no agresivo, con dietas balanceadas de hidratos de carbono, que no contaminan, que se pasan alrededor del fuego contándose cuentos. Todo eso está muy bien, pero coexiste, con una esperanza de vida al nacer de treinta años, y con una mortalidad infantil de 400 por 1.000. Existe una contradicción entre nuestro deseo de minimizar, en lo posible, la mortalidad, que es un deseo fuertísimo, y cierto tipo de planteos de sociedades para las cuales, la mortalidad en sí, no es un valor demasiado importante, empezando porque no saben medirla.

Público. — Quisiera hacer una pregunta al Dr. de Misiones o Formosa. En base a sus experiencias siempre han caído en ejemplos que tienen que ver con la patología, por ejemplo: el

caso de la epilepsia en Misiones, de las parteras en las comunidades indígenas. ¿Por qué cuando se habla de A. P. S. dan ejemplos de enfermedad y no de salud?

Dr. Vassiliades.— Si para un auditorio fundamentalmente médico, por más inquietudes que tengan, hiciéramos un planteo desde ese ángulo, probablemente una buena parte, se hubiera retirado horrorizado. Esto es gradual, hasta que alguien se lo plantea, entonces empezamos a ver las cosas de otra manera. Lo que estamos planteando, son intentos de integración con el sistema actual. Cómo se llega a ésto, es otra historia mucho más larga. Cuando empezamos a trabajar en comunidades rurales, no es precisamente la salud el tema predominante; a la gente le interesa mucho más la tenencia de tierras, que le den el título de propiedad. Hemos llegado a hacer experiencias donde a un médico que le girábamos dinero para la caja de un hospital, decidió usarla para la crianza de cerdos, porque es lo que la gente quería. Jamás nos hemos sentado en un escritorio a decir: “Desde la óptica de los tecnócratas del sector salud, esta es la propuesta”. Cada localidad esbozaba su propuesta, y eran los responsables de desarrollarla. Esto es lo que se llama programación local, en base de los objetivos que ellos vean como prioritarios.

Pretender hacer A. P. S., e ignorar el resto del sistema, es una utopía por más que no nos guste, o tengamos diferencias. Me interesa que el Director del hospital de mayor complejidad de la provincia entienda gradualmente cómo es esto y participe, porque sino, no me va a prestar sus residentes, no voy a poder hacer derivaciones. No se olviden que A. P. S. es la puerta de entrada a un sistema, no se trata de incorporar a un primer nivel solamente, sino que dentro del sistema, aquel poblador de muy lejos, pueda acceder a recursos de mayor complejidad, es esto lo que hace falta.

Público.— Quisiera hacer dos planteos. Siempre se habla de A. P. S. en zonas rurales periféricas, y muy poco en zonas urbanas o suburbanas; en las conversaciones con mis compañeros, veo que la principal traba con la A. P. S. es que lo ven como algo alejado, que se puede hacer en Chaco, en Salta, en Neuquén. ¿Qué se puede hacer, para que la gente de la ciudad que no tiene intenciones de irse, lo sientan más?

El otro planteo, es que no veo la rehabilitación dentro de A. P. S., esto puede estar relacionado con el planteo anterior, porque posiblemente, la rehabilitación tenga más incidencia en el contexto urbano que en el rural.

Dr. Ferrero. — Imaginamos la A. P. S. en algunos lugares del país. La respuesta nuestra a esto debe ser negativa si estamos conscientes de que es una estrategia. El problema es que hay que considerar también el origen histórico.

En la República Argentina hubo algo que era ya estratégico: la forma en que resolvieron la salud en el período del Dr. Ramón Carrillo, que de alguna manera había una inclusión de una conceptualización que era estratégica. El Dr. Carrillo no llegó a ALMA/ATA, pero ALMA/ATA para algunos es todo, para otros es un punto de partida, que a su vez era antes un punto de llegada.

Una cosa muy importante es el pequeño ejemplo que decía Vassiliades: muchas veces hay que convencer a los directores de los hospitales para mandar un médico, aunque sea local, porque no es mandarlo castigado como se lo manda a la guardia. El impacto en salud sería muy grande, si lográramos crear una condición, en aquellos que tienen incidencia en los centros de residencia de las áreas programáticas, para que se convengan de que esto no es de los que están lejos del hospital, sino que es de los que están lejos, pero en relación al hospital, no solamente como referencia desde allá para el hospital, sino desde el hospital para allá.

Cuando uno a veces conversa en la propia Escuela de Salud Pública con administradores de salud que son formadores, que son docentes, sobre cómo es el problema del hospital, empiezan a hablar de la eficacia de los servicios, cosa que es muy importante, pero cuando uno les pregunta sobre las áreas programáticas, te miran con una cara como diciendo de qué me están hablando. Estamos hablando de un sector formador de recursos, pensemos esto en relación con la Facultad, en relación con aquellos que tienen la capacidad de decidir a nivel de toda la red de servicios. La modificación de esto es compleja, porque hay que replantear la formación, la Facultad, el sistema de salud.

Si la posibilidad de practicar esta línea de salud no se co-

rresponde con un suficiente apoyo presupuestario, no se corresponde con las limitaciones que tiene, la idea puede ser muy linda, pero no se va a poder llevar adelante. Hay lugares que lo pueden hacer porque tienen médicos full-time, si no los tuvieran, eso no andaría.

Dr. Escudero. — La A. P. S. urbana funciona, tan bien como la rural. La Habana Vieja, en Cuba, tenía casas hechas hace cien años, y que hace treinta que no le pasaban una mano de pintura; sin embargo esa población tenía una mortalidad infantil de la mitad de la que tenía la ciudad de Buenos Aires. Con buena A. P. S., y buena derivación, lo edilicio formal, por lo visto, no pesa mucho.

En la Argentina, como experiencia concreta, hoy un programa de A. P. S. urbano, para el Gran Buenos Aires, es el de la Obra Social de Ferroviarios, con cobertura para 150.000 personas. No sé si habrá otras experiencias, ésta está desarrollándose en este momento.

Dr. Stein. — Sobre el tema de la rehabilitación no conozco mucho. En la escuela, un grupo de A. P. S., incluyó un miembro participante, que es un diplomado de Salud Pública, con una vasta experiencia en el Chaco argentino, en el Paraguay, para el tema rehabilitación. Para sobrevivir está haciendo un trabajo de rehabilitación para una Obra Social de la zona de Morón. Si quieren conocer esta experiencia hay textos, documentos, donde incluye componentes de la estrategia de A. P. S. por resolver, en cuanto a la participación de la gente y de los padres. Es un tema que está poco tomado.

Público. — Quisiera decir que en la parte suburbana se está trabajando. Nosotros estamos trabajando en el hospital de la Matanza, como centro base. Algunos médicos y residentes generalistas estamos en estas jornadas de políticas sanitarias.

Público. — Pertenezco al Centro Médico de Educación Popular, que es privado. Estamos intentando juntar profesionales de salud que no quieran trabajar en zonas tradicionales. Estoy trabajando en los asentamientos de Quilmes, tratando de comunicarme con curanderos, para juntar todo el conocimiento popular de esta gente del conurbano, que en su mayoría provienen del

interior, y tienen mucha riqueza de conocimientos, pero intentando trabajar en forma científica y no tomándolo como algo folklórico.

Público. — Quisiera agregar que A. P. S., no comenzó en ALMA/ATA, además hay organizaciones de autogestión en salud, por ejemplo Alcohólicos Anónimos, que vienen desarrollando muchas tareas de rehabilitación.

Dr. Vassiliades. — Me llamó la atención, y me siento comprometido con la pregunta de rehabilitación. En este sentido, hace muchos años que hay grupos de trabajo con amplia participación. En este momento estoy con un grupo de una comunidad terapéutica, realizando tareas de rehabilitación. Los mismos participantes tienen plena conciencia de lo que significa su incapacidad, de lo que ellos pueden hacer dentro de su proceso. En la Argentina, hay muchos sistemas que se están haciendo sobre esto, pero que tal vez no se conozcan, porque no conocemos nuestras acciones comunes.

**AYER Y HOY DEL TRABAJO COMUNITARIO
EN SALUD DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL
DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ**

**(Mesa de discusión integrada por profesionales
del staff, ex-instructores y residentes)**

COORDINADOR:

Dr. Norberto Liwski

*Coordinador del área programática de la Dirección
Nacional de Sanidad Escolar.*

PANELISTAS:

Dra. Sara Polonuer

Dra. Susana Hoxter

Dra. Gloria Socchi

Dr. Alberto Manterola

Lic. Viviana Di Tomasso

Lic. Haydée Lorusso

Dr. Mario Rípoli

Dr. Flavio Romano

Dr. Liwski. — Efectivamente, todo proyecto, toda estrategia de salud, siempre tiene un ayer, que muchas veces no es debidamente tenido en cuenta por las nuevas etapas, proyectos, o nuevos modelos que se ponen en marcha; y otras veces son exeesivamente sostenidos, en una intención de réplicas mecánicas que no se ajustan ni a los cambios específicos, que el área de A. P. S. ha ido experimentando, ni a los contextos económico-sociales. Hay toda una generación de profesionales de la salud, particularmente de pediatras, que venimos recorriendo un camino penoso, zigzagueante, con muchos atajos y muchas dificultades, para encontrar el más adecuado. Estas jornadas ofrecen la posibilidad de te-

ner un espacio, este panel tiene el propósito de mirar retrospectivamente, pero no como quien lee la historia sin compromiso o indiferente, no con el propósito de recoger de la historia todas las respuestas para el desafío del futuro, ni tampoco estimo que esté el ánimo de mirar el camino actual que se está recorriendo, como verdades absolutas, o no experimentadas en otras etapas. Uno de nuestros mejores intérpretes del sentimiento nacional, dice en una de sus canciones: "Los pueblos que olviden su pasado, equivocan el presente, y no encuentran nunca el futuro". Esto es orgullo de los argentinos, pareciera que estamos teniendo muy presente el pasado y entre todos, nos estamos proponiendo apoderarnos del futuro, esta reflexión sobre salud, no puede escapar a este momento histórico que vive nuestra Nación.

Dr. Manterola. — Los organizadores nos pidieron al grupo que trabajamos en el centro de salud de Villa Saldías, hace unos años, que comentáramos esa experiencia. Tendré que tomar conciencia, de que voy a hablar del ayer, no del presente y del futuro, pero vamos a tratar de que esto también sirva para el presente y para el futuro.

Cuando uno habla de A. P. S., no solamente hay que referirse a un centro de salud y a la atención que se puede hacer allí, lo que se puede hacer en un hospital también tiene mucho de A. P. S., en los hospitales, de hecho lo estamos haciendo en estos momentos.

La etapa que les puede interesar, es la que vivimos en el llamado centro de salud de Villa Saldías. La primera intervención que el hospital hizo en el centro de salud, fue en el año 1966, cuando la Dra. Lapacó (actual directora del hospital), era jefa de residentes, y como tal fue la encargada de relacionarse con aquel centro, que era atendido por médicos voluntarios de instituciones de caridad, con las cuales se hizo una especie de convenio por el cual, médicos de este hospital y residentes coordinados por jefes de residentes tomaron a su cargo la atención de los chicos. Esto se hacía en viejos tranvías, puestos en la propia villa, donde se atendía de manera bastante precaria. La relación del hospital con la villa fue progresando y logramos colaborar con ellos en la habilitación de una planta física para el centro, que fue hecha con el esfuerzo de una serie de instituciones y personas,

y primordialmente con el esfuerzo en la construcción por parte de la población. Cuando se tuvo que intentar hacer un nuevo edificio, intervino ya la municipalidad, entonces entre municipalidad y las instituciones, pagaron los elementos básicos para el edificio, que era una casa prefabricada de muy buena calidad. Se eligió una casa de ese tipo para que la población, pueda rápidamente armarla. En dos meses se terminó la construcción, con el aporte del trabajo de la propia gente. A partir de ese momento, la población de Villa Saldías y del Barrio Mitre, que estaba al lado, se sentían muy comprometidos, era parte de ellos porque ellos lo habían construido, incluso el sereno y uno de los empleados que lo cuidaban eran habitantes de la villa, el compromiso era completo.

En un principio los residentes trabajaban en forma voluntaria, después hacían rotaciones fijas, y en un momento dado dejaron de asistir. El centro fue cubierto, en cuanto a la atención pediátrica, por personal del hospital de Niños y del hospital Fernández, trabajaban la mitad de su tiempo en el hospital y la otra mitad en el centro de Villa Saldías. Esto permitió una relación muy importante para las derivaciones médicas, y era útil para la población que estábamos atendiendo. Teníamos turnos reservados para ellos, para laboratorio, rayos, consultas, y la posibilidad de tener un médico que los podía atender tanto en el centro, como en el hospital permitiendo una conexión muy rápida e inmediata. Esto se daba en forma más importante con el hospital Fernández, porque uno de los problemas más acuciantes de la población, es conseguir en el momento del parto, cama reservada. Lo que teníamos era una atención, en la propia villa, con médicos obstetras y partera, con cursos psicoprofilácticos, con educación para la salud de la madre, y con las radiografías y análisis del Fernández. Teníamos una misma ficha del paciente, en el centro de salud, y en obstetricia del hospital. La necesidad de relación de un centro periférico con un hospital de mayor complejidad, es un planteo para el hoy y el mañana de la atención.

No voy a defender el ayer. Esto empezó en el año 1966, yo me incorporé en 1967, y los doctores que después van a hacer su relato, en el año 1968-1969. Son unos cuantos años ya. Si tuviera que hacer eso mismo que hicimos en aquel momento, no

lo haría igual. Por ejemplo, llamábamos a nuestro programa Atención Médica Básica, que ahora me parece totalmente inadecuado, y más lógico el de A. P. S., pero los nombres no deben hacernos perder lo importante. En ese momento no teníamos idea de factores de riesgo o de población en riesgo, tomábamos a la población más o menos igual, si bien podía ser justo no era equitativo, porque había grupos de la población que tenían muchos más problemas que otros, y nosotros dábamos el mismo tipo de atención a toda la población. Tomábamos algunos grupos, llamados en ese entonces vulnerables, en forma aislada, los desnutridos por un lado, los tuberculosos por otro, los enfermos de lúes por otro, y lo importante no era el nene desnutrido, ni el papá con la mamá tuberculosa, sino una familia en riesgo. Pero en ese momento utilizábamos las normas y las reglas de la medicina sanitaria de esa época. Faltaba tiempo para ALMA/ATA, para la definición de A. P. S. y de factores de riesgo.

Cuando uno habla de lo anterior no quiere decir que eso sea lo útil, lo bueno, solo está contando una experiencia más. Nuestro programa de Atención Médica Básica era para las poblaciones seleccionadas, villas de emergencia fundamentalmente, que por el año 1967-1968 en Capital Federal, llegaron a tener 100.000 habitantes. Se llegó a cubrir casi el 90 %, teníamos atención para 88.000 habitantes, con centros de salud con el mismo criterio que el de Villa Saldías, distribuidos en todas las villas de emergencia. En todos los hospitales se intentaba que el mismo que atendía tres horas allí, atendiera tres horas en el centro de salud, esto permitía una buena relación con el hospital. El programa se componía de una atención clínica, un programa especial para control de niños lactantes, preescolares, escolares, adolescentes, y atención de embarazadas. Esos son los programas específicos para los cuales teníamos ficheros cronológicos de seguimiento. Teníamos un programa para grupos vulnerables, especialmente desnutridos, tuberculosos y luéticos que eran una cantidad importante. Había entrega de alimentos protectores, la leche en polvo específicamente, no había programas como el actual Plan Alimentario Nacional. Los asistentes sociales no solo tenían que atender la cobertura de los problemas sociales, sino que también la relación con las instituciones de la comunidad.

En aquel momento, cada zona tenía una junta vecinal con la cual tuvimos una muy buena relación, a pesar de la poca unidad que había entre unas y otras, dependía mucho de los caudillos que apareciera. Con la junta de Villa Saldías siempre tuvimos mucha mejor relación que con la del Barrio Mitre, cuya junta vecinal estaba dirigida por un matón, capataz en el puerto, que a través de su poder como dador de trabajo en el puerto, tenía un grupo de matoncitos que manejaban la villa. Las relaciones no son siempre fáciles, acuérdense que en esa villa vivió y actuó el padre Mujica, que después murió en otro lado.

La ronda sanitaria, fue una metodología de trabajo que se empezó a hacer en Colombia, que después fue trasladada a nuestro país, a la provincia de Jujuy por el Dr. Alvarado. En la historia de la medicina, Alvarado fue un extraordinario médico, encargado en su momento de la erradicación del paludismo en el nordeste argentino, fue un trabajo muy intenso que se realizó para 1947-1948. Nosotros copiamos esto, no inventamos nada, pensamos que la situación socio-sanitaria que teníamos en la villa podían ser parecidas a las de Jujuy, y empezamos con el sistema de rondas sanitarias.

La ronda sanitaria era la visita periódica cada dos meses, realizadas por enfermeros sanitarios y asistentes sociales, con un contenido que tenía una serie de posibilidades: inmunizaciones, para controlar o aplicar la vacunación; detección de grupos vulnerables; detección de aquellos lactantes o embarazadas que no estuvieran acudiendo al centro.

En aquella época no pudimos tener una relación, a pesar de que lo declarábamos en ese momento, para convertir a la población en agente de su propia salud, no tuvimos el éxito que hubiéramos querido tener, sobre la base de la filosofía con la cual planteábamos las cosas, quizás porque no utilizábamos la metodología adecuada, quizás porque las rondas sanitarias no se hacían, como en otros lados, con agentes de la propia comunidad. Pensábamos que era mejor con agentes formados, con asistentes sociales y enfermeras sanitarias. Si hoy tuviera que hacer una cosa como esta, no lo haría en la forma que lo hicimos.

Ver hoy a los médicos residentes tratando este tipo de tema, realmente es como este ayer a uno se lo justifican. El hoy es

distinto. En el ayer, no era fácil tratar con médicos residentes, para hablar de A. P. S. Quizás esto no les parezca un cambio, sino una evolución normal de las cosas, pero claramente esto es una diferencia.

Dr. Rípoli. — Queremos hacer una aclaración, en la presentación se dijo: a cargo de profesionales del hospital de Niños, y en realidad en nuestro centro existe un grupo de residentes y becarios que provienen de distintos hospitales, prácticamente de todo el sistema municipal.

El área programática que corresponde a nuestro centro, se encuentra en la zona de Mataderos-Lugano, frente al mercado de Liniers, en la fracción del D. E. n° 20. Los terrenos del asentamiento son propiedad de los ferrocarriles, del mercado, incluso de particulares. En esta área podemos distinguir una villa de emergencia, que es la denominada Ciudad Oculta, el núcleo habitacional transitorio, y un sector conocido como “la losa”, donde sobre y dentro de una construcción cuyo destino final era convertirse en morgue, se amontonan viviendas. Estos terrenos en un tiempo, eran conocidos como la Pampa Porteña, y en la década del 40, se levantaba únicamente un edificio de catorce pisos, que actualmente en su planta baja, alberga al centro de salud n° 5. El edificio se proyectó, como un hospital de aislamiento de tuberculosos, pero los avances terapéuticos, le quitaron finalidad a este establecimiento, y se paró la construcción.

Los microbios son una pobre causa, dice la frase del epígrafe de estas jornadas, de allí que el hablar de salud, implica tomar en cuenta, el devenir histórico-social de la comunidad sujeto. El equipo de salud del centro n° 5, eligió este camino para realizar su acción, concientes de que la historia la vamos conociendo desde el hacer y desde darnos cuenta, que el proceso salud-enfermedad, adquiere características diferentes según los condicionantes histórico-sociales que ha vivido el país. Este conocimiento aun inacabado, es el que trataremos de exponer a continuación. Siguiendo el proceso de inmigración interna el asentamiento poblacional comienza alrededor de 1950, a partir de familias obreras dependientes de industrias locales, textiles, químicas y principalmente del frigorífico Lisandro de la Torre y sus actividades derivadas. La comunidad se asumía a sí misma

como transitoria, ya que sus integrantes se encontraban construyendo sus viviendas propias en zonas del Gran Buenos Aires. En 1952, las autoridades de salud, convierten la planta baja del edificio semiconstruido, en un centro asistencial ambulatorio con varias especialidades médicas y servicios auxiliares, conocido como "el hospitalito". A fines de esa década y el comienzo de los 60, se produce el proceso de privatización del frigorífico y la recesión industrial, lo que implicó finalmente la pérdida del trabajo estable. A raíz de esto, y las dificultades de la posesión de la tierra urbana, se esfumó la posibilidad de la vivienda propia, y la comunidad de esta zona se estabilizó al adquirir carácter permanente. En 1969, de acuerdo a un plan de erradicación de villas, se efectuó un asentamiento organizado, conformándose en núcleo habitacional transitorio, con miembros de otras villas previamente erradicadas. La intención era, constituir una estación de paso a la vivienda definitiva. Las características de este nuevo asentamiento crearon las bases para la organización del primer conflicto social interno, entre la villa y el núcleo habitacional transitorio, que aun no ha sido superado.

A partir del año 1973, por una iniciativa de los vecinos, se consigue el tratamiento legislativo de un proyecto para el otorgamiento de viviendas, en el actual barrio Piedrabuena. Pero en el año 1976 las mismas son otorgadas a deshabitados por la construcción de las autopistas, y empleados estatales. Esto da lugar al segundo conflicto social, que podría ser origen de muchas de las conductas actuales.

Llegamos pues, a la época del proceso, signada por una política global en materia de salud, sintetizada en el desmantelamiento del hospital público, el arancelamiento y el abandono de los programas de salud comunitaria. En nuestra área esto se traduce, por el pase de jurisdicción del centro de salud a la municipalidad, retirándose todos los servicios auxiliares y la mayoría de las especialidades. Al mismo tiempo comienza el desalojo de la villa, se utilizan recursos estatales y personal de seguridad para producir la inmigración compulsiva permaneciendo sólo 200 familias del núcleo original. En 1980, y por esfuerzo de los vecinos, se obtienen créditos otorgados, muchas veces bajo situa-

ciones irregulares de abandono previo de la vivienda o el pago de comisiones.

Posteriormente se efectúa la repoblación compulsiva a partir de otras villas de la capital. Hacia el final del período 1976-1983 se observan inmigraciones, retornando muchos de los antiguos beneficiarios de los créditos imposibles de pagar. El elemento descollante de la comunidad, en este tiempo es el repliegue sobre sí misma. Se llega así hasta la situación actual con características socio-demográficas que nos muestran que la fracción 9, la zona de donde estamos hablando, tiene un 50 % de lugares con necesidades básicas insatisfechas, en comparación con un 7 % de toda la Capital, y tiene un 37,7 % de hogares con niveles críticos de vivienda, frente a un 38 % para toda la Capital Federal. Arribamos pues, a una situación comunitaria en la que se puede observar una taxativa diferenciación funcional, según el lugar que ocupa cada sexo en el proceso productivo y de reproducción de la fuerza de trabajo. Los hombres han sido marcados por la pérdida de su lugar en la producción, en el marco de una coyuntura de estrechamiento en el mercado laboral, con el incremento de la desocupación, el subempleo y el estadísticamente denominado cuentapropismo. Son las mujeres, las que encargadas de mantener los no muy fuertes vínculos intrafamiliares, de la responsabilidad de la crianza de varios hijos, preocupadas por la mayoría de los problemas de salud y muchas veces únicas proveedoras de los recursos materiales de la familia, las que aparecen como la base humana de supervivencia de esta comunidad.

Más globalmente, esta comunidad se nos ofrece con vínculos interpersonales debilitados, productos de una historia de coerción y violencia, ejercidas desde una sociedad global sentida y asumida como marginante. Se agrega a esto, las inmigraciones de países limítrofes con miembros de características culturales e históricas distintas. No es extraño entonces que la solidaridad, elemento esperable en un núcleo humano dinámico y marginado, no aparezca aquí definida claramente. Estas características infra-comunitarias podrían explicar algunas situaciones concretas, transversalmente consideradas, por ejemplo el caso de la violencia, que adquiere connotaciones diferentes a épocas anteriores, ya que no solo se manifiesta como reacción a agresiones

externas, sino que se repliega sobre la misma comunidad. Esto trae como consecuencia que una de las principales aspiraciones de los habitantes sea emigrar, dejar la villa. No se visualizan grupos vecinales continentes y operativos en lo que respecta a problemas de la comunidad. Se destacan los grupos políticos hegemónicos, fundamentalmente dos líneas internas de un mismo partido, que intentan asumir la representación del núcleo habitacional transitorio uno de ellos, y de la villa el otro. La actitud recíproca, tiene posición excluyente, implicando la absoluta imposibilidad de expresar abiertamente y confrontar sus acciones. Pero no aparecen como la expresión de la comunidad y su problemática reivindicativa, más bien se definen por sus líneas y no emergen estos como líderes naturales de la comunidad, sino solamente de sus grupos políticos. Otros tipos de grupos los constituyen los religiosos, uno de ellos católico, representado por las acciones de índole religiosas y social que realizan a partir de la capilla del barrio. En los últimos tiempos se observa la aparición y desarrollo progresivo de expresiones no católicas, algunas incluso con carácter de secta.

Un elemento descollante, muchas veces patético, perturbador de análisis y actitudes, es lo que podríamos llamar problemas emergentes de la marginalidad, la delincuencia, el alcoholismo y la drogadicción que en algún momento y desde alguna óptica, constituyeron en la definición de la comunidad de la villa, que sin embargo padece y asume estos problemas, que son derivados de su situación histórico-social. Aquí vale destacar, que da la impresión, que uno de esos grupos políticos, atribuiría al otro, la responsabilidad por la drogadicción, para así a través de un análisis estrecho, asumir una diferenciación más de clase que ético.

Todo este devenir histórico, las características personales, y los códigos que otorgan la condición de marginal al individuo y a la comunidad, determinaron que la salud no tuviera un lugar prioritario. En realidad la supervivencia de esta comunidad, ha dependido de factores más urgentes, que la promoción y cuidado de su salud. Por eso, aun contando con un centro asistencial inserto físicamente dentro del área, no constituyó, sobre todo a

partir de 1969, un referente claro de salud para esta comunidad, la cual se correspondía además, con el modelo imperante.

En 1985, la municipalidad, a través de la ideología de la A. P. S. con objetivos como propender al mejoramiento de la salud en áreas con necesidades básicas insatisfechas, y procurar conformar un modelo de capacitación médica, acorde con la realidad del país, decide la inclusión de residentes y becarios provenientes de la medicina y de las ciencias sociales, en los centros de salud. En nuestro centro, el nuevo recurso, asume como objetivo, trabajar en la constitución de un equipo interdisciplinario, fijándose metas progresivas de consolidación del equipo, integración con todos los recursos humanos preexistentes en el centro, con los que presuponíamos algún conflicto, debido al choque de dos modelos, y la expansión hacia la comunidad para lograr la integración indispensable que asegure la aplicación efectiva de la metodología de A. P. S. Se apunta así a esos objetivos definiendo estrategias, trabajando interdisciplinariamente frente a los obstáculos y evaluando permanentemente en equipo, la marcha de la tarea, que se ha iniciado hace un año y medio.

Público. — Soy ex-residente de este hospital, hace diez años que no estoy aquí pero me gustaría conocer qué actividades realiza este centro asistencial, quiénes lo componen, cuál es el equipo multidisciplinario, qué tareas concretas hacen los residentes y el equipo multidisciplinario.

Dr. Rípoli. — Las acciones en el centro, históricamente, las podemos dividir en cuatro etapas. Lo más importante en base a tu pregunta, es la primera etapa. Esto se produce en mayo-junio del año 1985. La dirección de capacitación decide la inclusión de instructores de residentes y residentes de tres especialidades: tocoginecología, clínica médica y pediatría, en los centros de salud. Aquí hay una subetapa, en la cual hay un curso, una especie de formación de instructores de residentes, en lo que podía ser la acción en los centros de salud. Una segunda subetapa, en donde van los instructores solos a ver las características de la atención, y una tercera subetapa en la cual ya se incluyen a los residentes.

Yo cumpla la función de instructor en pediatría; voy a citar

más o menos eso. En un primer momento llegamos instructores y residentes, más que nada atrapados por lo que fuera estimulando nuestra sensibilidad, por la curiosidad de ir a trabajar en una comunidad, de ir a atender a una zona carenciada en contra del modelo habitual, con absolutamente ninguna experiencia, con ganas nada más. En ese primer momento lo que se pretendía fundamentalmente, era salir a la comunidad, no sabíamos en qué manera lo que estábamos haciendo estaba bien, pero lo interpretábamos como que estaba bien, incluso existen algunas acciones puntuales que en ese momento se realizaron, que en definitiva constituyeron un fracaso y que lo asumíamos como que estaba correcto, por ejemplo: se llegó a conectar con algunos de los denominados líderes, se llegó a hacer reuniones con mujeres de la comunidad que eran asumidas como más interesadas por los problemas de salud. Esto determinó nuestro aislamiento de la comunidad, porque estas personas respondían a las directivas de uno de los grupos políticos, en los cuales está dividida la comunidad, por lo tanto determinó hasta agresiones físicas, por parte de otros sectores.

Luego de todo esto, si uno tuviera que definir una actitud, un sentimiento por parte de los integrantes del recurso humano nuevo (instructores y residentes) tendría que ser solo la omnipotencia. Pensábamos que nuestra llegada y nuestra salida, era suficiente para hacer medicina comunitaria, para resolver absolutamente todos los problemas. Nos equivocamos, sufrimos las consecuencias, y la acción subsiguiente fue el repliegue obviamente. Pero a partir de ese momento en vez de capacitación, se decide incluir asistentes sociales, sociólogos, antropólogos, como becarios, y comienza otra etapa.

Dr. Liwski. — Es evidente, que las propias exposiciones, tal como han sido presentadas, trabajan en un diagnóstico situacional, tomando indicadores que son fundamentalmente socio-culturales-políticos, y otro tipo de indicadores referidos específicamente al plano del proceso salud-enfermedad. No sé si esto que aparece, como un punto de presentación de trabajo a su vez se corresponde con la estrategia que en su momento, el equipo de salud de ustedes y eventualmente el centro de salud n° 5, tiene formulado, en tanto la incorporación de datos de la realidad, que

tradicionalmente no han sido incorporados como decisivos en la planificación de salud, y que indudablemente en un trabajo de comunidad dentro de la estrategia de A. P. S., constituyen elementos relevantes.

El aspecto que me gustaría que se trabajara en este espacio, es sobre los niveles de participación de la comunidad, en los programas y fundamentalmente la distribución que de la información técnica realizan los equipos de salud. Esto tiene que ver con lo que llamaríamos transferencia de tecnología a la comunidad, que puede tener tres alternativas: 1) darse simplemente, no efectuar ningún tipo de transferencia; 2) una transferencia unilateral, con la posibilidad de que el equipo de salud compuesto por profesionales, asuma la transferencia de la totalidad o parcialidad de su información científica, adecuadas a las calidades características socio-culturales de la comunidad; 3) alternativa que aparece como uno de los grandes desafíos de la estrategia de A. P. S., que es el intercambio de tecnología y la transferencia recíproca de información en materia de salud.

Dra. Hoxter. — Quisiera transmitir lo que sucedió en el centro de salud de Villa Saldías, que probablemente se halla omitido. Fue la primera vez que todos trabajamos en equipo multidisciplinario, que se componía por asistentes sociales, médicos especialistas en tocoginecología, clínica de adultos, clínica pediátrica. Trabajábamos con partera, que no estábamos acostumbrados a trabajar y con enfermeras sanitarias, con lo cual era una experiencia totalmente distinta a la que estábamos acostumbrados.

Lo más difícil de la A. P. S., es la participación de la comunidad porque como declamación sirve, y todos la incluimos dentro de los componentes de la A. P. S., pero no siempre la sabemos escuchar. Un ejemplo práctico: teníamos por programa, a través de la secretaría, las rondas sanitarias de las cuales no participaba con mucha simpatía todo el equipo, porque eran muy cansadoras, había que recorrer casa por casa y cuando se hacía la evaluación, no era siempre la que daba brillo. Pero de estas rondas sanitarias aprendimos que muchos de los elementos que colocábamos, no eran los que le interesaban a la comunidad. Nosotros cumplíamos parte de un programa emitido por la secretaría, pero a su vez, cuando escuchábamos a la comunidad, te-

níamos que modificar ese programa porque había elementos que no eran incluidos, porque no nos correspondía.

Dra. Lorusso. — El desarrollo cronológico de la tarea, tiene que ver en buena parte, con una concepción que se desarrolló durante todo ese tiempo. Rípoli señaló las dificultades ocurridas después de una salida a la comunidad, sin conocer exactamente sus vínculos internos, sus características, sus formas de participar, incluso sus limitaciones a la participación, limitaciones que no están dadas exclusivamente por su organización interna, sino por las instituciones que estuvieron al frente de esa comunidad, que de alguna manera cristalizaron en todo un tiempo, limitantes a esa participación. Nos referimos concretamente a una comunidad que fue sometida, desde 1976 hasta 1983, a procesos bastante costosos y dolorosos, que dejan como consecuencia una atomización de su organización interna, y a una institución de salud, que al cabo de tomar una cierta actitud frente a esta situación, se gana una determinada imagen, dentro de la población.

Llegamos, el grupo de ciencias sociales, a partir del programa de capacitación profesional y técnica, en el momento del conflicto tratando de poder empezar a entender, por qué se había dado esa reacción de la comunidad, cuando históricamente sabemos que es muy difícil que una comunidad reacciones de esa manera, ante un recurso que siempre ha sido estimable y ubicado en un rol fundamental, como es el del equipo de salud.

Lic. Di Tomasso. — A partir de esa etapa, nuestra primera propuesta fue la conformación de un equipo de salud y como primera táctica de trabajo el poder reconocer a la comunidad inter-centro. Estábamos muy preocupados, los médicos, los asistentes sociales, la parte de medicina comunitaria, en el momento que llegamos, en salir a la comunidad; esa era la frase que constantemente daba vuelta dentro del centro de salud. Hasta que juntándonos, reconociéndonos, y viendo que había pasado en la experiencia anterior, sentimos la necesidad de empezar a trabajar, para entrar en esa comunidad, que entre al centro para poder modificar la relación centro de salud-comunidad. Ante las dificultades que planteaba esto, nos propusimos comenzar a afinar

la relación profesional-paciente, profesional-familia, profesional-caso que se iba presentando. Pero la realidad, en esa primera instancia, era trabajar con la gente que se acercaba al centro, con la demanda, para empezar a mejorar la relación, para empezar a afianzar los lazos dentro del equipo de salud, y para bajar nuestras propias expectativas que a veces superaban las de la comunidad. Había que intentar conocer a la comunidad en su conjunto.

Dra. Lorusso. — El equipo se proponía ver cómo seguir, tomando los obstáculos y a toda la realidad, como una situación de aprendizaje y desafío, para ver los modos de abordaje más coherente, para esta situación. Ahí empieza todo un trabajo de conformación de un equipo interdisciplinario, de discusión día a día, de todos los problemas que aquejaban tanto al equipo, como a la comunidad; con la información que teníamos hasta ese momento, de la comunidad, que era inacabada y aun hoy sigue siéndolo, y que nos va a llevar mucho más tiempo poder conocerla realmente.

Dr. Manterola. — Remitiéndome a la caracterización de las etapas de desarrollo, que hizo el Dr. Liwski, y en especial a la tercera en donde la comunidad y el equipo de salud, trabajan en conjunto por la salud, es una etapa que todavía no hemos cumplido ningún centro de salud.

Es importante el diagnóstico de, qué es comunidad, cuáles son los elementos que la componen, porque sobre la base de esto se va a poder trabajar mucho mejor. En Villa Saldías, teníamos un diagnóstico medio superficial, porque la ronda sanitaria hecha por profesionales consigue en parte que el centro empiece a conocer a la comunidad, pero no consigue traspasar un conocimiento. Lo que no pudimos conseguir y todavía está en plano de conseguirse, es que la comunidad trabaje por su propia salud.

Hicimos un estudio, que está publicado en la revista del hospital de Niños de hace unos cuantos años, sobre la medicina paramédica, para no decir curanderismo. Es el uso de yuyos, de alcohol para los pañitos, el tirar el cuerito a los chicos, las brujerías. Tomamos una muestra realmente bien hecha de la población, interrogando por manzanas sobre estas prácticas. Luego

cruzábamos estos datos, con una serie de variables: de dónde provenía la población, si de distintos lugares de la Argentina, o de países limítrofes; con la cantidad de chicos que tuvieran; tiempo de permanencia en la villa; entre otras cosas, cuántas veces había asistido esa familia al centro de salud. Nos encontramos con que las prácticas paramédicas eran asombrosamente numerosas, había familias que utilizaban hasta catorce o quince prácticas distintas. Pero lo notable fue que esas familias, eran las que más asistían al centro de salud. Los médicos y el centro de salud éramos una práctica paramédica más, para toda la población. Fue como bajarnos de nuestro caballo, íbamos al estudio de prácticas paramédicas en la población, para disminuirlas, y nos encontramos con que no tenía ningún sentido; lo que había que hacer era encausar aquellas prácticas peligrosas, el uso de alcohol metílico, de algunos té como el paico, el anís estrellado, pero en todo lo demás teníamos que aprender un poco de la gente.

Ahí aprendí que los yuyos hay que saberlos usar, saber distinguirlos, qué cantidad de hojitas hay que poner, si hay que hervirlo o no, si hay que hervirlo cuánto tiempo, cómo hay que darle al chico, cuántas cucharitas, y hay mucha gente que no sabe usarlos. Pero hay gente que sabe usar muy bien sus yuyos, porque la abuelita, la bisabuelita y siete generaciones atrás, usaron el mismo yuyo, tienen como un conocimiento ancestral de cómo se utiliza, y esa gente no se intoxica. La medicina paramédica es una cosa muy importante para aprender.

Público.— Soy antropólogo y miembro también del grupo del centro de salud n° 5. Lo que aparecía como una diferencia de abordaje inicial, es en realidad la valorización, en esta experiencia actual, del conocimiento de la comunidad, que lo manifestaron en esta exposición con una serie de datos histórico-culturales, que no es habitual escuchar, cuando se está planteando un problema sanitario. La posibilidad de desarrollar un programa sanitario en una comunidad, tiene que reconocer que todas no son iguales; la diferencia no está en las prácticas médicas alternativas que desarrolle la gente, sino que la diferencia básica es la historia de esa comunidad, que tiene todo un proceso de constitución y una serie de circunstancias por las cuales atravesaron, que son únicas.

Un equipo de salud que quiere trabajar con la comunidad, se inserta en un momento de su historia, y solo puede insertarse válidamente, para trabajar con ella, si la reconoce, si se da cuenta a qué se está sumando, en donde está el poder en esa relación con el otro, que es lo que posibilita el desarrollo de cualquier acción.

Dr. Liwski. — Uno de los grandes problemas que se plantea el equipo de salud en los centros periféricos, es resolver, desde la metodología hasta los aspectos más secundarios, que constituyan la estructura de participación de la comunidad. Este tema es tan complejo como decisivo, para alcanzar los objetivos de un programa de A. P. S. A esta altura del desarrollo histórico nacional en el campo de la salud comunitaria, incluso tomando la experiencia de la comunidad internacional, desde el año 1978 en adelante, tomando como hito ALMA/ATA, resulta muy complicado insistir en que A. P. S., puede desarrollarse con participación de la comunidad, no incluida en los niveles decisivos de programación.

Todos hemos tenido experiencias en donde la participación muchas veces la confundimos, con la contribución que la comunidad hace al desarrollo de un programa. Esta discriminación que no es semántica, es en realidad la decisión final de la estrategia de A. P. S., que es revertir el asiento en donde se va a ubicar el poder de las decisiones en salud, en referencia a los sectores populares.

La necesidad de un conocimiento profundo y acabado, de un acompañamiento del presente social de una comunidad, como de ciertas revalorizaciones que el equipo de salud debe hacerse a sí mismo, es en función de una integración en pie de igualdades. La generación nuestra de médicos asume también la responsabilidad, de no haber sabido superar las pesadas herencias, de ubicarnos en forma asimétrica en el sistema de salud, pero no en la parte de abajo, sino fundamentalmente en la parte de arriba. El esfuerzo de encontrar planos de igualdad, en la relación con las comunidades, representa no solo la posibilidad de escucharla, acompañarla y transferir información; sino que debe tener como objetivo la transferencia a un espacio común y en pie de igualdad con la organización comunitaria. Esto es el centro de uno de los

grandes debates que están planteados en el campo de la A. P. S. que está presente por la innovación que significa, como también la aparición de factores resistenciales; que no solo se dan en el sector profesional, también están presentes en la comunidad, que de pronto asiste a una experiencia exactamente contraria a la que en muchos años tuvo, en cuanto a relación con el sistema de salud.

Dr. Rípoli.— Los factores de resistencia en la exposición, solo los hemos mencionado. Cuando llegamos, sabíamos que nos íbamos a enfrentar a otro tipo de concepción del quehacer médico, básicamente un quehacer asistencial, basado en el médico como centro de la actividad médica.

Cuando se produce el fracaso de la primera experiencia y asumimos el repliegue y la incorporación de la comunidad al centro de salud, tratamos de mejorar la relación médico-paciente para luego mejorar la comunidad a través de esta relación básica. Esto implicó una serie de evacuaciones, un planteo de estrategias que fueron siempre trabajadas en forma interdisciplinaria, con el equipo ya constituido. Este equipo tenía un objetivo principal: la integración del equipo con todos los recursos preexistentes en el centro. Era aquí donde sospechábamos que se iba a producir algún problema, porque se trataba de incorporar el nuevo modelo, a un modelo preexistente.

Dr. Romano.— Cuando me incorporé al trabajo del centro, junto con un grupo de residentes, me encontré en la etapa de hacer hincapié en mejorar la comunicación entre el centro de salud y la comunidad por medio de la relación médico-paciente, jerarquizando mucho el caso individual. Había oído hablar de la salida a la comunidad pero veía que no salíamos de la puerta, estábamos siempre adentro, y a pesar de esto las familias se acercaban a traer a sus chicos bien dispuestas.

Al poco tiempo ya había entablado buena relación con algunas familias. De esto surgió, el planteo espontáneo de una madre, que ante una huelga docente no tenía con quien dejar a sus chicos, le sugerí que lo dejara en el centro de salud, se me ocurrió que podían hacer carteles estimulando la lactancia materna y dibujar cosas que tengan que ver con la salud. Conversábamos

con ellos sobre el hábito de fumar, si era bueno o malo y ellos espontáneamente dibujaban carteles sobre eso con su propio lenguaje, con malas palabras y faltas de ortografía. Esto fue el primer día. Al segundo día no eran dos, eran diez, y al lunes siguiente con la huelga de maestros eran quince chicos, que no tenían las mismas edades que venían a dibujar, que hacían unos carteles insólitos que me ponían en la disyuntiva de pegarlos o no; por supuesto que ellos veían necesario pegarlos. Eran quince chicos que venían diariamente desde la mañana hasta cuando cerrábamos la puerta.

Nos movían muchas, muchas cosas ver a estos chicos, que espontáneamente se convocaban en el centro para proponer cosas a plantearnos problemas: la temática de la drogadicción, de estar todo el día casi abandonados porque sus padres tienen que trabajar, los problemas de la escuela. Esto se nos traía a nosotros y no teníamos la forma adecuada de contestarles. En el plantel médico y no médico más antiguo del centro, esto generaba una conmoción, cuando venían los chicos era como si viniera el ejército rojo invadiendo Leningrado, la sensación era que se derrumbaban las paredes. Gente que hasta ese momento tenía buena relación con nosotros, comenzó a vernos como subversivos, la respuesta que veíamos era una negación a estos chicos, se intentaba expulsarlos del centro.

No supimos qué hacer, tuvimos que parar con esto, al poco tiempo de haber dejado ingresar a los chicos al centro. No sabíamos conducirlos, qué proponerles, cómo manejarlos, cómo organizarnos frente a ellos. Nos dimos un lapso tratando de elaborar alguna otra estrategia, tomando muy en cuenta que los chicos habían entrado espontáneamente al centro, que había que encontrar algún camino para esto.

A partir de allí se vio una gran dicotomía entre la gente que trabajaba en el centro; la comunidad estaba entrando espontáneamente cuando menos lo pensábamos, lo que generaba en todo el equipo una movilización muy grande. Esto puso en evidencia todos los obstáculos, las diferenciaciones, que había entre unos y otros, que todavía no están resueltos porque se fueron resolviendo problemas puntuales pero no los de fondo.

Después de haber interrumpido, volvimos a retomar la acti-

vidad con los chicos. Actualmente seguimos trabajando con ellos, hay un subequipo dentro del equipo de salud, que se dedica a este tema.

Dr. Manterola. — Encontramos siempre dos elementos de resistencia en la población para corregir el modelo médico, que siempre hemos introducido: “los médicos sabemos medicina, y la población es totalmente ignorante” este es nuestro modelo, lo hemos transmitido siempre y la población lo ha tomado. El primer elemento de resistencia, es que en la población se dan también, los mismos mecanismos de autoritarismo que nosotros estamos injertándole, en relación a la medicina.

No teníamos ningún problema de que la gente se metiera en el centro de salud, porque era de ellos no nuestro, lo habían construido ellos; allí se hacían las fiestas, las reuniones del comité del barrio. La gente no tenía ningún problema de tomar el centro como propio, lo que no tomaban como propio era la medicina, porque eso nos pertenecía a nosotros. Los agentes intermedios que teníamos, los presidentes y la gente de la comisión directiva, reproducían también nuestro modelo médico. Es dentro de la población, donde se producen los elementos autoritarios, que son los que respetan tanto al médico, que de alguna manera desprecian a la población que no los respeta en la misma forma.

El otro elemento de resistencia, que lo puede explicar mucho mejor un antropólogo o un sociólogo, es que como toda esta población que tenemos en villas de emergencia, es población migrante dejó una pauta cultural, la perdió. Al perderla entra en un estado de depresión de su propia cultura, que comparada con la de las luces, siempre la ven peor. Se pierden los hábitos culturales de salud que ellos tenían, y no logran introducir otros. Esta es una de las resistencias que estamos teniendo, que nos impide trabajar juntos, para hacer de la salud un hecho de la propia comunidad.

Lic. Lorusso. — Lo que nos permitió esta jornada más allá de una presentación, que en general suele ser entendida por los profesionales como una pérdida de tiempo para la tarea cotidiana, fue la posibilidad de hacer una vuelta sobre este último año de trabajo. En función de esa revisión crítica de lo que nos pasó, vemos que en la medida que el grupo adquiere mayor identidad

y un concepto de salud distinto para enfrentar a esta comunidad, aparece por un lado el plantearse más qué es esto de la participación en el vacío, cómo se inserta un equipo en una comunidad para que participe; y por otro cuáles son los canales que esa comunidad tiene que tener para participar. Para el primer caso, hay que tener en cuenta un elemento muy importante que es escuchar a la comunidad, que también es comunidad, cuando va al consultorio con un problema puntual de un chico o de una familia; escuchar e ir detectando las necesidades que no son más, que las que posiblemente tengan otros miembros de esa comunidad. Esto nos llevó a mejorar el vínculo personal y las malas relaciones de inicio con la comunidad.

A medida que el grupo va consolidándose en un enfoque, en una tarea y puede conceptualizarla, elevar informes, puede plantearse una estrategia más clara, aparecen conflictos cada vez más nítidos entre dos modelos de trabajo, uno que intenta modificar una forma de acercamiento y el otro que se consolida en el status quo. Hoy tratamos de buscarle alguna vía de resolución a esto.

En las instituciones podemos distinguir una conducta histórica, en la medida que esta conducta está más aferrada, las instituciones son menos partidarias de los cambios. Pero hay un condicionamiento que es actual, que transmite valores y pautas culturales, y en la medida que en las instituciones pesen más estos valores, serán más posibles los cambios.

Dr. Liwski. — Las dos experiencias nos dan la posibilidad de reconocer la imprescindible necesidad, de que explorando distintos caminos, recurriendo a distintas técnicas, se avance en el trabajo comunitario. Esto representa, desde el punto de vista de los protagonistas un enorme desafío, en la ubicación de la técnica adecuada o apropiada, a las realidades comunitarias concretas. Para la comunidad representa una gran experiencia, superar los modelos de los cuales, los profesionales de la salud, nos hemos hecho depositarios; y avanzar en lo que a mi juicio se une en dos variables insalvables, el desarrollo de los programas de A. P. S. que es un camino de democratización del sistema de salud, y una rehabilitación de los derechos inalienables de los pueblos.

EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA DE NEUQUEN

(Relato a cargo de profesionales del Hospital
de San Martín de los Andes, Prov. de Neuquén)

Dr. Quirno Costa. — Soy médico sanitarista con formación pediátrica. En este momento soy director del Hospital zonal de San Martín de los Andes, que es cabecera de la zona sanitaria 4 del sudoeste de la provincia de Neuquén. Voy a dejar que mis compañeros de mesa se presenten.

Dr. Arrue. — Soy médico general de la zona sanitaria 4 de Neuquén.

Herminio Casanova. — Soy agente sanitario de San Martín de los Andes, Neuquén.

Dr. Irigoyen. — Soy médico general, trabajo en el Hospital de Junín de los Andes, Neuquén.

Dr. Quirno Costa. — Hay un concepto que para nosotros es fundamental en los criterios que se desarrollan en A. P. S., que a veces por muy entendidos no se los menciona. Es cierto que es una estrategia con una tecnología de alta calidad y baja complejidad, que trata de dar respuesta a los problemas de salud de la totalidad de la población; pero el eje fundamental de esto no pasa por la economía, la calidad de recursos o la falta de medios. Parecería que cuando uno lo menciona así, la A. P. S. fuera para países llamados dependientes o periféricos. Antes que nada A. P. S. apunta a una mejor calidad de vida, el que no se enferma porque previene su enfermedad indudablemente vive mejor que el que se enferma. Mejor calidad de vida apunta a conceptos que hacen a la dignidad del hombre, en la defensa de los derechos humanos. Por este eje tiene que pasar todo concepto de desarrollo de programas de salud que tome como estrategia la A. P. S.

Voy a hacer una breve síntesis de lo que se ha hecho en casi diecisiete años en la provincia de Neuquén en un programa que empezó sin tener muy claro qué era A. P. S., qué era grupo de riesgo, pero sí de una toma de conciencia de lo que era en un momento dado una realidad social y sanitaria tremendamente grave, que llevó a la decisión política de implementar algún tipo de actividad que tratara de revertir todo este proceso. Indudablemente que la experiencia fue positiva, tenemos un montón de agujeros negros para discutir, preguntar y resolver pero de alguna manera ha tenido trascendencia.

Lo hablo en primera persona porque somos todos integrantes del sistema provincial de salud pero de ninguna manera esto es mérito particular de los que estamos acá. Esto es el esfuerzo de mucha gente que durante mucho tiempo ha trabajado tanto por parte del equipo como de la comunidad como parte de los niveles de decisión política para que este proyecto tuviera una coherencia y una persistencia a lo largo del tiempo que permitiera con los logros que se iban dando progresivamente, su permanencia. Los resultados que actualmente tenemos a la vista, más allá de la satisfacción que nos puede producir, plantea un desafío para seguir avanzando.

La provincia de Neuquén está ubicada en el lado nordeste de la Patagonia limitando con la cordillera de los Andes. Tiene aproximadamente 94.000 Km.², es una tercera parte de la provincia de Buenos Aires y cuatro veces la provincia de Tucumán. Es una zona árida como toda la zona patagónica, con una zona desarrollada en la fruticultura, en la confluencia del río Neuquén y Limay donde está ubicada la ciudad capital, en el ángulo este de la provincia. La provincia tiene forma de triángulo; la base más ancha sobre la cordillera de los Andes, una zona de meseta de estepa patagónica que prácticamente ocupa todo el territorio, que por otra parte es bastante quebrado con cordones cordilleranos y macizos montañosos mucho más antiguos en la zona oriental; y una zona de valles fértiles precordilleranos, sobre todo en la zona sur de la provincia, donde la composición orográfica de la cordillera permite el paso de los vientos húmedos del Pacífico por lo cual se ha desarrollado una zona boscosa de periplanicie donde se permite el desarrollo de ciertas formas de gana-

dería, de agricultura y sobre todo la explotación de la madera además de las industrias que permiten la actividad turística.

La provincia está muy limitada porque, salvo la fruticultura en la zona de Confluencia, la riqueza de explotación es fundamentalmente de minerales, sobre todo hidrocarburos líquidos, hidrocarburos gaseosos. El 70 % de las reservas de gas del país están en la provincia de Neuquén pero el poder de decisión sobre la explotación de estas riquezas pasa por la Capital Federal; la provincia juega el papel de convidado de piedra, no solo en el desarrollo de estas actividades sino también en la posibilidad de decidir sobre el beneficio que la explotación de estas industrias pueden dejar en la provincia.

En el año 1965, la República Argentina hace una reunión nacional de salud pública donde se plantea el inicio de lo que fue el famoso programa nacional de estadísticas. Se empieza a estudiar para tener un sistema de registro adecuado, que nos permita tener un diagnóstico de situación más aproximado de nuestra realidad sanitaria. Esto, que se pone en marcha para fines de la década del 60, lleva a que la provincia en el año 1970 ya tenga indicadores más o menos válidos para tener en cuenta dando cifras que realmente son alarmantes. Sobre una población de 154.570 habitantes, una tasa de natalidad de 30 por 1.000, de mortalidad general del 10 por 1.000, de mortalidad infantil de 108 por 1.000. Recuerdo la anécdota de un ex-residente del Hospital de Neuquén, actual doctor de atención médica en la provincia, que nos contaba que en el área de Junín de los Andes había ido a atender en el año 1973-1974 a una reservación indígena donde había una señora que tenía once hijos que decía: "Eran once pero uno se murió, le agarró la colitis y se secó; porque usted sabe que de cada diez, uno se seca". Lo que estaba contando era la tasa de mortalidad infantil de la provincia, de cada diez uno se moría de diarrea.

La tasa de mortalidad infantil, que muchas veces se la discute como "el" indicador de morbilidad, se refiere a parte de la atención médica. Es un indicador muy grueso que trasunta toda una realidad sanitaria y económica. Indudablemente, que donde los indicadores mejorar no solo pasa por la parte asistencial sanitaria, sino también por la social y económica.

En ese momento, la provincia junto con Jujuy, eran las que tenían la tasa más alta de mortalidad infantil del país, lo que llevó al gobierno de la provincia a tomar la decisión de buscar algún tipo de solución a este problema. La expectativa de vida al nacer en el año 1970 era de 57 años, estábamos dentro de los centros menos desarrollados de América Latina. La mortalidad de los menores de uno a cuatro años, donde no tenían tanta incidencia la parte de perinatología pero sí el drama de la desnutrición estaba en el 5,2 por 1.000, cifra alarmante si pensamos que en la actualidad es de 1 por 1.000.

Eso llevó a que se tomara una decisión: se hizo un diagnóstico de situación sobre las causas de la mortalidad y apareció como primera causa de la mortalidad general de la provincia las enfermedades infecciosas y parasitarias. En el año 1968 hubo una epidemia de sarampión en todo el país que hizo estragos en la zona de Río Negro y Neuquén. Las causas mal definidas —por la poca información médica en cuanto a de qué se moría la gente— estaba en el segundo orden; las causas que aparecen como primeras en los países desarrollados —enfermedades del sistema circulatorio, o pulmonares— estaban en el quinto y sexto lugar. Esto se fue revirtiendo hasta que en el año 1985, que es la última cifra que tenemos, aparecen como principales causa de muerte:

1º Accidentes —entre los cuales contamos accidentes de tránsito—, en el grupo de 1 a 50 años.

2º Enfermedades del aparato circulatorio.

3º Tumores.

4º Muertes infantiles relacionadas con el embarazo y el parto.

La provincia de Neuquén tiene una pirámide poblacional de base muy ancha, la mitad tiene menos de 15 años, de allí la incidencia que las muertes infantiles tienen sobre la mortalidad general; por una altísima tasa de mortalidad infantil del 108 por 1.000, alta tasa de morbimortalidad por desnutrición, diarreas, infecciones respiratorias, tuberculosis, enfermedades inmuno prevenibles, elevado número de muertes sin atención médica o por causas mal definidas; alto número de partos domiciliarios sin control durante el embarazo; recursos humanos escasos, con inadecuada capacitación; servicios asistenciales de baja accesi-

bilidad, mal distribuidos no integrados; escasa participación de sectores de saneamiento.

Como prioridades en el año 1970 se incorpora a la provincia a dos profesionales que después tuvieron una trayectoria muy importante en el campo de la salud, en la República Argentina e internacionalmente. Se incorporan a trabajar al frente de este proyecto de plan de salud provincial el Dr. Néstor Ferrone, y la Dra. Elsa Moreno que actualmente está en la OPS en Washington. El reconocimiento personal de estas dos personas fue gracias a la proyección de futuro que le dieron a la posibilidad de desarrollo de este tipo de programa. Era una experiencia inédita en el país; se podían marcar algunos intentos aislados pero de ninguna manera se había hecho algo en forma global, partiendo de una base tan precaria.

Las metas o prioridades que se fijan son una adecuación de los servicios para brindar accesibilidad y atender la demanda: atención materno-infantil con control de la embarazada, según normas que se elaboraron a propósito; atención institucional del parto; control del niño según norma; asistencia alimentaria con leche en polvo a embarazadas y niños bajo control; vacunaciones; control de tuberculosis; control de la hidatidosis; extensión de los servicios odontológicos, con atención especial de los escolares; tarea de saneamiento básico.

Las zonas de Neuquén y el oeste de Río Negro, es la zona de mayor prevalencia de hidatidosis en el país, siendo la Argentina uno de los países más infectados del mundo. Tanto es así que todos los que hacen clínica de adultos tienen muy claro que toda sombra pulmonar radiológica y que todo tumor abdominal, es un quiste hidatídico hasta que se demuestre lo contrario. Totalmente al revés de lo que aprendimos nosotros en nuestra Facultad de Buenos Aires.

Se estructura el sistema provincial de salud y se eleva a la Dirección provincial de Salud Pública a la jerarquía de subsecretaría, que en la estructura administrativa le permite disponer de recursos propios y tener decisión sobre ellos. Se forman tres niveles: un nivel central político-técnico, de planificación, administración y conducción del sistema; un nivel zonal técnico-administrativo de conducción de la zona sanitaria; un nivel local

técnico de ejecución de las acciones y administración de un área programática. Se divide la provincia de acuerdo a los criterios de regionalización que en aquella época había pautado la Secretaría de Salud Pública, en cuatro zonas sanitarias: una primera zona, con cabecera en la ciudad de Neuquén, que tomaba la zona oriental de la provincia; una segunda zona centro-oeste, con cabecera en la ciudad de Zapala; una tercera que tomaba la zona noroeste, con cabecera en la ciudad de Chos Malal, que fue la primera capital del territorio; una zona cuarta en el sud oeste, con cabecera en la ciudad de San Martín de los Andes. Actualmente ese desarrollo zonal sanitario de la provincia se mantiene con la diferencia que la primera zona se ha dividido en una quinta zona metropolitana de la ciudad de Neuquén, ya que en estos últimos años planteó una dinámica distinta al resto de las zonas entonces la separaron para su mejor funcionamiento operativo. Cada una de estas zonas fue a su vez dividida en áreas. El criterio fue tratar de facilitar la accesibilidad al sistema, obligando a que cada área fuera responsable de toda la población, no solo aquella que concurría en demanda. Cada área se adecuó donde ya existía un hospital que funcionaba como cabecera del área, referenciado a un hospital cabecera de zona, a su vez referenciado al hospital centro del sistema, que es el Hospital Provincial de Neuquén.

Los centros asistenciales fueron desarrollados, en los que clasifica Villafañe, como niveles de atención hospitalaria; niveles de complejidad hospitalaria en un primer nivel, que coincide con el nivel 3 en la clasificación de servicios de atención médica, donde el hospital funciona con todos los servicios de internación a cargo de médicos generales, radiología básica y laboratorio. El hospital es responsable de todas las acciones sanitarias que se desarrollen dentro de su propia área. Los niveles de complejidad no están referenciados al que sea cabecera de área o de zona, sino que están referenciados a la cantidad de población a servir. Todos los hospitales de la provincia, incluso el Hospital Regional Neuquén, que es hospital de máxima complejidad, hacen prioridad en las actividades de acción médica que se realicen en su área. La idea es que cada centro funcione como filtro y que a los distintos niveles de complejidad pueda acceder un paciente que con

los medios actuales de la medicina moderna, no tiene solución en un primer nivel de atención a sus problemas de salud. Desde ya que los niveles de complejidad están dados por la cantidad de población y por la accesibilidad geográfica —la provincia tiene un crecimiento demográfico explosivo, aumenta un 70 % de la población cada diez años, y ciudades como Neuquén doblan su población cada diez años—. Hospitales que se iniciaron en un nivel 3, que es el primer grado de complejidad, en este momento están funcionando como nivel 4 porque han desarrollado algún tipo de especialidad básica. Los principios que se utilizaron para la organización de estos recursos fueron una red de establecimientos según el nivel de complejidad, donde a cada uno se le asigna un área programa dentro de la cual se creaban servicios de complejidad menor que los hospitales de nivel 3, que son los puestos periféricos urbanos y puestos sanitarios rurales.

Coincido con el Dr. Manterola, en que es fundamental la relación entre el consultorio periférico urbano, el puesto sanitario rural y el hospital de base. Si el consultorio periférico es la zona de castigo donde el que va es el perro de la guardia, el indeseable, el que tiene que pagar derecho de piso, el paria de la sociedad, eso no funciona, porque el ingreso de los miembros de la comunidad al sistema de salud se hace por la boca del consultorio.

Se programaron actividades de funcionamiento ambiental de acuerdo a las necesidades que se fueron detectando como más urgentes, sin dejar de atender la demanda espontánea; el hospital público empezó a priorizar aquellas actividades que se veían como más necesarias, disponiendo los recursos para dar respuesta, primero a estas necesidades y después a la demanda espontánea. Todavía tenemos problemas no resueltos de enfrentamiento con la población, por ejemplo: en el programa odontológico escolar se le dio prioridad solo a la demanda espontánea; los recursos son escasos, si hubiera recursos para dar respuesta a todos, todas las necesidades tendrían prioridad. Pero la demanda espontánea a veces se ve limitada por falta de horas odontológicas o de recursos, porque está tapada por la demanda de los escolares, entonces tenemos quejas de la población porque no damos respuesta y no es fácil explicar que hemos determinado una prioridad.

Un tema posterior es la participación popular, que no es fácil, que no tenemos en claro y que una de las faltas de nuestro sistema es que siempre se habló de esto, pero nadie sabe cómo hacer para que la comunidad participe. La participación comunitaria sigue siendo una meta a lograr, va a haber participación en la medida en que la comunidad la tenga en la toma de decisiones; sino va a ser una colaboración que presta a lo que decidimos nosotros.

Fue fundamental la integración de todos los programas a nivel de los efectos. Muchos de estos programas nacieron en forma vertical, venían insertados paralelamente a la labor del hospital; estaba el jefe de salud rural, el jefe materno-infancia, el jefe de prevención de tuberculosis, el director del hospital —que a veces le interesaba, a veces no—. Se fijó en este sistema que el jefe de los programas a nivel del área, fuera el director del hospital; si por cúmulo de tareas tenía que delegar funciones en otros profesionales, de ninguna manera él se desligaba de la responsabilidad final. Se estimuló a la mayor dedicación laboral poniendo en marcha en la provincia un plan de radicación de profesionales con el sistema de dedicación exclusiva que todavía se mantiene vigente.

Otro principio, fue la participación a todo nivel como estilo básico de trabajo. Hemos logrado una gran participación en la elaboración de las propuestas para los programas que organiza el sector salud de la provincia de quien trabaja en los niveles operativos, que como estamos insertos en la misma conformación de la población, es una forma “agarrada” de la participación comunitaria.

Los recursos de salud se organizan en tres sectores: estatal, privado y de obras públicas. El subsector privado tiene desarrollo en la ciudad de Neuquén capital, algo en la ciudad de Cutralcó, en la ciudad de Zapala y muy poco en la ciudad de San Martín y Junín de los Andes, prácticamente no cubre otras zonas porque son de escasa cantidad de población. El subsector de obras sociales, en cuanto a estructura física, tiene tres centros importantes: la ciudad de Neuquén que depende del INOS, el sanatorio de Yacimientos Petrolíferos Fiscales que depende de la Obra Social de YPF un Hospital Militar en la zona de Zapala que da atención

a los afiliados a la obra social del ejército, a todos los afiliados y grupos familiares de empleados de atención pública provincial y a una gran cantidad de adherentes —comerciantes o industriales— que pagando una cuota equivalente a determinado nivel de escalafón administrativo tienen el derecho a los servicios. Dentro del sector estatal tenemos, en la estructura administrativa, tres niveles: central —subsecretaría de salud—, zonal y local. Del subsecretario de salud y del director general de salud que vendría a ser un secretario técnico de la subsecretaría, dependen los jefes de las cuatro zonas sanitarias y el director del Hospital Neuquén, que es el jefe de zona.

La subsecretaría se ha estructurado en: área administrativa técnica que es la parte contable y de personal, área de despacho, área técnica de asesoramiento que se integra por la dirección de atención médica —todo lo que sean acciones de salud dirigidas directamente a la persona—, la dirección de saneamiento ambiental —las acciones de salud dirigidas indirectamente al hombre a través del mejoramiento del medio—, la dirección de servicios técnicos —que se encarga de las relaciones del subsector obras sociales, seguridad social y del subsector privado— y la dirección de recursos humanos que nació por el exceso de volumen de la dirección de atención médica —formación, capacitación e incorporación del recurso humano.

Recuerdo haber vivido una experiencia en Río Negro, del desacople que tenía nuestra realidad sanitaria nacional donde por ejemplo: en el Hospital de Los Menucos, con una población de 1.100 habitantes, habría un equipo de radiología con semiógrafo, año 1969 marca Toshiba, que era un lujo en el hospital nuestro y que todavía sigue siéndolo, que se utilizaba para hacer radiografía de tórax simple y para los casos de fracturas; o una mesa de Finochietto en el hospital de Comayo, a 110 Km. al este de Bariloche, que no tenía cirujano ni quirófano; esto ocurría porque el diputado era del pueblo o porque el médico había hecho radiología entonces pedían un aparato para hacer citoscopia. Fue una de las cosas que pudimos revertir en la provincia de Neuquén: que la incorporación de recursos tanto humano como físico respondiera a las necesidades detectadas de determinados lugares.

En esa época, el recurso médico de pregrado en la Argentina, tenía falencias pero era mejorado a través de las residencias médicas, que se fueron creando a lo largo y a lo ancho del país. Los médicos que salían de la Facultad que iban a un pueblo chico, donde realmente no había cabida para un especialista, porque la demanda de la patología hacía que solo dos médicos tuvieran que resolver toda la problemática de la salud, hacía que este nivel de atención fuera muy precario por la escasa formación médica de pregrado —por la distancia de los centros urbanos, por la poca posibilidad de actualización—. Uno de los primeros problemas que detectó la provincia fue la incorporación de recurso humano calificado y en el año 1974 crea en el Hospital Neuquén una residencia de medicina general e incorpora a su vez instructores, médicos con capacitación en las especialidades básicas, previo concurso que fue muy discutido, resistido; se incorpora un plantel salido fundamentalmente del Hospital de Niños que consigue revertir la calidad de la atención en el Hospital Neuquén y la posibilidad de desarrollar un nivel de docencia con la formación de médicos residentes en medicina general, destinados a los hospitales de mínima complejidad en el interior de la provincia. Esta residencia, se ha mantenido hasta la fecha, teniendo en este momento 96 residentes, de los cuales 6 no están trabajando en el sector, el resto han seguido trabajando en la provincia como médicos generalistas o han hecho capacitación en especialidades lineales, otros se han capacitado en medicina sanitaria pero han dado una respuesta invaluable a las necesidades del sector en ese momento. Han revivido aquel concepto de que en otras épocas ir a la Facultad no estaba al alcance de todos, los pocos que podían entrar aprendían mejor porque eran menos, entonces salían buenos médicos generales, los cuales se hicieron especialistas a partir de la sólida base de medicina general; de alguna manera a través de estas residencias de medicina general, estamos logrando que esa limitación de pregrado se mejore a través de un concepto global de la medicina, que los especialistas no salgamos de una residencia lineal de pregrado, sino de una formación previa de medicina general.

Los residentes ocupan hospitales del interior que no satisfacen las expectativas personales o familiares de los médicos, porque

son lugares muy chicos y se plantea una especie de sandwich: un Hospital Neuquén muy bien capacitado, especializado y equipado, hospitales de complejidad mínima también con personal profesional con alta capacitación y hospitales de complejidad intermedia que tiene que dar respuesta a este nivel 3, que por su nivel de capacitación y de complejidad no la dan; esto hace que se replantee la capacitación, la mejora del nivel de calidad de los recursos para los hospitales de complejidad intermedia y la incorporación de médicos formados en especialidades lineales.

Algunos de los indicadores de la provincia, como la tasa de natalidad que bajó del 34,7 por 1.000 al 29,4 por 1.000, fueron producto de una migración interna que tuvo la provincia, de gente de un nivel económico medio con pautas socio-culturales que limitan, por ejemplo la tasa de natalidad. La tasa de mortalidad general bajó del 10,4 por 1.000 al 5 por 1.000; la expectativa de vida se extendió de 57 años a 68 años; la tasa de mortalidad infantil bajó del 108 por 1.000 al 26,4 por 1.000; la tasa de mortalidad de 1 a 4 años bajó del 5,3 por 1.000 al 1,3 por 1.000; y fundamentalmente se produce el cambio entre la tasa de mortalidad infantil tardía y la precoz, esta última pasa por arriba de la tardía, teniendo mayor incidencia en la tasa de mortalidad infantil los problemas relacionados con el embarazo, el parto, la alta tecnología; y dejan de aparecer como causas preocupantes las enfermedades diarreicas y las infecciones del sistema respiratorio. La tasa de mortalidad de mayores de 50 años que era del 32,3 por 1.000 en el año 1970, se va al 54 por 1.000; en la tasa de mortalidad general son mucho más los viejos que se mueren que los chicos.

La provincia de Neuquén no invierte en salud proporcionalmente a su presupuesto más que otras provincias. En el año 1979 la Secretaría de Salud Pública de la Nación, haciendo datos comparativos en provincias que tuvieran cierta similitud, la provincia de Neuquén era la que menos agentes sanitarios tenía por cada 1.000 habitantes. En este momento debe andar en los 6,4 por 1.000; de estos agentes tenía un muy bajo número de personal administrativo. En el año 1983 con el cambio al gobierno democrático, el sector salud tenía 1.070 agentes; han pasado casi cuatro años y en este momento el sector tiene 2.170 agentes,

aumentó un 100 %, mientras que la provincia aumentó un 5 % al año. Este criterio no es solamente del nivel central, sino que se transmite a todos los niveles operativos a través de la participación en la elaboración de las necesidades de consumo de medicamentos, la utilización según normas.

Indudablemente que tenemos agujeros muy grandes, hay áreas que no han sido tocadas, en salud mental estamos prácticamente empezando, tenemos poco hecho en rehabilitación. Tenemos el desafío por delante, de que es una provincia muy dinámica que crece todos los días; la A. P. S. no se agota en solucionar problemas críticos que se presentaron en 1970, sino que van apareciendo problemas nuevos, es necesario ir recreando permanentemente un modelo para seguir avanzando.

Dr. Irigoyen. — El hospital de Junín de los Andes es de complejidad 4, está ubicado en la zona sanitaria cuarta, en el sur de la provincia, con cabecera en San Martín de los Andes. Es un área de 7.012 Km.² que incluye ocho lugares de visita, de los cuales seis son agrupaciones indígenas de raza mapuche. Dentro del programa de A. P. S. del hospital se desarrollan varios subprogramas: maternidad, infancia, inmunizaciones, salud mental, saneamiento ambiental básico y se ha implementado en el año 1982, un subprograma en rehabilitación.

En rehabilitación tenemos muy poco hecho, lo interesante de destacar yendo al final del resultado de esto es que cambió el enfoque de todos los miembros del equipo de salud, dejamos de ver rengos, cortos de vista y sordos, para empezar a ver un grupo de gente de la comunidad que agrupamos con el término de discapacitados. Para brindarles atención se creó un pequeño programa, bien vertical al principio porque no teníamos demasiados elementos. A los agentes sanitarios se los tomó para participar en esto y hacer un diagnóstico de situación. Las etapas fueron: capacitar al recurso humano; relevar la incidencia de discapacidades; programar las acciones de supervisión, coordinación e integración. El objetivo en general era ampliar la cobertura en rehabilitación montando el programa sobre la cobertura que ya teníamos, que era bastane parecida a la integral; para esto se creó la unidad de medicina física y rehabilitación —que es un grupo constituido por asistente social, médico traumatólogo, fi-

sioterapeuta— que tiene su base en el hospital de San Martín de los Andes y un grupo constituido por médicos generales y enfermeras capacitadas específicamente en el hospital de Junín de los Andes. El programa se concibió en ese momento, en un nivel central que era el lugar normativo; la zona sanitaria que es el ambiente donde se iba a desarrollar el área y la unidad de medicina física centralizando la referencia de los pacientes, teniendo como mayor nivel para resolver los problemas el hospital de Neuquén, que es el de mayor complejidad en equipamiento fundamentalmente. Se realizó una encuesta que se incorporó a la ronda habitual del programa de A. P. S. de los agentes sanitarios; en su recopilación de datos agregaron una encuesta muy sencilla para detectar pobladores con discapacidades que se agruparon en motoras, sensoriales, mentales, viserales y mixtas, para poder ir clasificándolas. Como resultado de esto tuvimos que de 2.700 pacientes que incluía 500 familias encuestadas había 207 con discapacidad. Las conclusiones de esta encuesta fueron:

“La implementación de un programa nos resultó de bajo costo y de bastante facilidad de implementación; las encuestas eran sencillas como su confección y procesamiento. Son los primeros resultados en áreas nunca estudiadas; se observan diferencias con respecto a datos de áreas urbanas, por ejemplo: el porcentaje de discapacidades de 2,27 % se encuentra por debajo de los habituales que van del 3,5 % al 7 %; el porcentaje de trastornos sensoriales es mucho mayor que el habitual y en este caso el de mayor prevalencia con un 32 % sobre un 22 % que presentaban los motores. Este es un dato que teníamos que seguir investigando para ver cuál era el motivo de este cambio de prevalencia, pensamos que se trataba de afecciones oftalmológicas o patologías otorrinolaringológicas con ningún o inadecuado tratamiento. A pesar de que las cifras porcentuales se encontraban por debajo de otras estadísticas es importante consignar que el porcentaje de familias afectadas es del 10,7 %, porque la presencia de un discapacitado perturba a toda la familia en su conjunto; en este sentido es notable la continencia familiar con el discapacitado, al igual que la aceptación sin prejuicios por parte de la comunidad en la cual viven.

El sistema de salud permite que en los lugares donde ya

funciona el programa este se transforme en una actividad más del equipo de salud en conjunción con la comunidad. Cuando empezamos a hacer participar a la familia en el proceso de rehabilitación encontramos que la mayor capacidad para adaptar tecnología —confección de bastones, muletas, adecuar las instalaciones de las viviendas, para el mejor manejo de los discapacitados— la tenía la comunidad que también tuvo más éxito en movilizar a otros sectores como educación, agricultura y ganadería, las municipalidades, para exigirle participación y respuesta para incorporar al proceso de todos los días a estos discapacitados que tenían algún tipo de marginación por cuestiones materiales, no por falta de aceptación de la comunidad.

Muchas de las propuestas que habíamos elaborado no las planteamos por miedo a que nos pase lo que relató Foxter en su libro, respecto de aquel mono que vio un pescado en el agua y lo sacó para que no se ahogue, como él, el día anterior. Esto nos sirvió para confirmar algo que por ahí se recita, por parte nuestra también, que tenemos que trabajar por y para la comunidad, de esa forma es cuando vamos a tener éxito.

Dr. Arrue. — En A. P. S. andamos necesitando tecnología apropiada, pero más importante, es la elaboración de un buen cuerpo integrado de conceptos. El tema de la A. P. S. que empieza a partir de problemas de costo, va evolucionando y actualmente no es salud para todos, sino salud con todos, esto significa la autorresponsabilidad; parece que no es para médicos solamente, porque sería “para o por”, pero si creemos que esto del “con” es importante tenemos que empezar a pensar en la configuración de los equipos.

De la cosa individual, la patología, el enfoque médico tradicional se pasa al equipo multidisciplinario de salud, un conjunto de especialistas que a través de su inter-relación posibilitan una visión menos disociada del individuo enfermo. Después le sucede el equipo interdisciplinario de salud, en el cual la gente no profesional participa activamente en el equipo de salud. La propuesta es: cómo hacemos para que el equipo sea multidisciplinario constituido por toda la comunidad con sus instituciones, con los miembros haciéndose responsables de su salud y la del grupo social de su entorno.

La evaluación a través de los índices tradicionales de salud son insuficientes, no digo que no son importantes, pero están basados en la patología. La salud requiere otro tipo de cosas, entonces tenemos un compromiso con nuestro pueblo: cómo desarrollar el tema de la calidad de vida, no solo la cantidad de vida. Esos son los problemas que surgen cuando existe una continuidad en un plan con el cual todos estamos comprometidos, hay que cuestionarlo pero con muchas armas y mucho respeto.

Nuestra población tiene distintos enfoques de lo que es la salud. Está el del sistema formal, basado mucho en la patología, está también el enfoque a partir de la medicina tradicional. Entonces hay dos sistemas de salud: el formal y el popular que tiene una vigencia impresionante. Los vínculos que tenemos entre el sistema formal y popular de salud están basados en el rechazo o descalificación mutua, pero la comunidad está integrando ambos sistemas; entonces nosotros nos vemos en la obligación porque la comunidad lo exige, de empezar a conocer y respetar esta otra alternativa que tiene bastante más antigüedad que la del sistema formal, limpio y blanco de salud que estaba mucho antes de las carabelas. Si entendemos que A. P. S. implica participación popular, de la cual todos hablamos, podemos descalificarla o seguir ignorándola, entonces nunca se va a llegar a conocer y respetar un sistema en el cual la salud es producto de una vinculación adecuada entre la mente y el cuerpo, que está muy fundada en la fe; y esto no lo podemos medir, no nos sirven los esquemas que tenemos, se nos rompen incluso los conceptos de la ciencia que están muy basados en las ciencias naturales aplicadas al campo de lo social; lo entramos a cuestionar ya no nos sirve o es insuficiente, el tema del daño, el monto social de una patología que existe en una comunidad que se va distribuyendo a través de un intermediario, un técnico que es brujo, o la medicina popular tradicional como intermediario entre aquel que sufre —la comunidad— y sus dioses populares; todas estas cosas nos obligan si pretendemos realmente entender la salud de nuestro pueblo, si pretendemos hablar o practicar una participación que la podemos abordar de distintos lados: “Como entiendo yo la salud y la enfermedad para meterles lo que es mi concepto” la otra postura, la contraria: “Lo del otro es lo que vale, lo que sirve, lo mío no

corre"; hay otra alternativa que se resuelve a través del vínculo, que si es de respeto al otro pero también a uno mismo, es posible llegar a trascender este entrampamiento que es el proceso que nosotros llamamos de endo-culturación. Estamos tratando de conformar un grupo de investigación y desarrollo de la cultura popular, los vínculos entre ambos sistemas, tratando de revalorar tanto el concepto del otro como nuestro conocimiento.

Las resistencias de las cuales se hablaron surgen fundamentalmente de uno mismo porque el vínculo va y viene, dependerá de una actitud y lo digo con mucho conocimiento personal, todos tenemos mucho y yo tengo mucho de autoritarismo y tecnocratismo. En la medida que no pueda ir despojándome de eso no voy a poder desarrollar un buen vínculo, no voy a poder entrar en un proceso de endo-culturación; esto tiene que ver con la libertad, la búsqueda de alternativas en este vínculo con el otro, que nos va a posibilitar también el desarrollo de nuestras alternativa.

Dr. Costa. — En este momento nuestra cultura occidental se está replanteando los frutos recogidos de un siglo y medio de filosofía positivista que si bien nos llevó a un espectacular desarrollo científico y tecnológico, también nos llevó a un replanteo de nuestra incertidumbre respecto de un montón de cosas. Esa resistencia que encontramos a veces en la comunidad hace que pensemos que nosotros también le hemos transferido la idea del médico omnipotente, todo poderoso; que hemos generado resistencia; que hemos hecho patógenos bichos que antes eran simples compañeros de vida sin provocarnos daño; que hemos hecho una iatrogenia a lo largo y a lo ancho de todo el mundo; nos replanteamos que lamentablemente teníamos la ventaja de que el mismo pensamiento del desarrollo de la ciencia nos lleva por delante de aquellos que no tienen este conocimiento, esa transferencia que le hacemos viene detrás en el tiempo y esto hace que el replanteo como error de nuestra práctica médica, no sea aceptado por la comunidad porque hace tiempo le enseñamos otra cosa, y eso lo tenemos que tener en claro.

En Neuquén se da el proceso de una cultura tradicional aborígen, pero esto no es lo frecuente en el país; ese choque con la medicina popular lo tenemos por una serie de mitos y tabúes

que tiene la comunidad, que hemos sido muchas veces nosotros quienes se los hemos metido.

Herminio Casanova. — Soy uno de los más antiguos, por eso como punto de partida tomamos mi inicio. Indudablemente pasaron muchas cosas desde que me incorporé a este equipo. En el año 1978 asistí en el hospital a un programa de trabajo para el equipo de agentes sanitarios, que como recién comenzaba sufrió muchas modificaciones en su marcha; aún hoy se siguen modificando muchas cosas, pero entiendo que esto tiene que ver con su desarrollo.

Realmente es difícil definir la labor que lleva adelante el agente sanitario. En un comienzo era fácil detectar y derivar las personas con problemas de salud físicos, control de embarazo, la vacunación, desparasitación de los perros por el problema de la hidatidosis; todo esto no es poco pero era incompleto, nos sentíamos desconectados del equipo de salud, el peso del trabajo recaía en los profesionales, en especial los médicos, que suelen ser los expertos en lo que hace al aspecto biológico; de la parte psico-social no se hablaba prácticamente y menos se hacía. Las distintas situaciones que se presentaban en las visitas domiciliarias, iban ampliando nuestras inquietudes, no solo el problema de la vacunación tiene que ver con las personas sino que el control de basura y agua también son problemas de salud, como una niña con un embarazo no contemplado, la inquietud familiar por falta de trabajo, la posibilidad de modificar una huerta o un rebaño que cae siempre de escaso, la muerte de un miembro, etc. Si bien somos miembros de la salud, lo somos fundamentalmente de nuestra comunidad y sentíamos que debíamos dar respuesta a estas necesidades. Las inquietudes que nos presentaban aumentaban a medida que pasaba el tiempo y nuestras respuestas también, aunque en forma particular o como podíamos.

Progresivamente constituimos el equipo de área de programa que se reunía en el hospital todos los días lunes, donde aprovechábamos para contar todos los problemas que encontrábamos, reflexionando con los resultados, ayudándonos mutuamente, que es la forma más importante que tenemos de capacitación. A veces recibíamos clases de los profesionales sobre temas específicos; el método más común de abordar las dificultades es a través de

dramatizaciones, alternándonos en diversas situaciones, definiendo de diferentes formas los temas presentados; a veces somos el poblador, la señora, un hijo, el maestro, y siempre alguno de nosotros representa un agente sanitario.

Hemos definido una guía para poder abordar las diferentes crisis que son normales en todas las personas y que sirven fundamentalmente para cambiar y crecer. Esta guía dice que lo primero que tenemos que hacer es comprender; para ello es importante escuchar a todos los que quieran participar de algo que es conveniente hacer; si creemos haber comprendido, tratamos de que todos sepan que hemos entendido haciendo referencia a algún hecho similar, conocido si es posible; de esta manera nos sentimos y nos sienten más cerca. Luego viene el momento de buscar alternativas; la idea es que cuando trabajamos con un grupo de personas facilitamos que las propuestas vengan de todos los participantes, algunas pueden gustarnos, otras no, pero entendemos que todas sirven cuando tenemos ganas de ayudar. A veces nosotros también damos propuestas, pero tratamos que sea una más.

Muchas veces es necesario la intervención de instituciones de la comunidad, en esta situación nuestra tarea es servir de facilitadores de quienes lo necesitan pero tratamos de no tomar a nuestro cargo la tarea en forma exclusiva, porque las cosas de salud tienen que ser de todos y no solo del equipo formal de salud.

El tema de la definición es resuelto exclusivamente por el interesado, por la familia o por el grupo; nosotros operamos facilitando la adquisición en cantidad y calidad de alternativas, pero la decisión final debe ser del interesado o de los interesados. Quiero recalcar que en todo esto lo más importante es poder tener un buen vínculo personal, de esta forma hasta nos permitimos muchas veces equivocarnos, que no es pecado; lo malo es ser muy acertado técnicamente, pero no sentir a quienes nos necesitan. Es importante todo, pero para poder hacer es importante sentir, pensar, y esto no debe ser una cosa exclusiva del profesional, sino que debe ser cosa exclusiva de las personas. "La salud es muy importante para dejarla solamente en manos de los médicos".

Para todo esto es muy necesario el apoyo de las institucio-

nes de salud, pero también el apoyo de las instituciones de la comunidad. Afortunadamente esta respuesta se va obteniendo gradualmente porque nosotros vamos adquiriendo confianza; también tenemos confianza en nuestra gente, por más que los problemas nos desborden; siempre hay que tener en cuenta más las posibilidades que las dificultades, la salud debe ser más importante que la enfermedad, la confianza que transmitimos al tener siempre la base de la realidad debe ser de esperanza.

Nuestro trabajo se va ampliando, pero también el grupo. Es común que en nuestras reuniones participen miembros de las diversas instituciones de la comunidad que vienen espontáneamente o responden a nuestro pedido; miembros de escuelas, comisiones de fomento, de acción social, de la municipalidad, de iglesias, de las agrupaciones indígenas; desde hace ya bastante tiempo que vienen profesionales de otros lados del país para acompañarnos, nos ayudan y creo que los ayudamos, no sé si esto es aprendizaje, pero siempre hacemos amigos; si algo es necesario en una comunidad es el apoyo. A. P. S. es responsabilizarse de la salud; todos y cada uno, la familia, las instituciones; no sólo salud —esto se dice aquí—, también la educación es problema de todos. Pero a veces el mensaje es contradictorio, por ejemplo, la distribución de leche o de cajas PAN, a lo que estamos obligados institucionalmente. Lo mejor sería que no haya necesidad de repartir cosas sino que haya trabajo bueno para todos. A pesar de esto, tratamos de darle un sentido diferente.

Otra cosa importante, es que todos no pensamos igual. En nuestra zona los pobladores de la agrupación indígena suelen tener diferentes formas de entender la salud y no solo la salud. Para poder vincularse con otra persona hay que conocerla y respetarla, por eso los días sábados por la mañana, desde hace bastante tiempo, nos juntamos para aprender la lengua mapuche, aprendemos que es la medicina tradicional o las costumbres de los antiguos. Solo si se conoce se puede elegir. Los pobladores elegimos siempre. La medicina blanca es buena en muchos aspectos pero no es la única del lugar; hay algunas cosas que la medicina blanca no puede resolver, tampoco ella cree en los efectos, me parece una lástima, porque creer solamente en los aparatitos es todo un desperdicio.

Dr. Costa. — En esta experiencia grupal de la provincia de Neuquén no hay nunca objetivos alcanzados, porque a medida que se van alcanzando unos van apareciendo otros, nos vamos replanteando constantemente la necesidad de ir recreando nuevos modelos, nos vamos demostrando que a medida que vamos avanzando nos damos cuenta de cuánto es todavía lo que nos falta. Pero de cualquier manera nos sentimos muy gratificados en cuanto a la expectativa laboral que nos ha tocado vivir. En muchas reuniones de temas de capacitación, cuando se hacen las encuestas finales en que se les pregunta a los concurrentes cuál es el principal motivo por el cual harían tal cosa, lo primero que sale es: “tener claro los objetivos”; la cuestión dinero, que muchas veces está en primer lugar siempre apareció en tercer o cuarto lugar; de alguna manera esta gratificación que sentimos es que sabemos dónde queremos ir, eso es muy importante; la cuestión es ver si podemos llegar, ese es el desafío.

Público. — Hasta este momento, en todas las exposiciones que hicieron sobre A. P. S., han hablado de un equipo interdisciplinario o multidisciplinario. Soy enfermera del Hospital Durand, he notado que el papel de la enfermera en la A. P. S. está muy desdibujado, es un integrante del equipo que no integra el equipo. ¿Qué pasa con enfermería en A. P. S.?

Dr. Irigoyen. — En el hospital de Junín de los Andes el jefe de área es el director del hospital, hay una supervisora de área programa que se encarga de los consultorios externos, la parte de agentes sanitarios, cuya capacitación, supervisión en terreno, supervisión del desarrollo de los programas están a cargo de una enfermera. Los auxiliares de enfermería se desempeñan en la parte de internación en hospitales de complejidad 4 y también en centros de salud. En las tareas de educación para la salud tiene una participación muy activa; tenemos una propuesta de ampliar la capacitación ya sea en el nivel local o central de su formación tradicional, incorporando elementos de A. P. S. para que comiencen a trabajar como auxiliares de enfermería y obviar el paso de la formación del agente sanitario. Seguimos en la postura de tomar agentes representantes de las comunidades y capacitarlos.

Dr. Costa. — En San Martín de los Andes estamos un poco en deuda, porque por una forma de integración actual del plantel no hemos podido desarrollar, en la medida de nuestras intensiones, actividades de A. P. S. en forma intensa con el personal de enfermería. De cualquier manera el personal se ocupa de la atención de los consultorios periféricos urbanos en tareas coordinadas con los agentes sanitarios, porque en el área urbana la relación del agente sanitario con la estructura formal del hospital se limita por la misma conformación del trabajo. El puesto periférico se atiende todos los días, rotando así todos los médicos del hospital; uno de los avances fue que todo el personal de enfermería rote periódicamente por los consultorios periféricos y externos.

La coordinación de las tareas de las zonas rurales en la A. P. S. están casi en manos del coordinador de enfermería zonal; en nuestra zona es posiblemente donde menos se ve, por eso es que tenemos falencias. Tenemos un proyecto en nuestro hospital para poner en práctica a partir del mes de junio, donde se va a sectorizar el servicio de enfermería asignando una tarea muy importante a un supervisor de todo lo que es A. P. S., de consulta externa que engloba los consultorios externos del hospital, los consultorios periféricos, y los puestos rurales, donde se va a coordinar con el trabajo de los agentes sanitarios. Los enfermeros que trabajan en los consultorios externos y puestos periféricos hacen una serie de tareas específicas de enfermería, sobre todo en el seguimiento del control del embarazo, del niño sano de 0 a 2 años, de 2 a 5 años, con normas precisas, donde su trabajo está coordinado con la tarea del médico y la del agente sanitario, en cuanto a crecimiento y desarrollo y programa de vacunación.

En San Martín de los Andes todavía estamos en deuda con lo que puede lograr la enfermería en la A. P. S.

Dr. Arue. — Esta dificultad de enfermería tiene mucho que ver con que en general reproducen el modelo médico hegemónico y tienen serias deficiencias de formación en lo que hace a lo psico-social. No obstante, dentro de la experiencia vinculada a A. P. S. y salud mental hay algunas actividades grupales en las cuales hay una participación importante de enfermería

—grupos interfamiliares de chicos de bajo peso, o de embarazadas— por lo cual enfermería, forma parte del equipo de salud.

Ahora estamos desarrollando una experiencia muy interesante con grupos de enfermeros del hospital para trabajar sobre el tema vínculo-paciente, vínculo familia. Para el futuro tenemos pensado lograr enfermería domiciliaria.

Dr. Costa. — La provincia hizo todo el proceso en estos últimos años, fue bastante costoso pero se revirtió la capacitación del personal; en este momento no se puede ingresar sin tener por lo menos una formación de auxiliar. De un 65 % de enfermeras empíricas que había en el año 1973, prácticamente ya no existen; el grueso del plantel son enfermeros auxiliares formados en la escuela de enfermería de la provincia; el resto es personal profesional o de nivel universitario. Hace un año que ha empezado a funcionar la escuela superior de enfermería a nivel terciario en la provincia, con proyecto de integrarlo a la Universidad Nacional de Comahue.

Público. — Nosotros trabajamos en Esquel, ya tenemos integrado el plantel de enfermería dentro de la A. P. S. Después de una experiencia de un año, que es muy corto, tuvimos que entrar de la puerta del hospital hacia adentro y no hacia afuera; así decidimos empezar a trabajar con todas las enfermeras del hospital, aún las que trabajan en cirugía, en terapia intensiva, en la guardia, en los consultorios externos. Se organizó un curso fuera del horario de trabajo que tuvo gran repercusión, donde se integraron los agentes sanitarios, las enfermeras, sin que el objetivo fuera que salieran a terreno o a consultorios periféricos solamente, sino que en cada lugar de trabajo reflexionaran todas juntas sobre la A. P. S., que se hace aún en un quirófano.

Con respecto al área externa —consultorio externo del hospital— hacemos, por lo menos en pediatría, reuniones mensuales con todas las enfermeras de los periféricos y los agentes sanitarios, donde cumplen su rol igual, dentro del equipo de salud, que cualquiera de sus integrantes.

El rol de enfermería siempre fue relegado, inclusive en la parte social, sus vivencias como personas —porque son parte de la comunidad—. Entonces la participación debe empezar por

casa, por nosotros y por todos los que estamos trabajando en un mismo equipo.

Público.— Con respecto a la salud mental, quisiera saber: ¿cuál es la patología más frecuente en la población indígena?

Quisiera preguntarle al agente sanitario, cuáles son las dificultades que tienen ellos como trabajadores de la salud a nivel grupal. Yo soy médico y generalmente cuando trabajamos con psicólogo o asistente social tenemos dificultades en cuanto a formación o cierta lucha de poder.

Herminio Casanova.— Las dificultades realmente son bastantes; en la medida que uno se integra a la comunidad empieza a encontrar las soluciones con la misma comunidad. Los profesionales quizás se sientan un poco aislados, pero hay que romper la barrera. Participar de todas y cada una de las acciones de la familia hace a la mejora de la relación y a la solución de los problemas.

Dr. Arrue.— En la zona sanitaria 4, que comprende cinco comunidades con los equipos locales de cinco hospitales, estamos desarrollando, desde hace unos cuantos años, un programa de A. P. en salud mental que se viene desarrollando con diversos equipos, que surgen de las distintas localidades. Comenzó desde lo biológico, luego se integró lo psicológico y las ciencias sociales. Uno de los equipos es el de área de programa que comentó Herminio. Nos juntamos los lunes; cuando un agente sanitario en sus rondas tiene una dificultad que lo trasciende, lo plantea en esa reunión donde trabajamos mucho con dramatizaciones, hay apoyo de los profesionales de la ciencia de la conducta. Así como en el trabajo de salud, la definición es del poblador; la definición en el equipo de área de programa, es del agente sanitario que es el que está en contacto con la realidad. A través de dramatizaciones vamos valorando diversas alternativas, tanto en calidad como en cantidad con rotación de roles; la definición la va a tomar el agente sanitario cuando esté con la familia; cómo hacer de facilitador a su vez de la definición de la familia y de la persona; eso es A. P. S., ése es el rol del profesional, a nuestro entender.

Dr. Costa.— A veces, cuando salimos en la visita rural, la

población se concentra en un puesto sanitario o en una escuela; a veces hacemos visitas a algunos pobladores en sus propias casas porque viven muy lejos. La boca de entrada la tiene el agente sanitario y uno actúa un poco como apoyo al trabajo de ellos.

Recuerdo el caso de un chico cardíaco de Lago Hermoso, que había dejado de concurrir a los controles; el médico no tiene un seguimiento tan claro, si el chico no viene al control y el agente sanitario no se da cuenta, se puede perder. Había dejado de venir, la madre estaba desilusionada porque el chico no aumentaba de peso y se agitaba. El agente sanitario la motiva a que vuelva a sus controles, vuelve y el médico al que va al control, le encuentra un soplo y lo deriva al hospital donde lo ve el pediatra; le hace una tele de tórax y un electrocardiograma que dan una desviación del índice cardíaco con agrandamiento de la cavidad izquierda. Se lo deriva al Hospital Neuquén, lo estudia el cardiólogo infantil, se le hacen los estudios hemodinámicos; era una cardiopatía congénita de solución quirúrgica. Se gestiona a través del servicio social de la provincia el turno en el Hospital de Niños de La Plata donde se lo opera. En el período de recuperación, la casa de la provincia de Neuquén le encuentra trabajo a la madre. Luego vuelve y en este momento vive sano y salvo en Lago Hermoso.

Atención primaria significa atención primera, que supone que puede haber otros niveles cuando la respuesta no se la podemos dar directamente, pero la atención precoz de ese chico fue el trabajo del agente sanitario, la preocupación de ir a la casa, motivar a la madre porque ese chico había dejado de ir a la consulta. Este chico solucionó su problema en una vía de alta complejidad, pero hizo todos los caminos porque era la única respuesta que tenía su patología; pero el mecanismo de captación del chico y la respuesta terapéutica que le permitió llevar después una vida normal se dio por una tarea de A. P. S.

Público. — Me voy a permitir dos reflexiones. La primera tiene que ver con lo que dijo Quirno Costa cuando hablaba de las espectaculares mejorías de las estadísticas de salud de la provincia de Neuquén, que por el carácter de la exposición le dio énfasis a la organización del sistema de salud y todos los aspectos que hacen al sector. Creo que la idea no quedaría redonda si no aclara-

mos otras circunstancias que se dieron en Neuquén que son la base de su éxito: la continuidad del equipo de salud basado en razones político-técnicas, y por otro lado en la provincia hubo transformaciones económicas muy importantes. Estos son componentes que tienen que ver con las cifras.

Dr. Costa. — El sector salud ha hecho un aporte muy importante pero ha ido paralelo al desarrollo de la provincia en muchísimos otros aspectos. Hay un trabajo del Dr. Perrone y de la Lic. García Vázquez, hecho por la Escuela de Salud Pública, donde trata la mortalidad infantil en Neuquén a partir del cambio de indicadores socio-económicos, tomando la parte de la atención de la salud como el último punto.

Un dato que recuerdo del último expediente censal, en el cual, entre 1970-1980 la población de la provincia creció un 59,8 % y la construcción de viviendas creció un 79 %, quiere decir que esa población que se incrementó en forma explosiva tuvo posibilidad de mejorar su condición habitacional; también se incluye el mejoramiento de los sistemas de producción de agua potable, de las comunicaciones; Neuquén es la provincia mejor comunicada.

Público. — Partiendo de la existencia de un sistema institucional formal y un sistema tradicional comunitario, el agente sanitario es el nexo entre los dos sistemas. Para que esto tenga resultado el agente sanitario tiene que cabalgar sobre el borde de un cuchillo donde es absorbido por alguno de los dos polos de atracción, pierde eficiencia; si el sistema institucional formal lo chupa, el agente sanitario se aísla de la comunidad y pierde todas las posibilidades del efecto; si por el contrario revaloriza los aspectos comunitarios que son valiosos, pero se aísla de la tecnología mínima que le puede prestar el sistema institucional también se aísla y termina siendo un curandero lento, como decimos nosotros en la zona guaraní. Hay una hermosa frase que una vez le escuché decir a un viejo médico, que decía: “En última instancia, el acto médico no es un hecho científico, sino que es un hecho convivencial”.

Dr. Arrue. — El agente sanitario como nexo entre el equipo de salud y la comunidad, es cierto, en función del enfoque clá-

sico; miembros de la comunidad somos todos, todos caminamos por la incertidumbre; tenemos que aceptarlo, no siempre la ciencia da respuesta, las tenemos que buscar entre todos, tratar de trascender el rol individual y tratarnos de fijar una función como equipo, con el riesgo de la transdisciplina que puede ser un enfoque interesante en muchas situaciones de incertidumbre.

Dr. Costa. — Es cierto que la provincia tiene una explosión demográfica porque existen posibilidades de desarrollo laboral, pero no a través de las obras hidroeléctricas como la provincia esperaba, ya que éstas han planteado el desarrollo de villas temporarias con tremendos conflictos gremiales, como pasa actualmente en Piedra del Aguila que después han sido levantadas en su totalidad y trasladadas a otra parte o se han transformado en villas fantasmas, como la villa estable del Chocón que tiene 1.100 habitantes sobre los 5.000 que tenía cuando estaba la obra en construcción. La represa no le ha facilitado el desarrollo a la provincia, salvo la posibilidad que la provincia con sus propios recursos, haga líneas de media o de alta tensión para retribuir al interior de la provincia, porque el grueso de la energía que producen las grandes represas viene a la zona del Gran Buenos Aires; incluso actualmente no está permitida la explotación turística, en los lagos de las represas no se ha hecho la forestación, ni tampoco se permite para regadío.

Público. — Soy nutricionista, trabajo en el hospital de la Matanza. Además de las acciones de ayuda alimentaria —leche y cajas PAN— ¿existe, tano en Junín como en San Martín de los Andes, algún otro programa de nutrición en A. P. S.?

Dr. Costa. — No, el programa de A. P. S. contempla el programa de apoyo nutricional a través del programa materno-infantil; hay un plan de desarrollo de huerta comunitaria. El programa PAN no se maneja institucionalmente, es un programa vertical, estructurado directamente por el Ministerio de Acción Social de la Nación, en San Martín de los Andes tenemos exclusivamente la distribución sin ninguna otra participación en el programa.

En cuanto a la posibilidad de desarrollo nutricional es una deuda que tenemos. Un paso importante es que la provincia reco-

nozca como carrera básica de la Universidad argentina, la nutricionista, en el mismo rango de todas las carreras tradicionales, que permite una salida laboral importante para incorporar gente a la cual antes no se le podía ofrecer nada interesante.

La provincia tiene un programa de manejo de dietas hospitalarias normatizado del nivel central, el cual es muy eficiente porque está muy bien manejado el sistema de compra por licitación, pero se maneja muy centralizado y con poca supervisión de gente capacitada. El Hospital Neuquén tiene dos nutricionistas trabajando; aspiramos como próximo paso incluir nutricionistas en los hospitales cabeceras de zona con posterioridad en los hospitales cabeceras de área para así poder supervisar con más elementos la atención hospitalaria y poder desarrollar programas nutricionales, con un poco más de coherencia que los que estamos haciendo en este momento.

Dr. Irigoyen. — El programa de control del menor de dos años tiene evaluaciones por cohortes de chicos y en general para toda la provincia respecto a la nutrición de esos chicos; el nivel de desnutrición que se hace a los dos meses arroja cifras del 6 % al 7 %, la misma cohorte a los doce meses asciende hasta el 9 % y a los dos años, cuando ya pasan a otro programa de control, es cerca del 11 %.

En Junín de los Andes hicimos un estudio para ver el estado nutricional de niños preescolares, lo que vimos fue un déficit importante en la talla de los chicos que estaba por debajo de las tablas normales usando las que publica la Sociedad Argentina de Pediatría; el estado de peso, para la edad, era adecuado; anemias no se detectaron en un grupo importante de chicos en edad preescolar y escolar que es un área poco investigada. Respecto a la buena o mala nutrición que tengan, está montada en una investigación para ver por qué el déficit está en la talla, por qué esos chicos que hasta los dos años vienen creciendo y engordando bien, los encontramos en la escuela con un déficit de talla crónica de nutrientes; esto está en marcha.

GUIA BIBLIOGRAFICA DE PARTICIPACION POPULAR EN SALUD

- 1 - Participar - Susana Belmartino y Carlos Bloch - Salud y Sociedad N° 9 y 10, Córdoba.
- 2 - Salud: Educación y participación popular - Roberto Chediack - Salud y Sociedad N° 9 y 10, Córdoba.
- 3 - Ideología de la participación popular en salud - Antonio Ugalde - Cuadernos Médico Sociales de Rosario N° 41.
- 4 - Reflexiones acerca de la participación popular y sus problemas - Marcelino Fontán - Mimeo Fundación Manuel Ugarte, 1987.
- 5 - Seminario de participación popular y atención primaria de la salud - 13 y 14 de julio de 1985 - Mimeo CODESEDH.
- 6 - Líderes de A. P. S. categorías, funciones y requisitos - O. M. S. Cuadernos de Salud Pública N° 82.
- 7 - Participación popular y sistemas de salud en Nicaragua y México - Revista Nueva Antropología N° 28, México.
- 8 - La salud de los trabajadores - Franco Basaglia - Ed. Nueva Imagen, México.
- 9 - Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas - Análisis de estudios de casos seleccionados - O. P. S. Publicación N° 473.
- 10 - La participación popular en Salud - La lucha por la salud en Cuba - Leopoldo Bernal y José Figueroa - Edit. Siglo XXI - Colección Salud y Sociedad.

EXPERIENCIA DE A. P. S. EN INGENIERO JUAREZ (Pcia. de Formosa)

**Relato a cargo del Dr. Hilario Ferrero (Director del hospital)
y el Sr. Jorge Toledo (agente sanitario)**

Jorge Toledo. — Me incorporé a este compromiso en el año 1980; la capacitación es permanente. Nuestra área programática comprende el departamento de Matacos y parte del Bermejo (Pcia. de Formosa); depende del hospital de Ingeniero Juárez, donde trabajan varios médicos que hacen visitas a nuestras comunidades.

Somos un grupo de agentes sanitarios que trabajamos juntos; nuestro objetivo es conocer la realidad de nuestras comunidades; nos propusimos buscar un camino que beneficie a nuestro pueblo, trabajando en forma conjunta con otras personas capacitadas, para que nuestras familias tengan acceso al sistema de salud. Como en nuestra comunidad hubo problemas de sarna por falta de higiene en el medio ambiente e higiene personal, programamos una campaña de salud formando grupos de agentes sanitarios, realizando una campaña casa por casa de educación para la salud. Durante la campaña se realizó la curación de granos y la entrega de medicamentos a las personas que lo necesitaban; luego, cada agente sanitario se responsabilizó en controlar las personas tratadas, de esa forma conseguimos una buena respuesta a nuestro trabajo.

Se programaron reuniones para mujeres de distintos barrios, participaron muchas; cada una de ellas aportó su opinión o sus experiencias, notando así la preocupación tanto de las mujeres como de los hombres de limpiar las casas; en estas reuniones participaban también auxiliares docentes y promotoras sociales. Se hizo una obra de títeres representada en los distintos barrios con el tema "control materno-infantil", donde se buscó que la

gente vea también la importancia del agente sanitario en una comunidad.

Muchas veces las madres, desconociendo los riesgos, dejan pasar largo tiempo al chico con diarrea; cuando ven que está muy grave recién corren al médico con el chico deshidratado; sin consulta alguna en su comunidad porque "el médico tiene medicamentos para cortar la diarrea"; pero muchas veces el médico no puede curar al chico porque la enfermedad está muy avanzada. Durante la representación de la obra la gente prestó mucha atención, al finalizar escuchamos sus opiniones; unos pocos consideran que es muy importante, otros dicen que el trabajo que estamos haciendo no es bueno para ellos. Pero nos quedamos contentos por lo que estábamos haciendo por la gente, porque a medida que pasa el tiempo, las familias se van preocupando en consultar todos los problemas al agente sanitario, ya sea control materno-infantil o embarazo.

Consideramos que el trabajo que estamos haciendo es muy importante. En otros parajes del interior se realizó primeramente una reunión con todos los integrantes de la comunidad con la colaboración de nuestros compañeros Hilario y Susana (en otras comunidades, sólo se reúnen los agentes sanitarios), donde representamos chicos con diarrea, vómitos, con síntomas de deshidratación. Con estas actividades programamos una campaña donde cada agente sanitario, cuando llega a su comunidad, reúne a todos los padres y las madres con la colaboración del cacique o el encargado de la iglesia. De esta manera conseguimos buenos resultados del trabajo al tener menos derivaciones al hospital, porque ellos mismos tratan con las sales de la hidratación, o sueros caseros; en la zona de Vaca Perdida, La Rinconada, Chuncal, no hubo ningún fallecido por la diarrea, sólo un caso en que la madre se asustó en el hospital fugándose del mismo con el chico, que falleció después.

Se está trabajando con las madres sobre la importancia de potabilizar el agua, de la higiene personal y del medio ambiente. En las costas del río Pilcomayo se trabajó de igual forma, a pesar de las inundaciones, que hicieron que todos los habitantes se trasladen a otros lugares donde el agua no llegue; cada agente sanitario siguió trabajando normalmente con sus tareas de salud.

La capacitación con alternancia es muy importante; cada agente sanitario que se capacita trabaja con mayor seguridad. Actualmente se está trabajando en esa forma, organizados por cuerpos de salud, como el hospital de Ingeniero Juárez.

Dr. Ferrero. — Es difícil contar una experiencia global sobre A. P. S., sobre todo cuando nos hallamos tan involucrados en esto. Pensamos dar un enfoque para aquel que esté dispuesto a salir de este mundo de cemento, que es la ciudad, y mezclarse con el aire puro y la tierra de campo. Se nos presentaba una primera disyuntiva: contar todo a través de los resultados de cifras estadísticas, haciendo énfasis en la eficiencia o no de un sistema, o tratar de transmitir el proceso que nos llevó al punto en que nos encontramos actualmente e ir ilustrando los logros con algunas cifras. De ninguna manera voy a intentar transmitirles una receta mágica de cómo se deben hacer las cosas; la receta no existe. Para que las situaciones cambien, debe haber una voluntad de cambio, que de ninguna manera alcanza sólo a lo científico; no podemos separar nuestro actual modelo técnico científico de nuestra ideología en cuanto al modelo de país que queremos. La segunda pregunta que nos hacíamos, era cuál podía ser el hilo conductor que demostrase los modelos por los cuales pasamos y cómo influyeron éstos en nuestro actuar; este hilo conductor puede ser la capacitación de personal auxiliar, encarado desde un principio en nuestra experiencia.

Sin dar una breve reseña de las características de la zona donde vivimos es muy difícil entender por qué hicimos esto y no otra cosa. Nuestra área de trabajo es la zona sanitaria 4 de la provincia de Formosa, comprende los tres últimos departamentos del oeste (Bermejo, Mataco y Ramón Lista), con su cabecera en el hospital de Ingeniero Juárez. Formosa limita al norte con el Paraguay, a través del río Pilcomayo; al sur con el Chaco, a través del caudaloso río Bermejo. La zona central es semiárida y desértica, con clima subtropical, donde el agua escasea prácticamente todo el año. La superficie de la zona sanitaria 4 es de 22.802 km.², que representan un 31 % de la superficie provincial, que es de 72.066 km.²; el 15,6 % de la red caminera provincial se encuentra asfaltado, en nuestra zona es del 0 %; todas las rutas son de tierra, quedando totalmente intransitables en épo-

cas de lluvia; con los desbordes de los ríos Pilcomayo y Bermejo se convierten prácticamente en cursos de agua. La población estimada en nuestra zona es de 22.000 h., teniendo nuestros departamentos una densidad poblacional promedio de 0 a 85 %. Los indicadores socioeconómicos de esta parte del país, según el censo del año 1980, son: una población rural del 100 %, para los departamentos de Bermejo y Ramón Lista; 23,7 % para Matacos, en viviendas precarias; 90 % para Ramón Lista y Bermejo; 69,5 % para Matacos; hogares con necesidades básicas insatisfechas 86 % promedio en los tres departamentos; niños menores de dos años en estos hogares 92 % promedio en los tres departamentos. Los medios de comunicación son escasos, nulos; se viaja como se puede y cuando se puede. El trabajo fundamental del hombre es como hachador del monte. El aborígen come esencialmente pescado, que es sacado de los ríos. El agua cuesta mucho conseguirla; cuando están a la vera del río es fácil, en otros lugares tienen que caminar hasta 6 kilómetros para conseguirla.

El modelo médico hegemónico no podía ni puede dar respuesta a esta problemática que presenta nuestra zona. La medicina, el hospital, el médico, tienen efectos mucho menores de lo que se cree en la situación sanitaria de los pueblos; porque nuestras universidades, con las ideologías que transmiten, no nos preparan para el abordaje de estas realidades. La única alternativa válida será aquella que quiere a las personas como protagonistas de su proceso, hacia la conquista de la salud como un derecho humano.

Esta experiencia comenzó en el año 1973, pero recién en el año 1976 tuvo su base en Ingeniero Juárez, junto con el hospital cabecera responsable de la zona sanitaria 4. Nos encontramos en esa época, con un hospital con escaso recurso humano, tanto a nivel profesional como técnico, donde en el nivel de capacitación que existía dominaba la empiria. No se contaba con servicio de laboratorio y radiología; había dos profesionales médicos, una odontóloga y en el interior de la zona sanitaria se encontraba trabajando personal empírico, sin capacitación ni supervisión del hospital. La atención hospitalaria se limitaba a la demanda espontánea, sin planificación de ninguna actividad; la zona de

responsabilidad era irregularmente atendida por algunas misiones religiosas.

Comprendimos que era necesario organizar el trabajo, teníamos dos posibilidades: basar la atención en la actividad del profesional, que en nuestra zona sigue siendo escaso, cambiante, debido a los bajos sueldos, la falta de comunicación, un racismo intrínseco con el cual todos fuimos formados, las enormes distancias que nos separan de los grandes núcleos urbanos, la falta de capacitación universitaria para el abordaje de esta problemática; la otra se basaba en el recurso humano local, para que éste pueda ir asumiendo responsabilidades y descongestione la dependencia de la atención profesional. Debimos tener en cuenta además, que en nuestra zona sanitaria existen tres etnias diferentes: Wichis, tobas, y mestizos o criollos; se hablan tres lenguas o idiomas diferentes, hay personas que casi no hablan ni comprenden el idioma castellano; conviven cuatro grupos culturales diferentes, entendiendo como grupos culturales a aquellos que comparten la cosmovisión, una forma de relacionarse con la naturaleza y con las personas, una lengua, una historia propia. Esto hacía que la capacitación del recurso humano local, que compartía la cultura con su gente, sea imprescindible; de lo contrario nos encontraríamos con barreras que frenarían el acceso al sistema de salud por eficiente y bien organizado que sea. Para abrir el hospital a la comunidad salimos a los barrios y distintas comunidades a explicar a la gente qué es lo que nosotros ofrecíamos, cómo acceder a los servicios hospitalarios e ir estableciendo así un vínculo con las comunidades a través de la información, teniendo de esta forma el primer elemento necesario para la participación.

¿Qué resultado dio esto? Un paulatino incremento de la atención a la demanda, la cual fuimos organizando en servicios para la mayor eficacia en la atención. Esta organización abarcó tanto los aspectos de planificación sanitaria como la capacitación del recurso humano existente para una atención más humana y eficiente; fuimos abriendo esta atención hacia la zona sanitaria, capacitando al mismo tiempo personal del interior.

El programa con el cual trabajamos más intensamente y al que se le dio más énfasis en esta primera etapa, fue el programa

TBC. Teníamos sospechas de cuáles eran los grandes problemas de enfermedad que había en el interior, pero no los datos que confirmasen la misma. Organizamos una encuesta epidemiológica de toda la zona para conocer los índices de infección chagásica, brucelósica y sifilítica. La búsqueda de TBC se realizaba a través de los agentes de salud; tuvimos como objetivo prioritario en estas encuestas que los datos debían ser devueltos a la gente, y que no queríamos repetir los esquemas que detestamos de usar a la gente para que sea solo un número en una encuesta, pero que nunca puede saber lo que realmente le pasa. El dato más impactante que encontramos fue un índice del 80 % de la población con infección chagásica; cuando devolvimos esto a la gente, rápidamente surgió la necesidad de buscar juntos una solución. Así se formaron las primeras brigadas voluntarias comunitarias de fumigación que trabajaron eficientemente; el ministro proveyó el insecticida, al mismo tiempo, las comunidades que no tenían agentes de salud comenzaron a solicitarlo. Con esto queríamos que la gente fuera comprendiendo la importancia de acciones preventivas en salud. En la medida que el recurso humano lo permitía realizábamos visitas médicas, odontológicas y de supervisión a los agentes de salud de las comunidades.

Debido a los problemas de la marginación social, cuando tuvimos posibilidad de incorporar nuevo personal al hospital, tratamos que un porcentaje fuera indígena de manera de facilitar a sus pares el acceso al hospital. Hoy día, el hospital de Juárez cuenta con un 33 % de personal de enfermería y auxiliar de enfermería que es aborígen, mientras que el porcentaje de agentes sanitarios indígenas oscila entre 73 % y 75 %. A causa de la escasez del recurso profesional no era posible en la mayoría de los casos, realizar un adecuado seguimiento a los trabajos de parto; este era un punto muy importante; por eso pensamos en la capacitación de alguna de las auxiliares de enfermería del hospital para realizar los controles de embarazos, seguimientos de los trabajos de parto, realización de partos normales y asistencia inmediata al recién nacido. Así fue como cuatro auxiliares de enfermería locales se capacitaron como obstétricas del hospital.

Paulatinamente, el recurso humano en salud se fue capacitando e incrementando, tanto en el hospital como en el interior.

Simultáneamente se fue incrementando el nivel de complejidad del hospital que siempre se dio en base a las necesidades surgidas en las tareas de salud. La gente se fue sintiendo partícipe de este proceso, fue perdiendo el miedo al hospital, al edificio, al personal de enfermería, a los profesionales, desmistificándose la relación con éstos.

Esto nos ha permitido, con el paso de los años, transformar aquel nivel empírico que predominaba al principio en una mayoría de nivel capacitado. En un comienzo había tres o cuatro auxiliares de enfermería en el hospital; hoy, en la zona sanitaria hay cuarenta y cuatro; agentes sanitarios en el interior había tres, hoy hay cincuenta y seis auxiliares; se formaron cuatro auxiliares de laboratorio, antes inexistentes.

El profesional médico que llega habitualmente a nuestra zona es el recién egresado, el cual necesita una intensa capacitación en servicio para responder adecuadamente a las necesidades de la zona. Debido al alto recambio de profesionales, esta es una tarea intensa. No obstante, a fin de mantener el nivel profesional permanentemente actualizado, desde hace tres años hacemos un curso de capacitación media continúa, además de ateneos, revistas de salas, charlas, etc. El año pasado incorporamos a la capacitación de los profesionales del hospital las ciencias sociales, incorporando en el curso la antropología, psicología, sociología. A modo de ejemplo de la evaluación de un programa y de la capacitación del personal auxiliar, les vamos a relatar la evolución de un programa de control y tratamiento de la tuberculosis. En el año 1976 contamos para esta actividad con la colaboración de una misionera enfermera extranjera, que hacía baciloscopía y supervisaba los tratamientos que se realizaban en Ingeniero Juárez, con la colaboración, también, de una religiosa española, para una localidad del departamento de Ramón Lista, "El Potrillo". A medida que iban aumentando el número de casos, surgió la necesidad de programar las actividades, buscando un responsable de la coordinación del programa; así normatizamos las conductas. Capacitamos a los agentes de salud del interior en el reconocimiento de los síntomas respiratorios, toma de muestras, control de foco, realización de extendido, administración y control de tratamiento; para empezar el tratamiento con una baciloscopía

positiva era suficiente. Preferentemente lo hacía en forma ambulatoria. La supervisión del mismo se realizaba en el puesto periférico de Ingeniero Juárez, que fue creado para tal fin. Programamos un consultorio interdisciplinario en el cual vemos a los pacientes de difícil diagnóstico, aquellos cuya evolución no es buena, o para la toma de decisión de los finales de tratamiento. Como el programa se iba extendiendo, surgió la necesidad de transferirlo al recurso humano local. Elaboramos un perfil de personal auxiliar que debería realizar esta tarea, comenzamos la capacitación de un auxiliar fisiológico, para Ingeniero Juárez, en realizar diagnósticos baciloscópicos, administración y control de tratamiento, vacunación BCG, reconocimiento de sospechosos, prevención a través de educación para la salud y controles de foco. Teniendo en cuenta las grandes dificultades para el acceso a la zona, especialmente en épocas de lluvia, capacitamos un auxiliar para el departamento de Ramón Lista; al mismo tiempo fuimos descentralizando el programa, creando la red de laboratorios y centro de control; el año pasado completamos esta descentralización, con la habilitación de un centro control para el departamento de Bermejo, de manera que tenemos un centro de tratamiento y control de TBC en cada departamento de la zona sanitaria. Los agentes sanitarios fueron especialmente adiestrados para las tareas de este programa, logrando en nuestra área programática que en el año 1985 el 84-85 % de los tratamientos fueran supervisados; en el año 1986 esta cifra alcanza el 91,4 %; en el año 1985 teníamos un 18,18 % de abandono de tratamiento antituberculoso, mientras que en el año 1986 es del 2,7 %.

Si la capacitación de la gente en A. P. S. no va insertada dentro de la realidad donde vive, el agente fácilmente se separa de este grupo de pertenencia, y en esta separación pierde la esencia de ser agente sanitario. Hemos visto que, para que el vínculo preexistente entre el que se está capacitando y la comunidad a la cual pertenece no se debilite, sino que se profundice durante la capacitación, era necesario que la comunidad participe en este proceso con el agente sanitario. Se utilizó y estamos utilizando actualmente un sistema en alternancia, que implica que el agente durante tres semanas trabaja en el centro de capacitación del hospital, luego vuelve por tres semanas a su comunidad,

aplicando lo que ha aprendido en terreno. Esto hace que el agente vaya incrementando paulatinamente la complejidad de sus acciones, poco a poco los vaya resolviendo, y que la comunidad, a su vez, vaya descubriendo el perfil de su agente sanitario.

Dada la condición de marginación socioeconómico-cultural que vive la gente, no siempre es posible encontrar la persona elegida por la comunidad, que al mismo tiempo posea una escolaridad primaria concreta, y esto no debe ser un obstáculo para su capacitación. Hemos aprendido cómo influyen las diferencias culturales en el proceso de capacitación; nosotros pertenecemos a una cultura de transmisión fundamentalmente escrita, mientras que los pueblos aborígenes y criollos marginales son fundamentalmente de transmisión oral. Para nosotros es muy fácil movernos en un contexto teórico; ellos se mueven en un contexto concreto; esto ha hecho que tengamos que replantearnos completamente nuestros métodos educativos. Las limitaciones de la lengua castellana es otro de los factores a tener en cuenta; no siempre se dice una cosa porque no se sabe, puede suceder que no se sepa cómo decirlo; entonces debemos buscar otras formas de expresión; tuvimos que crear nuestros propios materiales de trabajo, adaptados a las situaciones que deseábamos enseñar. Fuimos haciendo diferentes juegos educativos, que nos han ayudado muchísimo en nuestra tarea docente. Son contados los casos en los cuales existe la incapacidad de aprender; lo que sí existe es la incapacidad de enseñar; sin vencer nuestros propios prejuicios es muy difícil reconocer esto; debemos sobre todo valorar al otro para poder hacer el esfuerzo que estos cambios exigen. Muchos agentes de A. P. S. viven en zonas muy aisladas, donde la posibilidad de intercambio o de capacitación es casi nula; la formación como agentes de A. P. S. es prácticamente a lo único que pueden acceder; si esto no le sirve para su crecimiento como persona, para ayudar a su comunidad en el camino hacia la liberación, si no le sirve para la vida, tenemos que decir que prácticamente no le sirve para nada.

Una de las atenciones en salud donde más influyen los aspectos culturales, es en el parto. Esto puede llegar a constituir una barrera al acceso a la atención de la salud. Es por eso que pensamos en la capacitación de parteras tradicionales, que actua-

ban habitualmente en las comunidades, realizando reuniones comunitarias, tratando de conocer sus costumbres, formas de atención al parto, conceptos alrededor del mismo. En estas reuniones en que participaron todas las mujeres de la comunidad quedó bien claro que, si bien había en cada comunidad una mujer que se encargaba de los partos, estos se realizaban en condiciones inadecuadas; se eligieron, para comenzar, las comunidades de más difícil accesibilidad, las cuales eligieron cada una a una mujer para que se capacite, que fue nuestro primer grupo de parteras tradicionales. Se las capacitó para realizar control de embarazo, detectar signos de alarma, atención del parto normal, asistencia del recién nacido normal, patología del embarazo, parto y puerperio. En general la partera tradicional acompaña a una parturienta que debe ser derivada al hospital, para facilitar la comunicación con el personal y aumentar la confianza de la comunidad en su partero. En la actualidad hay un nuevo grupo de formación, del cual participan seis mujeres Wichis; nuestra intención es cubrir cada comunidad donde el acceso sea difícil al hospital, independientemente a la etnia a la cual pertenezcan. Las parteras en su mayoría, son semi-analfabetas.

Queremos presentar un ejemplo, luego de un año de trabajo de un grupo de parteras tradicionales en sus comunidades. Elegimos esta experiencia debido a que esta zona, por una barrera fundamentalmente idiomática y cultural, era la de más difícil acceso al hospital; prácticamente el 100 % de los partos se realizaban sin atención idónea, en forma precaria. Tomamos de enero a diciembre de 1986, donde se efectuaron 68 partos, de los cuales el 70 % fue atendido por el sistema de salud, siendo el 59 % atendido por las parteras tradicionales, y el 11 % derivados por las mismas al hospital con alguna complicación. De todos los partos atendidos por el sistema de salud no hubo muertes maternas ni neonatales; no obstante, un 30 % permanece todavía sin acceso por lo cual hubo derivaciones pos-partos por endometritis hechas por la partera tradicional; una señora falleció de una infección puerperal. Actualmente, como un replanteo de la situación en las comunidades, vemos que los índices de morbimortalidad no bajan de un determinado valor ni modifican su patrón sin el protagonismo de la comunidad; es por eso que hemos presentado la idea

de realizar, en esta temporada estival, una campaña para que no muera ningún niño por diarrea; las comunidades aceptan la idea. Realizamos asambleas comunitarias populares. Para comenzar con la campaña presentamos datos de morbimortalidad de cada comunidad, en forma gráfica, con barras o círculos, dando también la información necesaria de cómo evitarla, dejando a la comunidad la decisión de qué hacer con esto de ser protagonista. En el departamento de Ramón Lista, en la zona ribereña al Pilcomayo, tomaron la idea de manera semejante. Los agentes sanitarios hicieron la misma campaña; el resultado fue que murió un solo niño de todas las comunidades donde se la hizo, que si bien por el agente sanitario fue correctamente derivado al hospital, por problemas culturales se fugó del mismo y murió camino a la casa.

Esto ha pretendido ser una narración del proceso de protagonismo de un pueblo marginal en su lucha por la vida. Queremos presentar algunos datos estadísticos sobre dos índices que nos propusimos en parte modificar: mortalidad infantil, mejora de la atención del parto y otros que muestran que todavía queda mucho por hacer. En el año 1976, el departamento de Mataco tenía una mortalidad 65,8 por 1.000, disminuyendo al año 1981 a 12,5 por 1.000. Somos conscientes que, durante estos años en nuestra zona, hubo importante subregistro. En el año 1983, con el comienzo de la democracia, hubo una documentación masiva, se asentaron registros civiles en todas las comunidades por una ley de amnistía anterior; al mismo tiempo incorporamos a nuestro sistema de salud una técnica en bioestadística, lo cual nos permitió tener un mejor monitoreo de estos datos. Para entonces, la tasa de mortalidad infantil que registramos localmente en el hospital, era de 40 por 1.000, que fue descendiendo, hasta que en 1985 fue de 9,9 por 1.000. Con respecto a la atención del parto, nuestra intención es no hablar más de partos institucionales, sino hablar de partos atendidos por personal idóneo, donde incluiríamos la última experiencia de 1986 de las parteras tradicionales. Todavía la accesibilidad se ve dificultada: en el año 1985, el 36 % de las defunciones generales del departamento de Mataco, el 52,5 % del departamento de Bernejo, y el 65,7 % del departamento de Ramón Lista ocurren sin atención médica. Hay situa-

ciones que todavía aquejan a esta zona, como la desnutrición, el Chagas, la brucelosis, la diarrea, para las cuales apelamos a la multisectorialidad de la A. P. S. dado que no es un problema que podamos resolver específicamente desde el sector salud. Acompañamos al pueblo en su lucha por el agua potable, la vivienda digna, la creación de fuentes de trabajo, la tenencia de la tierra.

Pensamos que el cambio es posible si estamos dispuestos a trabajar, no más para la gente, sino con la gente, permitiendo que asuma el pueblo el rol protagónico que debe tener.

Público. — ¿Qué tipo de información maneja el agente sanitario, para hacer el control de la patología pediátrica, diarrea, o dificultad respiratoria de cualquier tipo?

Dr. Ferrero. — Cuando empezamos a trabajar con el agente sanitario, teníamos la idea de que no debía medicar, que debía ser solo un promotor; cuando nos reuníamos con la comunidad nos decían: “¿Para qué sirve un promotor?”; porque para ellos si no curaba la diarrea del chico, el agente no servía; nos dimos cuenta que el arma que tenía que tener el agente sanitario era el curar algo, sino no servía. De manera que actualmente maneja, inclusive, medicamentos, más los que están más alejados de los centros de salud. Los que están en Juárez tienen la ventaja de tener cerca el hospital, pero la desventaja de que a veces la gente los puntea y cree menos en ellos.

Los agentes sanitarios se manejan, en este momento, con diagramas de diagnósticos y de tratamientos, con pautas o conclusiones finales, siguiendo el camino del diagrama para diarrea, fiebre, tos, crisis hipertensiva, escabiosis, cefaleas. Tienen su carpeta de diagrama de diagnóstico, siguiendo el cual llegan a la conclusión. Por ejemplo: para diarrea de un niño de 0 a 2 años, va a decir: “siga el diagrama del tratamiento del niño 0 a 1 año, con deshidratación”; en algunos casos va con medicación, sobre todo los que no pueden acceder al hospital; la conclusión final con respecto al diagrama puede llegar a decir: “Derivarlo dentro de las 24 horas; si puede sáquelo ya, si no pueden hagan tal cosa”; que ellos tengan la seguridad de que lo que están haciendo es avalado por todo el equipo de salud.

Público. — Para el curso de enfermeras, ¿buscan a las que son comadronas, o empiezan de cero?

Dr. Ferrero. — Se va a las comunidades, se hace una reunión con las mujeres donde se pregunta quiénes eran las que, habitualmente atendían el parto y se trabaja con ellas, son todas mujeres de 40 años, aproximadamente.

LA FACULTAD DE MEDICINA EN LA FORMACION DEL PREGRADO

(Ponencia)

PANELISTA :

Dr. Guillermo Jaim Etcheverry

Decano de la Facultad de Medicina de la U. B. A.

Dr. Etcheverry. — Podría iniciar diciendo, cuáles son nuestras ideas, pero son las mismas que tienen ustedes, y no haría más que repetirlo; me parece más útil ver cómo podríamos hacer todo aquello que queremos, ahí está el desafío.

El problema de la educación médica que está planteado en todo el mundo, felizmente no es nuestro solamente; los E.E. UU. que tienen una larga tradición en esto, han hecho hace dos años un estudio sobre la situación médica del país que se publicó a fines de 1984, y se llama "Médicos para el siglo XXI". El planteo que hacen es muy interesante, podría ser la plataforma en cualquier centro de estudiantes en la Argentina, les leo un párrafo que dice:

"Las deliberaciones del panel están fundamentadas, en el problema de resolver si todos los médicos deben tener los mismos atributos comunes. Nuestra respuesta es afirmativa, creemos que todos los médicos deben estar dedicados, comprometidos con los pacientes, mantenerlos en buen estado de salud, y ayudarlos cuando están enfermos; como también estar comprometidos con el trabajo, el aprendizaje, con la racionalidad, la ciencia, y con el servicio a la sociedad. La sensibilidad ética y la integridad moral, combinados con la ecuanimidad, la humildad y el autoconocimiento, son cualidades que hacen a la quinta esencia de todos los médicos. La capacidad de pensar posibilidades y diseñar un plan de acción, que responda a las necesidades personales de cada paciente, es también vital. Aunque cada médico no posea estos atributos idea-

compromiso más amplios con las decisiones que cada sociedad debe tomar en esta difícil coyuntura (2).

Una de las opciones posibles para poner a las mayorías en condiciones de plantear algunos límites a la enorme concentración de poder en manos de minorías empresarias y tecnocráticas, es el desarrollo de nuevos mecanismos de expresión para los amplios sectores de la población que no pertenecen a grandes corporaciones, no transitan por los corredores de los organismos estatales, no tienen voz en el gobierno de los sindicatos ni influencia en las manifestaciones de la Curia, ni se sienten totalmente representados por las figuras que se expresan en el Parlamento. Uno de tales mecanismos podrá ser el llamado a la participación popular en el terreno político, más allá de las formas de representación propias de la democracia formal.

El estudio, teórico y empírico de las modalidades, formas organizativas, condicionamientos y logros de la participación popular llevará, sin duda, en el futuro inmediato, a la formulación de una "teoría de la participación" entendida como instrumento de cambio. Por el momento, mientras a nivel nacional e internacional se trabaja sobre los embriones de esa teoría, existe consenso sobre algunos principios generales, que en este artículo, como una muy modesta contribución al debate, intentaremos aplicar al esbozo de un modelo de participación popular en el sector salud para la Argentina de hoy.

Sociedad y Estado en la democracia Argentina actual

Entre las múltiples reivindicaciones que la presente apertura política ha permitido expresar el pueblo argentino, cobra una significación particular la relacionada con la recuperación de la democracia.

No puede sorprender esa valorización del juego político democrático —de relativa vigencia histórica en el país— si se piensa que tras esa aspiración subyace una no totalmente explicitada convicción de que la generalización de la libre expresión y discusión de ideas, el restablecimiento de los canales de difusión de la información, la recuperación de la capacidad de movilización y apoyo de demandas específicas, asegurarán la afirmación de otra serie de reivindicaciones básicas: el aumento del salario real,

la reactivación de la economía en condiciones que aseguren el pleno empleo, la revitalización de la cultura, la efectivización del derecho a la salud y la educación.

Esa idea de recuperación, o construcción, o transformación de las formas democráticas de convivencia (3), se vincula a otras dos cuestiones, estrechamente relacionadas con las condiciones de continuidad de ese proceso: la necesaria reformulación de un nuevo "pacto" destinado a regular las relaciones de convivencia social y la redefinición del rol del Estado.

Efectivamente, se habla, en primer lugar, de la necesidad de un "pacto social", un acuerdo entre todos los sectores, que redefine las líneas fundamentales de la sociedad, de manera de elaborar un nuevo perfil social que, por encima de intereses sectoriales y grupales, afirme la prioridad del interés colectivo y asegure el establecimiento de la justicia social.

Tras esa idea subyace la convicción de que los males del autoritarismo tuvieron su raíces en una sociedad injusta. La exacerbación de las tensiones producidas por la lucha sectorial por el poder y la distribución del ingreso llevó a los grupos dominantes a apoyar la represión como única forma de asegurar el mantenimiento de su situación de privilegio. Sin embargo, buena parte de la burguesía argentina constató, a su propia costa, que el autoritarismo no es un eficiente propulsor de la acumulación en el largo plazo. El "pacto" debe basarse pues, en un análisis del pasado y una definición porvenir que asegure la sustitución del modelo de desarrollo vigente —concentrador de la riqueza y marginador de amplios sectores de la población (4)— por otro que ponga el acento en la satisfacción de las necesidades básicas y la incorporación de toda la población al goce de los beneficios del crecimiento. Debe producirse una ruptura con las formas anteriores de distribución y participación, pero lo que se propone, lo que toda la población ha elegido al apoyar masivamente con su voto la propuesta de los partidos moderados, es la consolidación de una *ruptura pactada* (5). La sociedad argentina deberá tomar conciencia de su identidad, analizar sus límites y contradicciones, y elaborar, en conjunto, una propuesta de futuro que asegure su supervivencia como tal.

Otra cuestión íntimamente vinculada con las formas que asu-

elaborados por organismos oficiales nacionales o internacionales durante la década del 70 aparece la idea del conflicto político, ni el concepto de clase social, que podría llevar al análisis del *por qué* y el *cómo* de la distribución diferencial del poder en las sociedades contemporáneas. Tampoco es habitual escuchar o leer consideraciones sobre los mecanismos de acumulación de poder en el interior del sector salud, sin embargo su explicitación es indispensable para comprender las leyes de funcionamiento de la totalidad del sistema.

Si participación, conforme a una definición de las Naciones Unidas, es la "influencia" sobre el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social y las instituciones sociales" (1), es indudable que la eficacia de dicha participación dependerá de la cuota de poder de que disponga el individuo o grupo participante.

Considerando el problema desde ese ángulo resultará ilusoria toda tentativa de implementación de un proceso de participación que no tenga en cuenta los determinantes estructurales de la estratificación social y los mecanismos que aseguran su reproducción.

En efecto, la desigual distribución del poder en el interior de la sociedad se asocia con tres órdenes de factores: un conjunto de valores culturales y elementos ideológicos que fundamentan y legitiman la estratificación, la división de funciones en el interior del Estado y sus aparatos políticos y tecno-burocráticos, y el control desigual sobre los medios de producción que conduce a un acceso diferencial a los bienes y servicios producidos por el sistema económico.

El orden establecido en la enumeración de los factores mencionados no implica otorgar prioridad a unos sobre otros o atribuirles un mayor o menor peso en la generación de la desigualdad y su mantenimiento. El objetivo ilimitado de este trabajo nos exime de abordar el complejo problema de su interacción, bastando a sus fines el señalamiento de que cualquier propuesta distributiva que intente mejorar la situación de la población de menores recursos tendrá que abordar los tres aspectos relevantes de la problemática del poder: poder técnico, poder administrativo, y poder político (15)

les en todos sus términos, está obligado a luchar para tratar de conseguir y mantener estos atributos.

Afirmamos que los objetivos de la educación profesional médica general, comprende por un lado la adquisición de estos atributos, y por otro la preparación para la educación especializada de la medicina. Estos dos propósitos, no solo son compatibles, sino que se apoyan mutuamente, aunque en la práctica social las personas pueden ser categorizadas, manejadas en distintos grupos; es importante tener en cuenta que la evolución de cada persona es única. La educación profesional del médico debe responder a la interdependencia del desarrollo, tanto de la persona en su conjunto, como el profesional especializado, donde se pone en énfasis la relación tanto social como personal con el paciente, y pasa a un segundo plano el conocimiento y el tipo de formación”.

El problema concretamente es cómo hacerlo; en este momento están apareciendo una serie de estrategias interesantes en distintos países, que tratan de modificar la educación en el desarrollo de la capacidad de resolver problemas. La idea es ¿cómo hacer para convertir al médico en un resolovedor de problemas? La primera experiencia de este tipo surgió en Canadá, en la cual los estudiantes ingresan en un programa de educación médica de cuatro años, donde desde el comienzo entran al tratamiento de casos clínicos, y a partir del caso ven qué información es la que necesitan recoger. Es un enfoque interesante que es muy difícil de hacer en escuelas de medicina ya establecidas, porque se crea una gran tensión, en los profesores que están acostumbrados a un sistema totalmente diferente; es también muy difícil con estudiantes que vienen con una preparación de tipo magistral, porque les parece que no están aprendiendo nada. Esa línea ha estado dando muy buenos resultados en muchos lugares, por ejemplo en Nueva México con un programa muy interesante basado fundamentalmente en la A. P. S.; en China, en Malasia, en Africa, Europa; se ve una tendencia hacia el desarrollo de un tipo de educación totalmente diferente.

¿Cómo se contrarrestan las tensiones que se crean? Uno de los caminos que se ha encontrado, es la formación de programas paralelos sin romper la estructura curricular de una escuela, por parte de los mismos estudiantes, son las que se llaman cátedras

paralelas. La idea que tenemos, es resolver a través de una estrategia de este tipo, los problemas que tenemos.

Argentina es uno de los países que más médicos tiene en el mundo, en este momento tenemos 90.000 médicos, alrededor de 1 por 300 h.; la OMS estima como cifra aceptable 1 por 700 h. Se habla normalmente del problema de la distribución, si el sistema de salud se modificara, podrían estar mucho mejor distribuidos los médicos que tenemos. Quisiera citar una frase que corresponde a Neri, de su libro *Salud, política social*, que dice: "No hay razones para creer que la población corregirá a tiempo su orientación a las carreras tradicionales, tampoco hay razones valederas para que permitamos que la inadecuada preferencia de tan pocos afecte la conveniencia de todo un pueblo a través de los daños, muchas veces ingobernables, que está desencadenando en muchos países, el sobredimensionamiento de determinadas profesiones". Esa discrepancias entre crecimiento de población, y crecimiento de médicos, se da en todo el mundo; en relación a eso la mayoría de los países, toman una política definida sobre qué es lo que quieren hacer; eso es lo que a nosotros nos falta y entre todos tenemos que tratar de elaborar y presionar, para que se lleve a cabo de una vez y que lleguemos a una conclusión. Hay un estudio de la OMS, donde marca la no existencia de políticas de contención en algunos países, porque evidentemente lo que quieren es aumentar la población médica, como en el caso de las Filipinas; EE. UU. tiende a disminuir y tiene política de contención; también figura la Argentina en el cuadro, y es el único país donde la tendencia o política de contención se marca como indefinida. Es un punto muy importante que hay que tratar de elaborar.

El problema que tiene la medicina es diferente al que tienen las demás profesiones; los estudiantes cuando salen de la Facultad en el momento en que reciben su diploma, tienen una licencia que les da un poder omnímodo sobre la gente; tenemos que asegurar que esa gente, que es la que va a sufrir, tenga alguna garantía. Hay una frase que me pareció muy buena: "Un médico malo es peor que una fiera salvaje, porque a la fiera salvaje la gente la advierte y la evita, en cambio al médico malo se entrega incondicionalmente"; esto sucede porque piensan que hay alguien que garantiza la calidad de la prestación que van a recibir de ese

médico, que alguien alguna vez, ha controlado lo que pasa; tenemos que admitir que nadie garantiza nada, es una cosa muy seria desde el punto de vista social. Una cosa es formar historiadores con la historia del medioevo, otra cosa es formar médicos; los historiadores en última instancia harán textos que nunca nadie leerá, pero los médicos si son malos pueden matar a mucha gente; este es el tema concreto que está en el fondo de la discusión.

La Facultad de Medicina tiene una responsabilidad social enorme, y en este momento todos los indicadores demuestran que no la cumple. El problema más serio es que estamos formando una cantidad de médicos, que son superiores a las necesidades concretas, la sociedad argentina evoluciona hacia el ideal del autocuidado tratando de formar que todos sus hijos sean médicos, puede ser un objetivo social. Si en los últimos años, de 1981 a 1983, el conjunto de las Facultades de Medicina ha formado 5.000 médicos por año, con ingreso restringido; cuando para mantener el nivel actual de los 90.000 médicos, con formar 1.500 sería suficiente. El problema de la saturación, es la proletarización del médico; si una consulta de Obra Social la pagan 3 australes, al año próximo la van a pagar 2,5 australes, al otro 2 australes, y al otro 1 austral, y finalmente les van a pedir por favor que les dejen ver a alguien. Además, se van haciendo cada vez más bajos los controles éticos de la profesión, con tal de vivir se hacen muchas cosas que no se deberían hacer; y en una profesión como esta, eso es realmente serio.

Por otro lado el conjunto de médicos que estamos formando es malo, los indicadores lo muestran; es malo no en el conocimiento teórico, sino en el punto concreto de resolver problemas. La Municipalidad está haciendo un estudio muy importante sobre los exámenes de residencia, que es el único control de calidad que tenemos en este momento, y es lamentable. De la Facultad de Medicina de Buenos Aires, rindió examen de residencia el año pasado la mitad aproximadamente de sus graduados, por ejemplo: tomemos un grupo de 20 estudiantes, 10 dieron examen de residencia, de los cuales 3 estaban por encima del 60 % del cuestionamiento que hicieron, o sea que de los 20 graduados, 17 no llegan a sacar ni el mínimo considerado técnicamente, para aprobar en

un examen de ese tipo. Una de las preguntas decía: "¿cómo está formado el borde izquierdo de la silueta cardíaca?"; la respuesta correcta la dio el 74 % de los graduados que rindieron el examen, o sea 1.297, pero 452 contestaron cualquier cosa, y no había que sacarlo de la nada, había que elegirlo de una numeración. Ustedes le tendrían confianza a un médico, si cuando mira la radiografía no tiene ni idea de lo que está mirando, y si le dicen: "No será tal vez el cayado de la aorta", le responda: "Y no sé"; realmente lo que hay atrás de eso es un problema muy serio, independientemente del aspecto risueño. Otro año se hizo una pregunta que decía: "Llega un paciente con una herida perforante en el abdomen, ha lesionado el ciego, y finalmente se incrusta la bala en la médula", se dan alternativas de lo que se hace, y el sentido común me decía que podía ser una laparotomía. Esa era la respuesta correcta, la contestaron 1.200 personas, 600 contestaron cualquier otra cosa; si alguna noche les toca una guardia con alguno de ellos, no estarán acá para contarlos.

El problema concreto que tenemos, es una falta de relación entre nuestra capacidad formadora y la presión social por formarse. Nuestra Facultad debiera cambiar su nombre, por Facultad Católica de Medicina, porque ponemos en práctica como nadie el lema de Jesucristo "dejad que los niños vengan a mí", porque no preguntamos cuántos son, sino que vayan viniendo; es el único nivel de la educación donde pasa eso, porque cuando uno hace un jardín de infantes pondrá una serie de sillitas, cuando se acaban, hará otro jardín de infantes si le interesa hacer jardines de infantes. Pero eso nosotros no lo preguntamos, si un año vienen 500 estudiantes, son bienvenidos; si otro vienen 5.000 son bienvenidos, y si otro vienen 10.000 también, ¿cómo lo resolvemos? Evidentemente a pesar de lo irrazonable tenemos respuestas. En las ciudades universitarias tenemos una presión de 2.500 estudiantes, ya se acabaron los hospitales. Ahora los pondremos en salas de primeros auxilios, cuando estas se acaben vendrán tres veces por semana.

Los problemas tienen solución, ¿pero a qué costo? Si llegamos a la conclusión después de un análisis, de que tenemos que formar muchos médicos, tenemos que resolverlo seriamente; crearemos cincuenta Facultades de Medicina, y después nos pregun-

taremos ¿tenemos gente para hacer esa formación?, ¿hay gente capacitada para tomar esa responsabilidad?; el problema no es de ladrillos, edificios o aparatos, el problema es de gente, de formación. Son dos los problemas que tenemos que atacar: por un lado la cantidad de estudiantes y por otro la calidad de la formación.

¿Por qué estamos haciendo este enorme *esfuerzo*, y le vamos a hacer pagar a la sociedad este costo? Un poco por lo que dice Neri, para dar lugar a la aspiración de algunos. En este nivel de la educación, la Argentina tiene una política liberal a ultranza, más liberal que en los países liberales, porque cosas de este tipo pasan en muy pocas partes del mundo; en EE. UU. el ingreso a la carrera de medicina es el más exigente, pero no por casualidad, es porque la sociedad quiere protegerse, el tope de los estudiantes que ingresan es el 75 % del estandar del promedio de sus estudios anteriores. Muchas veces se menciona que la Universidad debe estar junto al pueblo, todos compartimos ese esquema, pero tiene que estar junto al pueblo para defenderlo, no para matarlo; el objetivo de una Universidad seria, tiene que ser dar profesionales serios al pueblo. Al tener una responsabilidad institucional, lo que nosotros tenemos que asegurar, es que toda la gente que va por la calle, tenga la posibilidad de que su problema sea resuelto en el mismo nivel que nosotros buscamos que nos resuelvan los nuestros, porque nosotros buscamos el mejor nivel, entonces tenemos que asegurar esa misma calidad para todos.

¿Cómo hacer para resolver los dos problemas? Muy difícil. Para resolver el problema de la calidad es importante comenzar por ese camino de las experiencias paralelas de los programas oficiales; tratar de alentar el crecimiento de núcleos que sean capaces de hacerse cargo de la enseñanza integran de los médicos para poder llegar a un proceso de descentralización de la enseñanza; en un principio pueden estar vinculadas a la Facultad, pero poco a poco la tendencia debe ser que esa independencia cada vez sea mayor. La Facultad de Medicina es el ejemplo típico de la descentralización ¿alguien está capacitado para decir que los graduados de las distintas universidades son equivalentes? Yo creo que no; hay diferencias notables entre la formación de algu-

nos lugares y otros, la Facultad es incapaz de ejercer un control sobre eso. Si no tenemos gente ¿cómo resolvemos nuestro problema de sobrepoblación?, ¿dándole los alumnos a quien los quiera aceptar?; eso es una falta de seriedad y responsabilidad enorme, porque estamos poniendo en manos de gente voluntaria, una responsabilidad que ni siquiera estamos seguros de que estén capaces de ejercerla. El problema de descentralización tiene ese peligro; ¿de dónde vamos a sacar la gente que esté capacitada para llevar a cabo un plan de ese tipo?

Por otro lado tenemos que definir la necesidad, ¿necesitamos hacer esto o lo estamos haciendo porque tenemos la presión de un grupo social que proviene fundamentalmente de clase media? En la Facultad de Medicina, el porcentaje que trabaja en un período de once o doce años, es estable, se mantiene en un 25 %, al otro 75 % alguien los mantiene, ¡porque están bien cuidaditos! Se ve claramente que respondemos con este sistema distorsionado, a un grupo de gente que ha descubierto, que la universidad es una guardería de los hijos de clase media; socialmente es un objetivo importante, la gente está mantenida y al mismo tiempo se asegura la mantención para cuando salga, porque no van a poder trabajar, es un entretenimiento socialmente justo, porque salen con una formación que es importante, que no la estamos garantizando.

En cuanto al problema de la cantidad, personalmente no tengo ninguna respuesta, me parece que va a tener que salir de todos. ¿Cómo creo yo que se puede resolver el problema?, considerando a la medicina como un caso diferente. Estoy de acuerdo que el acceso a la Universidad, la posibilidad educativa, la demanda educativa debe ser respondida; todos tienen que tener la posibilidad de hacerlo, pero en ciertas profesiones como esta, que tienen un impacto social tan grande, si bien todos tienen que tener la posibilidad de hacerlo, la sociedad tiene que tomar algún mecanismo de defensa.

Público. — ¿Cuál sería la forma de decirle a una persona: “Usted no puede estudiar medicina porque su país en este momento no lo necesita”?

Dr. Etcheverry. — No tengo la respuesta, pero en todos los

países del mundo eso se hace, en la URSS, en Cuba, en los EE. UU., si uno puede planificar el desarrollo social le puede decir: "Usted tiene la posibilidad de estudiar medicina, pero entre los que estudian medicina, la sociedad tiene derecho a elegir los mejores"; es un camino que debiéramos explorar.

En EE. UU. el camino que se toma, es el rendimiento previo del estudiante; la historia educativa tiene mucho peso. En la Argentina, no es así; si a mí se me ocurre estudiar ingeniería y en toda mi carrera tuve que rendir examen de matemática, estoy estudiando ingeniería alegremente. Son problemas muy complejos, de ninguna manera tengo la solución. De lo que hagamos entre todos de acá en adelante, va a depender si hacemos un país en serio o en broma.

Público. — ¿Qué relación tienen la universidad con las escuelas secundarias, como para que realmente la elección y la formación sean serias? Me parece que estamos intentando arreglar el último piso del edificio, sin haber hecho el zócalo.

Dr. Etcheverry. — Lo que tenemos que hacer, es llevar esta discusión a todo el mundo. La elección de la carrera de medicina es muy firme, muy difícil de torcer, independientemente de los argumentos que uno dé. Las cifras muestran que en los últimos veinte años, es estable el porcentaje de gente que quiere ingresar a la Facultad de Medicina, que es alrededor de 6.500 a 7.500 por año; es muy difícil desalentar a ese grupo de gente, porque es una profesión con modelos que socialmente aparecen como muy exitosos; si uno tiene un médico exitoso que aparece por TV, le puede decir a la madre: "Mire señora, su hijo no va a ser así; va a tener que ir corriendo de un puesto a otro; le van a pagar 1 austral por consulta; va a tener que hacer guardias desesperadamente". Madre: "Pero a ese le fue bien, por qué a mi chico no le va a ir bien". Se ven modelos de identificación como algo alcanzable, es posible alcanzarlo, pero en el camino queda mucha gente. Estamos interesados en estudiar las cifras del ciclo básico, porque es una idea interesante desde el punto de vista teórico. De original no tiene nada, lo único que tiene es que gasta más tiempo; es un típico sistema de la educación argentina, lo que los teóricos llaman fuga hacia adelante, en el secundario

completan lo que no dio el primario, el ciclo básico lo que no dio el secundario, la universidad lo que no vieron en el ciclo básico, en la residencia lo que no vieron en la universidad; siempre para adelante, es una forma de tapar el problema. El peligro que corremos es que el tiempo de la universidad está perdido, total los formamos después, pero el problema es que el que sale, sale autorizado, por supuesto que la mayoría de la gente se preocupa, es responsable, yo tengo el diploma de médico igual que ustedes y no se me ocurre abrirle la cabeza a alguien para sacarle un tumor cerebral; pero la sociedad no se puede confiar de eso, por que viene un loco que lo quiere hacer, dice: "¡Qué linda cabecita!", y se la abre. Ese problema es el más serio; una de las cosas que se puede hacer es el mecanismo de la certificación profesional cuando se reciben, se toma una serie de recaudos antes de otorgarle la licencia; podemos tomar ese sistema, pero en el medio va quedando mucha gente y nosotros somos pobres.

Había una colega nuestra que estaba visitando China, visitó un hospital y le preguntó al médico que la estaba atendiendo:

Colega. — ¿Cómo es el ingreso a la universidad de Pekín?

Médico. — Entran más o menos 500 por año.

Colega. — ¿Y cuántos pretenden entrar por año?

Médico. — Y... 10.000.

Colega. — Pero 500, si China necesita médicos desesperadamente, ¿por qué no más?

Médico. — Porque somos un país pobre, porque nosotros no podemos formar más que 500 bien. Estamos en un plan de incrementar de a 10 lugares por año. Y en la Argentina ¿cómo es?

Colega. — En mi país cada uno hace lo que quiere.

Médico. — Y si ahí cada uno hace lo que quiere, ¿quién hace lo que debe?

En el fondo hay un problema de responsabilidad social. Analicemos el caso de la universidad de EE. UU., entran 15.000 estudiantes por año, tienen 126 escuelas cuya capacidad es aproximadamente de 1.000 estudiantes cada una; eso es comparable a los 17.400 que tenemos nosotros (17.400 vs. 1.000), tienen laboratorios aceptables, varios hospitales universitarios a su disposición, una cantidad enorme de profesores. En las 126 escuelas de los EE. UU. hay un promedio de 820 profesores con dedicación

exclusiva por cada 1.000 estudiantes (todos no son profesores docentes, hay quienes hacen investigación); en Canadá que tiene 16 facultades de medicina, tiene 600 profesores con dedicación exclusiva cada 1.000; nosotros tenemos 7 cada 1.000 (7 docentes, no profesores); Harvard tiene 3.360 profesores con dedicación exclusiva cada 1.000 estudiantes (3 profesores con dedicación exclusiva, por estudiante), tienen 2.000 camas hospitalarias, cobran (porque cuesta además), U\$A 20.000 al año a cada estudiante, e ingresan 100 estudiantes por año. He llegado a la conclusión de que esa gente es tonta, porque tienen un negocio brillante entre sus manos; con esa cantidad de profesores, de camas, cobrando además U\$A 20.000, por qué no entran en vez de 100, 200; si nosotros tenemos 7 docentes por cada 1.000 estudiantes, tenemos 200 camas miserables y dejamos entrar 4.000, realmente es tonto; ¿o será que no se puede? porque tonto para hacer negocios creo que no hay nadie, ¿por qué los EE. UU. rechaza a la mitad de los estudiantes que quieren estudiar medicina? ¡Por qué no se puede!; a lo mejor nosotros descubrimos que pueden ingresar 500 y que no pasa nada; pero pareciera que no es así.

Leyendo las cosas de Houssay, encontré que decía: "Cuando viajo por el exterior y comento que en nuestra facultad entran alrededor de 200 estudiantes por año, somos el hazme reír del mundo. En este momento EE. UU. tiene 70 facultades a las cuales ingresan en promedio 80 a cada una". Pasaron desde que se dijo esto 70 años, ahora entran en promedio 110 estudiantes de los 80 que entraban; y nosotros no tenemos ya 200, tenemos 4.000. Nosotros no tenemos esa capacidad de formación, y la que tenemos está prestada; además en la Facultad de Buenos Aires solo el 30 % de los estudiantes están en los hospitales universitarios, el resto está en los hospitales municipales que nos hacen el favor de atender a nuestros estudiantes, si dependiéramos de nuestros medios, sería un desastre total, en vez de ir tres veces por semana a una unidad hospitalaria, iría una vez cada quince días. ¿Qué es lo que sale de esto? Se resuelve muy fácil, pero el problema concreto es la trascendencia que tiene esa solución que estamos dando.

Público. — Usted doctor, menciona mucho el tema del nú-

mero y la calidad; pero lo que no menciona es el costo por médico, que debe ser uno de los más bajos del mundo. Ninguna facultad, sociedad, o gobierno se debe plantear que la universidad debe estar gobernada por un grupo de bohemios, donde los profesores y los ayudantes trabajen ad honorem. Hay muchísimos profesores latentes potenciales que podrían ser muy buenos formadores de profesionales con características nuevas, pero no pueden ir ad honorem. Este es otro problema, ¿cuánta plata sale este proyecto de facultad?, porque sin inversión seria, no va a haber calidad de formación.

Dr. Etcheverry. — Por eso tenemos que definir qué queremos hacer, para después ver qué podemos hacer. Nuestra enseñanza es bohemia, tendríamos que alentar la dedicación exclusiva; tener un cuerpo de profesores seriamente formados, porque de eso va a depender el nivel de enseñanza que estamos dando.

¿Cuál es la estrategia que tenemos? Tenemos todo esto, ¿quién lo quiere?, ese es el mecanismo que estamos usando; y quien lo quiere gratis además, porque no tenemos como pagarle. ¿Tiene sentido? Pensar este problema, elaborar una estrategia y salir a trabajar todos juntos es el único camino que tenemos; no debemos cometer el error de tratar de imponer ideas preconcebidas, hay que hacer un análisis de fondo, de base.

Público. — Se forma un médico cada 300 habitantes; en la Matanza hay 10.000 habitantes y no había ningún médico, tuvieron que hacer una autoconstrucción de un centro de salud para tener A. P. S., esto tiene que ver con una planificación del sistema sanitario. ¿Hay alguna alternativa?

Los médicos dentro de la universidad están formados en base al modelo médico hegemónico, que tiene mucho que ver con la curación de tumores (aclaro que no soy médica), pero no tiene que ver con un análisis de qué cantidad de población está vacunada. Nos olvidamos que somos un país subdesarrollado. Esto tiene que ver con algo que dijo Escudero, cuando uno compara nuestras universidades con las de los países desarrollados, puede venirnos un complejo de inferioridad muy grande; pero no nos olvidemos que allá hay dinero y se pueden dar el lujo de derrochar.

Dr. Etcheverry. — En lo que respecta a la planificación, es-

toy totalmente de acuerdo, pero estas distorsiones no se resuelven formando más gente, sino estableciendo una política concreta; si como resultado de esa política es necesario formar más gente, así lo debemos hacer porque el problema no es formar más médicos con la idea de que alguna vez esto se resuelva.

Con respecto al tipo de modelo con que se está formando, por supuesto que es desastroso, pero hay que lograr cambiarlo con gente que está adecuada al nuevo modelo; por eso el esfuerzo más importante es el de formar gente con una visión diferente. Estamos trabajando en una idea que empezó durante la gestión del Dr. Matera, que es la de los módulos de A. P. S. que este año lo hemos puesto en práctica; los chicos están yendo a los lugares reales a ver qué es lo que pasa; es una experiencia muy positiva. Este tipo de cambio educativo, es un cambio generacional.

Público. — ¿Hay algo desarrollado en cuanto a carreras intermedias?

Dr. Etcheverry. — El problema de las carreras intermedias es lo que surge siempre en este tipo de discusión. La experiencia demuestra dos cosas: primero que la gente no quiere; segundo, que las carreras intermedias han sufrido un tipo de evolución, por la cual estarían dejando de ser intermedias; debido a una absurda complejización, se le van agregando títulos (carrera, licenciatura, diplomado, doctorado, maestría, etc.) que las hace tan complejas como la de medicina, por lo que acaban con su finalidad como carrera intermedia. Se han hipertrofiado tanto que por ejemplo: la formación universitaria de enfermería es tan compleja y larga que, para estudiar esto, estudian medicina; a su vez la carrera de medicina está reduciéndose cada vez más, vamos a terminar con una carrera de enfermería más larga que la de medicina. Esta es la enorme distorsión, que no es casual sino que responde a un problema de significación y representatividad social, que si no se resuelve todo es inútil.

Público. — El estudiante de medicina, ¿está capacitado para ejercer funciones de A. P. S. en la comunidad?

Dr. Etcheverry. — No, para lo que está capacitado, es para ver la comunidad; me parece que es el único objetivo que persi-

guen los módulos de A. P. S., no es para tener mano de obra que trabaje, sino para poner gente que vea lo que es la realidad, en este sentido me parece muy positivo. No descarto que poco a poco al ir profundizándose y mejorándose la experiencia, se pueda dar un fundamento teórico más importante. Tenemos un plan estructurado en un primer módulo, y en un segundo módulo donde se hacen cosas de mayor complejidad. La idea es que tengan de un comienzo hasta el final esa experiencia real; esto es muy interesante en los papeles, pero poner en marcha un plan de este tipo con 4.000 estudiantes no es nada fácil, es un desafío muy grande. Felizmente la primera experiencia que hemos hecho, ha sido bastante exitosa.

Público. — ¿Qué conexión se ha logrado entre los programas primarios, secundarios y universitarios?

Dr. Etcheverry. — Muy poca, y ahí radica la solución de este problema. La educación es algo continuo, es un punto donde hay que trabajar, pero trasciende a nuestra función específica, damos las alternativas por las cuales estamos tratando de influir en eso. Hay todo un programa que se está desarrollando en la Universidad que se llama "UBACIEN", que es precisamente para la enseñanza de las ciencias en el colegio secundario, tratando de ver si podemos establecer un aporte continuo que realmente haga un tronco único, porque no pueden ser sistemas totalmente independientes. Tenemos que empezar a hacer cosas concretas, por eso estamos muy ilusionados con algunos de los programas que estamos llevando a cabo. Además algunos tenemos la función de empezar a llamar la atención de la gente, para conseguir apoyo, o por lo menos para discutir estos temas.

Público. — ¿Qué pasa con el Congreso Pedagógico?

Dr. Etcheverry. — La Universidad está participando activamente, es uno de los mecanismos útiles para asegurar un cambio, pero lo veo como medidas a largo plazo.

Público. — ¿Hay una política para determinar el número de médicos ideal que requiere el país? Si la hay, ¿qué medios hay para formarlos?, ¿hay planes para nuevos métodos de educación, ya

sea incorporando audiovisuales, videos o computación, para orientar a los médicos a la resolución de problemas?

Dr. Etcheverry. — La primera pregunta es muy difícil de contestar, en ningún lado hay experiencias concretas, salvo en los países de economía actualmente planificada. En la Argentina hay un estudio de mediados de la década del 70 en la que se estimaba una cifra de 40.000 médicos para el año 1990; evidentemente ya tenemos el doble de eso. Es muy difícil decir concretamente cuánto se necesita, porque depende del sistema de salud que se adopte, y depende del tipo de organización social que se tenga; en ese sentido no soy optimista en que vayamos a llegar al establecimiento del número mágico de cuántos hagan falta.

En lo que respecta a los medios, estamos alentando de todo tipo pero la formación médica es muy personal, requiere tener contacto directo con la realidad; no es una formación distanciada y de libro. En todos lugares se busca esa posibilidad de asegurar un contacto personal entre el que enseña y el que aprende, y entre ellos y el material con que se aprende, o sea la sociedad, la gente; asegurar ese contacto es admitir que hay una cierta capacidad formadora, eso que nosotros nos resistimos a admitir.

Público. — Me parece que ha hecho una descripción con toques de humor y de cinismo, de la realidad médica argentina y de la realidad de la formación de un recurso que parece importante para la medicina que es el médico; en una ausencia de definiciones, como si quisiéramos construir un edificio pero no tenemos la definición de cuántos pisos, cuántos ladrillos, cuántas ventanas; no hay una política, un arquitecto que halla diseñado qué es lo que queremos construir. Esa falta de política ya tendría que estar subsanada a esta altura de la democracia; creo que es una deuda muy grande que tiene el estado, el ministerio, las autoridades, el parlamento argentino, de no haber llevado adelante un profundo debate acerca de la salud y de las soluciones sanitarias. Me pregunto si esta falta de política, no es una política.

Además me pregunto si usted no conoce ejemplos de lugares en que se han obtenido mejoras en los indicadores de salud en países donde los recursos son humildes como los de Argentina, porque resolver estos problemas con los recursos Harvard parece

una utopía; pero hay otros países que han mejorado sus indicadores de salud con recursos, en algunos casos menores que los nuestros.

Me pregunto, si estando en un jalón de decisión tan importante como el que usted tiene, además, de la crítica que realmente me deslumbró, no debería tener mayores definiciones a esta altura de la democracia.

Dr. Etcheverry. — Lo que quiero plantear es fundamentalmente humildad para resolver los problemas concretos que tenemos. Tenemos que elaborar una política concreta, en la cual la facultad debe colaborar. Tenemos dificultades en la operación, porque no tenemos una política establecida de por qué y para qué estamos trabajando. No creo que no hallamos avanzado, hemos progresado muchísimo, porque por primera vez estando discutiendo estas cosas, y solo de esta manera vamos a conseguir algo duradero.

Además yo no tengo un nivel de decisión tan grande como usted supone, porque me manejo con un cuerpo colegiado que es el que decide tanto en la Facultad como en la Universidad; son líneas políticas en las cuales contribuyó, pero no soy el principal responsable. En esta etapa lo que debemos hacer es marcar, movernos, y ver entre todos que es lo que podemos hacer; yo puedo plantear algo, pero en la práctica necesito el apoyo de todos. Esta es la etapa en que estamos.

Público. — En este momento participo de la Comisión de Graduados de la Universidad Nacional. No corresponde a las autoridades, en este momento exclusivamente la resolución de esta problemática, sino que es responsabilidad de todos nosotros. El costo social que esto involucra, justifica cualquier otro costo que se tenga que pagar; todos mancomunadamente tenemos que brindar apoyo.

¿Se ha implementado alguna metodología para lograr que todos los organismos que tienen relación con la salud puedan participar de este debate, que de alguna manera se tiene que llevar a cabo desde las bases hacia arriba y no desde arriba hacia las bases?

Dr. Etcheverry. — El problema es que nosotros tenemos un

gobierno que viene de las bases. Dentro del gobierno de la Facultad están representados todos los claustros, tanto los estudiantes, los graduados, como los profesores; a través de las organizaciones a las que responden estos representantes es que deben discutir estos temas. Quiero mostrarles que está abierto el camino para la participación en la resolución de esto. Es un proceso lento, pero no nos olvidemos que hemos perdido tanto tiempo, que el tiempo que ganemos en esta etapa de discusión y de afianzar estas ideas es todo tiempo ganado.

MODELO MEDICO HEGEMONICO

(Ponencia)

PANELISTA :

Lic. Susana Belmartino

Historiadora. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario

Lic. Belmartino. — ¿Qué es un modelo? Significa hacer una determinada abstracción de la realidad que uno analiza; tomar de esa realidad los rasgos más salientes, como dominantes, de manera de encontrar una cierta racionalidad en la dinámica de esa realidad; tomar rasgos que no aparezcan como aislados, sino que aparezcan como en una dialéctica de reforzamiento de apoyarse los unos a los otros, y potenciarse, y al mismo tiempo esto termina en algún momento siendo eficaz para la función que esa práctica social debe cumplir; pero en determinado momento y contradictoriamente empieza a socabar esa eficacia, y es ahí donde podemos ver por qué del mismo modelo surgen las condiciones de su crisis.

En general, en este modelo médico hegemónico, se delimitan cuatro o cinco grandes rasgos. Se dice que parte de una concepción de la salud y de la medicina, que es individual y biologista; se dice que es tecnocrático, iatrogénico, medicalizante. El primer rasgo es fácilmente explicable, se parte de la necesidad de atacar la enfermedad en un órgano, en un aparato, se olvida por lo general al individuo como ser integral a esta necesidad de atacar la enfermedad lleva a una especialización, una fragmentación del conocimiento y del ser humano. Al mismo tiempo desvanece las relaciones de esos procesos de enfermedad con la sociedad en que el individuo que lo sufre está inserto, se ve la enfermedad como un hecho puntual que ataca a un individuo determinado cuyas causas son cognoscibles, pero se olvida que ese individuo está en

un medio, y que las condiciones y relaciones de estos también son causas de enfermedad. Se olvida que la salud y la enfermedad no son hechos separables, distinguibles en cada ser concreto, sino que forman parte de un proceso, de una suma de valores que es muy difícilmente distinguible, en estos términos antagónicos de salud y enfermedad. De esta concepción individual y biológica de la práctica, surge como resultado una excesiva especialización de la práctica, fragmentación del objeto de conocimiento y una negación de los factores sociales que influyen más allá de lo biológico e incluso de lo psicológico, en pro de la salud y enfermedad colectiva.

El segundo rasgo es que este modelo es definido como tecnocrático. Lo que se intenta definir es que se parte de una concepción de lo científico y lo técnico, como proceso que conduce inexorablemente al bienestar del hombre; se parte de una conceptualización de lo técnico como neutro, y se olvida en muchos casos las contradicciones que suele haber en la aplicación de procesos técnicos en determinadas condiciones sociales. Este carácter tecnocrático también surge de la configuración de un monopolio del saber, que utiliza un lenguaje que se define previamente como científico, en base a conocimientos que han sido probados y verificados empíricamente; de esa manera se establece una especie de decisión en el que sabe, por lo tanto está en condiciones de resolver los problemas de sus pacientes que no saben y deben someterse a la voluntad del médico, deben aceptar la visión que el médico propone de sus problemas sin tener ninguna posibilidad de apropiarse ni siquiera de una parte de ese conocimiento. Esta actitud tecnocrática, esta superioridad del médico sobre el paciente basada en el saber, configura una relación médico-paciente en la que el paciente está en una situación de sometimiento, de subordinación; el paciente se constituye como dependiente, el médico es quien va a solucionar su problema, es el que conoce su problema y el que asegura la posibilidad de salir de él.

Foucault dice: "No solo el mal científico es peligroso, sino que también el éxito de la ciencia puede ser peligroso para algún tipo de desarrollo social. El da dos ejemplos: el primero es el descenso del nivel de inmunidad de la población a partir de la generalización de los antibióticos; el segundo es este tema tan

debatido actualmente que es el de la manipulación de la información genética, que también puede utilizarse como ejemplo de lo que puede ser la técnica no neutralizada por una definición en términos de valores; la única manera de manejar la técnica de manera que no sea peligrosa es asignarla a una escala de valores que la sociedad tiene que definir para sus objetivos y prioridades. Pero hay un ejemplo mucho más reciente de este peligro de los éxitos de la ciencia, que son los efectos que tienen la utilización de estrógenos en la alimentación de pollos y de ganado; ha habido una cierta conmoción actualmente por el desarrollo sexual precoz de niños en algunos lugares de Centroamérica, que se asocian específicamente a este problema de la alimentación, y esto no es una cuestión banal, que las niñas estén en condiciones de concebir a los 9 ó 10 años es algo que va más allá de cualquier problemática en torno a sus costumbres sexuales, sino que trae toda una cantidad de consecuencias sociales que no se pueden dejar de lado. Por estas contradicciones que tiene este uso de la técnica como valor absoluto, supremo, es que se dice que el modelo médico además de iatrogénico, aliena al individuo del conocimiento de las causas, y de los procesos sociales asociados con sus procesos de salud-enfermedad; convierte al individuo en un ser sometido al veredicto técnico de un grupo de personas que monopolizan un saber, le niega al individuo y a los grupos sociales la posibilidad de controlar sus condiciones de salud-enfermedad, de actuar positivamente en defensa de esas condiciones.

Se dice que este modelo médico es medicalizante, ¿qué significa esto? Que en relación con la totalidad de las prácticas sociales, la medicina cada vez tiene en mayor medida un campo exterior (la medicina tomada en un sentido amplio); así cada vez invade la totalidad de las prácticas sociales, ya no es solo la enfermedad sino es también la psiquis; ya no solo son los criminales no imputables los que están enfermos, sino que también a los criminales imputables se les hace un diagnóstico de enfermedad; ya el parto ha dejado de ser un fenómeno natural, para convertirse en un hecho médico; y esto tiene una influencia muy grande sobre la eficacia simbólica de la medicina, que aparece como aquella ciencia o disciplina capaz de definir lo

que es sano y lo que es enfermo en una sociedad y en la medida en que define esto tiene la posibilidad de definir la desviación como enfermedad; también tiene la facultad de intervenir sobre la desviación y controlarla. Esta es una de las herramientas más poderosas y peligrosas que el saber médico tiene en sus manos en este momento. Esta medicalización también, aunque no en todos los casos, proviene de un énfasis en la prevención, de ahí vienen los chequeos periódicos, las pruebas de papanicolau de rutina; eso es medicalizante, y no siempre está asociado a una mercantilización de la práctica, a una fácil conversión de la salud en mercancía, esto aumenta los costos, aumenta la iatrogenia, aumenta las consecuencias sociales de este modelo.

Otro rasgo es que es fuertemente no igualitario, en la medida en que las condiciones de excelencia de la práctica se asocian cada vez más con la disposición de conocimiento especializado y con la disponibilidad de tecnología; es cada vez más no igualitario el acceso a esa práctica y a esa información que no solo ha dejado de ser igualitario para los pacientes, sino que cada vez en mayor medida está dejando de ser igualitario para los profesionales médicos; y esto probablemente es una de las contradicciones del modelo; hay una gama muy grande de profesionales que no tienen posibilidad de acceder ni a la especialización, ni a los recursos que el sistema tiene para pagar sus servicios.

A partir de que el modelo médico hegemónico, se implanta en grandes instituciones burocratizadas y a partir de que la medicina queda sometida al desarrollo técnico de otras ciencias, como la computación, entonces a su vez, los mismos médicos en países centrales fundamentalmente, están siendo expropiados de su saber y de las condiciones de su práctica por los grandes sistemas computarizados que están en condiciones de hacer una historia clínica, de hacer una revisión del paciente, de prescribir técnicas auxiliares, de hacer un diagnóstico e incluso hacer un pronóstico de la enfermedad que el paciente tiene; el médico, cada vez más a medida que el desarrollo técnico científico se haga cargo de las prácticas de la salud, está pasando a ser un intermediario entre esta tecnología, esta ciencia, controlado por grandes instituciones burocratizadas; y al paciente que debe someterse a esas revisiones y a esos chequeos.

La pregunta es cómo este modelo, si no es culpa de los médicos, si no es un resultado de los representantes colectivos, es un resultado de la forma como cada sociedad define sus expectativas y aspiraciones en torno al tratamiento de sus enfermedades; si hay un responsable de la manera en que este modelo médico se ha afirmado; si hay un responsable de que todo el mundo quiera ser médico, de que todo el mundo sienta la necesidad de ser pasado por un tomógrafo computado cuando tiene algún síntoma etiológicamente difícil de definir, es la forma como la sociedad en general acepta que es la manera por excelencia de resolver sus problemas y atender sus dolencias. Para entender el proceso, para entender cuál es el mecanismo que lleva a la afirmación de ese modelo como aceptado por la generalidad de la sociedad, tenemos que ir a las raíces, a la forma cómo este modelo se afirma y por qué. En general se habla de que la afirmación de este modelo se produce por la gran eficacia curativa de la medicina, en términos de lo que Milton Terris llama "la revolución epidemiológica". La primera revolución epidemiológica es la que termina de desarrollarse en los años '40, que a partir de los antibióticos y de los agentes quimioterápicos termina con el flagelo de las enfermedades infecciosas. La eficacia curativa de la medicina, en ese momento es tan grande, que aparece como la ciencia que puede llevar en un camino directo al bienestar del hombre. Esta eficacia se transforma en estos años, en eficacia simbólica a partir que se define una especie de derecho general a la salud; se define a la salud como un derecho humano por excelencia, y a partir del derecho a la salud de cada individuo, de una igualdad al acceso a la salud por parte de cada individuo, se concreta así la utopía igualitaria que permite en buena medida legitimar la práctica médica y las acciones de salud.

Junto con el fortalecimiento de esta defensa, de esta reivindicación del derecho a la salud, aparece un mecanismo relativamente complejo, en el que algo que se define como un derecho y por lo tanto debería estar respaldado o asegurado por un servicio no lo es. En vez de ser un servicio lo que la medicina presta a aquellos detentores del derecho a la salud, paulatinamente se va convirtiendo en una mercancía; y esto pasa por un sistema

que curiosamente o no, se arraiga a partir de los años '40, a partir de la segunda guerra mundial, que son los sistemas de financiación de la atención médica pagados por terceros.

Por otro lado es un mercado muy particular porque el paciente no tiene ninguna posibilidad de evaluar ni calidad, ni eficacia; el paciente solamente para su circunstancia de enfermedad individual, tiene la posibilidad de elegir el médico, pero una vez que lo eligió y que se sometió a las prescripciones de ese médico, no tiene ninguna posibilidad de comparar la manera como ese médico resolvió su problema, con otras maneras posibles resultantes de otras instituciones médicas de solución de los problemas de enfermedad. Esto es lo que configura a este mercado, como un mercado atípico; permitiendo, este sistema de seguridad, una generalización de la atención, una accesibilidad a la atención muy significativa que permite también el desarrollo de la medicina como una práctica rentable, permite que la práctica en sí misma se convierta en un área muy importante de valorización de capital. A partir de esos sistemas de financiamiento la medicina se convierte en un área muy importante de realización de capital, a partir de la producción de equipos médicos, de medicamentos, de clínicas y consultorios privados y a partir de la organización de sistemas de financiación de seguros privados, que van a dar cobertura a aquellos que la cobertura social no llega o sea insuficiente o que no responde a sus expectativas.

Todo esto contradictoriamente, al mismo tiempo que respalda el afianzamiento del modelo, va socavando los cimientos del modelo, que se van a ver cuestionados cuando aparezca lo que se ha llamado "la triple crisis" del modelo médico hegemónico. Se define en líneas muy generales, como crisis de costo, de eficacia y de accesibilidad. La más evidente es la crisis de costo, que ha llevado el porcentaje del producto bruto interno que la mayor parte de las naciones dedican a la atención de la medicina de alrededor de un 4 ó 5 % en los años '70 a un 10 ó 14 % en los años '80. Ha llevado a una preocupación muy grande por parte del gobierno para controlar la aplicación de la tecnología, no tanto por sus posibilidades iatrogénicas, sino porque la incorporación de tecnología ha resultado ser un elemento multiplicador del costo en términos, al parecer, muy difíciles de controlar. Si

la crisis es de costo, es necesario pensar que la mercantilización ha tenido alguna incidencia, y que la tecnificación también ha tenido alguna incidencia en estos costos.

Pero además, la crisis es de eficacia; si el modelo médico se mostró particularmente eficaz para solucionar el problema de las enfermedades de la pobreza, se ha mostrado dado su carácter curativo, mucho más ineficiente e ineficaz en la resolución de lo que se llama las enfermedades de la riqueza, de la civilización. El modelo médico no tiene respuesta al parecer inmediata, para todas las enfermedades crónicas y degenerativas que han empezado a sumar los índices de mortalidad en las naciones más desarrolladas; no tiene respuesta para el envejecimiento de la población, ni para todas esas enfermedades, que son por definición incurables, que necesitan más que curar a los enfermos, un sistema, una práctica que se dedique a cuidarlos; tampoco tiene respuesta para todas las enfermedades que se asocian con el stress, con la vida moderna. En esos términos se plantea una crisis de eficacia. Milton Teris define la necesidad de una segunda revolución epidemiológica, necesidad que seguramente está asociada con los modelos alternativos que ya se están planteando a partir de la conceptualización de crisis que está sufriendo el modelo médico hegemónico.

La crisis o los cuestionamientos al modelo médico hegemónico vienen, de que el énfasis se ha puesto no en la eficacia sino en la eficiencia; el énfasis no se pone en el resultado de la acción médica sobre el paciente, de la utilización de los recursos, no se evalúa los resultados sobre el paciente, sino que se evalúa al costo de la atención y la necesidad de dedicar recursos cada vez más controlados para resolver las necesidades crecientes por parte de la población.

La crisis de accesibilidad hay que pensarla en términos de una población que cada vez demanda más atención médica, por esto de que la medicina absorbe todos los niveles de la vida de la sociedad, pero también porque hay una mayor conciencia del cuerpo, de las necesidades del individuo, de las respuestas que a medicina puede dar a estas necesidades; y cada vez en función de la crisis de costo es más difícil garantizar el acceso de la población a la atención.

Hemos intentado definir muy brevemente el modelo, tratando de plantear las condiciones de su génesis, de su crisis, de cuáles son los elementos que desde el mismo modelo lo están cuestionando, porque costo, eficacia y accesibilidad son elementos que cuestionan al modelo desde el interior del mismo. El cuestionamiento no viene de una visión alternativa; la crisis tal como la he planteado viene del interior del modelo mismo, el que se revela incapaz de seguir reproduciéndose ya sea por la cantidad de recursos que la sociedad está dispuesta a dedicarle, por los problemas que el mismo modelo debería plantearse o se plantea solucionar y no llega ni siquiera a tocar por la misma iatrogenia que esta excesiva intervención produce, también por la demanda que este modelo ya no puede satisfacer.

¿Cómo se plantea la discusión de este modelo en la sociedad argentina de hoy? Respecto a esto hay un artículo muy viejo, que debe tener 5 ó 6 años, de Carlos Canitrot que es el que con más sencillas palabras plantea el problema, dice: "Lo que se plantea cuando se discuten los problemas de salud, es lo que debería ser alternativa de este modelo médico, son las políticas macro, y no se discuten las condiciones micro". La discusión pasa por términos políticos, de organización, económicos, pero no se discuten las modalidades y la adecuación entre las modalidades y las necesidades de la población. Se discute si el manejo de la salud tiene que estar en manos del Estado, o si tiene que estar en mano de corporaciones, o en manos de obras sindicales, y esas obras sindicales en manos de quién tienen que estar; se discute por ejemplo cuál es la mejor manera de utilizar los recursos, en términos de racionalidad de asignación de los recursos, de distribución de los recursos, de utilización de los recursos, de formación; se discute si tenemos que formar más o menos médicos, si tenemos que abrir carreras intermedias o no, qué vamos a hacer con los médicos que ya formamos y no podemos utilizar; también se discuten problemas en términos de redistribución del ingreso, si tenemos que hacer una medicina igualitaria, si tenemos que socializar la medicina para que a todo el mundo le lleguen los mismos servicios, la misma práctica; se discute el rol que tiene que tener el hospital público en esa medicina, qué rol tiene que tener los efectores públicos; se discute si hay que estimular

la iniciativa privada en medicina o no, si hay que dar créditos a los sanatorios, si hay que ayudarlos en la compra de tecnología o no. Todo esto forma parte de lo que Canitrot llama "la discusión en términos macro", la discusión de los grandes variables por las que pasa la distribución de poder. Lo que se discute cuando se plantean las políticas de atención médica y la seguridad social en la Argentina, es la manera cómo se articulan las relaciones de poder. Lo que se está discutiendo es si va a haber una redefinición de esas relaciones de poder en el interior del sector salud. Lo que faltaría discutir, es de qué manera se pueden adecuar la práctica médica y la actividad de las organizaciones de salud, a las necesidades efectivas de la población; son los modos de la práctica, no las condiciones macro lo que habría que discutir, es cuáles son las falencias de la práctica de salud que brindan las obras sociales, y no a quién tiene que pertenecer; además poner el centro de la discusión en cuáles son las virtudes o las falencias de la organización actual de la cobertura de salud, y cuáles son las raíces de esas falencias o virtudes para no volver a caer en el problema.

Público. — Qué rol juegan los medios de comunicación masivos, ya que prácticamente en todos hay un espacio dedicado a temas médicos, con lo que se logra una amplísima difusión de conocimientos, a veces inexactos, a veces más o menos ciertos por lo menos desde el punto de vista académico; pero que le dan a la población en general una sensación de saber medicina, que no me parece que sea muy real. Por un lado intentamos que toda la comunidad se haga cargo de su salud, esta difusión de conocimientos ¿ayuda a cambiar el modelo médico hegemónico?, o por el contrario la afianza; o la tercera posibilidad es que produzca una contradicción.

Usted mencionó como característica del modelo médico lo biólogo, la introducción de la psicología con todas sus corrientes, ¿cuestionó el modelo médico o se incorporó, hizo el biologismo de la mente, y dejó todo como estaba?

Lic. Belmartino. — Los medios de comunicación no difunden saber, lo que difunden es el deslumbramiento por determinadas modalidades de la práctica. ¿Qué es lo que se conoce a través

de los medios de comunicación?, las grandes operaciones, el impacto de la tecnología, la manera espectacular de cómo se salvan vidas; sin llegar a aclarar qué porcentaje de las vidas en peligro son esas vidas que se salvan por más valiosas que sean; sin llegar a aclarar qué porcentaje de los recursos que la sociedad tiene, se dedican a salvar ese porcentaje de vidas. No hay una posibilidad de que la población entienda que podría ser conveniente definir prioridades, saber si tenemos que dedicar nuestras prioridades a desarrollar tecnología de trasplante, o a que no haya más chicos desnutridos; esa podría ser una opción, hacia donde se van a canalizar la mayor parte de los recursos, sin que esto implique un desprecio o un abandono por el desarrollo técnico indispensable.

Dar a cada sociedad la posibilidad de definir auténticamente cuáles son su prioridades, no en términos actuales sino de futuro, debería haber una redistribución del saber médico, sería fundamentalmente para socavar las bases de este modelo. Para que haya algún proceso de redistribución del saber médico, tiene que haber lugares de encuentro de aquellos que son los detentadores del poder, con la población en general; donde la población vive y trabaja es el lugar ideal. Pero también tendría que haber algún tipo de cambio de actitud en la relación médico-paciente, que es indudable que algunos médicos ya la ponen en práctica, pero tendría que haber una mayor vocación por explicarle al paciente qué es lo que pasa, tratar de explicarle cómo ve el médico lo que le pasa al paciente de manera que el paciente se apropie también en alguna medida del control de su enfermedad; por supuesto que esto es imposible si el médico tiene que atender a veinte pacientes en una hora en un consultorio de hospital público.

Respecto a la psicología, fue un avance muy importante, sacar la preocupación centrada en el cuerpo y pensar que las emociones también tienen algún rol en la salud, en la posibilidad de crecer del individuo. Por eso decimos que el modelo médico es hegemónico, porque no solo es dominante, sino que permea a los modelos alternativos; es como si fuera un proceso de asimilación de todas las prácticas que se plantean como alternativas. En la medida en que el psicoanálisis se desarrolla como una práctica dirigida a los individuos y a la cual muy pocos pueden acce-

der, como una práctica muy costosa y muy difícil de generalizar en términos sociales, también de alguna manera se incorpora al modelo médico hegemónico.

Existe un importante movimiento dentro de los psicólogos que están empezando a trabajar en hospitales, con la comunidad. Conozco experiencias muy importantes en Córdoba, donde hay una residencia en salud mental que une en un equipo de trabajo a médicos, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras, trabajando en equipo con la comunidad. Esa sería una manera de como la psicología o la interdisciplinaria pueden empezar a cambiar las relaciones con la práctica, en ver cómo se utilizan los recursos, en qué sentido se orientan.

Público. — Pienso que no se pueden discutir las modalidades de la práctica, si no se discuten primero las relaciones de poder; no se puede definir una cosa, si no se define la otra.

Lic. Belmartino. — Creo que no me has entendido, estoy de acuerdo con vos. Lo primero tiene que ser la discusión de las relaciones de poder, pero no nos tenemos que quedar solo con eso, si tenemos que esperar a que cambien para empezar a cambiar la práctica; todo el proceso tiene que ser conjunto. Un ejemplo muy concreto: en la Argentina se está discutiendo la nueva ley de obra social, el centro de la discusión pasa por si esas obras sociales van a seguir perteneciendo a los sindicatos (cosa que a mí me parece muy justa) o van a pasar a depender del estado; pero nadie discute en qué medida las obras sociales en la Argentina, tal como se configuran a partir de los años'70, contribuyen a afianzar el modelo, en qué medida está práctica de las obras sociales de no desarrollar sectores propios y contratar con el sector privado, con las modalidades de contradicción de esto, han contribuido a reforzar el modelo médico hegemónico; nadie discute por qué las obras sociales no tienen obligatoriedad de establecer prácticas preventivas, o por qué hay muchas obras sociales que no las cumplen. Estoy de acuerdo que las relaciones de poder tienen mucho peso en la conformación de este sistema, pero hay que pensar también si junto a las relaciones de poder o al mismo tiempo, no se van estructurando representaciones colectivas que tienden a afianzar esas relaciones de poder. ¿Por

qué los beneficiarios de las obras sociales le exigen la cobertura de la tomografía, de la unidad de terapia intensiva, y no le exigen la atención del recién nacido gratuita hasta el primer año?

Las discusiones tienen que hacerse al mismo tiempo, no podemos quedarnos solo en si las obras sociales son propiedad de los trabajadores o no; sí, son propiedad de los trabajadores, pero quiero que discutamos de qué manera pueden servir mejor a esos trabajadores; si la organización actual del sistema de atención médica responde a las necesidades de los trabajadores o no.

Público. — La dinamización de la mente de los profesionales de la salud, tiene que estar acoplada a la dinamización de los sectores de la población en general.

Quisiera poner énfasis, en la educación política sanitaria de la población; en los sutiles mecanismos de desviación hacia las grandes causas de dependencia que tiene el pueblo, hacia una excesiva medicalización que en vez de acercarnos a la salud, nos lleva a mantener una convivencia permanente con la enfermedad.

Lic. Belmartino. — Se puede definir como un problema de educación. Pero ¿cómo se implementa esa educación para que sea efectiva? El nudo del debate actual sobre la problemática de la salud, pasa por cómo se organiza la discusión de manera que se produzca una redistribución del saber en torno a la salud, pero al mismo tiempo la posibilidad de que la población conozca y entienda la raíz de su problema, que tal vez no lo defina como nosotros pero que llegue a una propia definición de su problema, que sea capaz de expresarlo. Esto tiene algo que ver con la A. P. S., yo no sé nada de A. P. S., pero sé que muchos de sus modelos enfatizan el tema de la participación de la población; y esta es una de las vías más conflictivas, más peligrosas, porque hasta que no definamos qué se entiende por participación popular, hasta que no seamos capaces de poner en práctica mecanismos participativos que no sean autoritarios, paternalistas; que no pasen por pensar que el que pone en práctica el mecanismo es el que sabe lo que la población tiene que terminar pensando una vez que el mecanismo hizo todo su desarrollo. Buena parte de la A. P. S. es cómo redefinir los roles, cómo acercar la población a los médicos y viceversa.

Esta muletilla de la participación, es triste que sea muletilla porque es indispensable, pero finalmente se convierte en eso, cuando no se logra vincularla de una manera que cambie las relaciones de poder del sistema. En general se piensa en participación, como participación de cúpulas; todo el debate político en torno a esto está pensado en cómo las organizaciones sectoriales van a poder presionar sobre los órganos ejecutivos y legislativos del gobierno para redefinir los cambios necesarios en la sociedad argentina. En este momento, en la Argentina hoy no se garantiza la participación de las bases en la redefinición de estos problemas, sino que la participación queda referida a la intervención de cúpulas de organizaciones corporativas en la redefinición de los problemas argentinos. Esto es muy notorio en algunos documentos que están circulando sobre el problema; cuando la Confederación Médica, por ejemplo, reivindica con mucha justicia la necesidad de intervenir en las políticas de salud, habla del llamado del gobierno a participar; para la Confederación Médica participar significa, que sus dirigentes tengan un lugar de negociación en el Ministerio de Salud para redefinir las futuras políticas; y nadie dice: "Participar no es eso, participar es que las bases médicas definan la política futura, para que después la Confederación Médica la lleve al Ministerio". Ese es uno de los nudos que hay que empezar a desenredar en este momento y que el problema de la educación pasa también por desenredar ese nudo.

Público. — Trabajo en una obra social, estamos llevando a cabo con mucho esfuerzo y enormes dificultades un programa de prevención primaria en salud mental desde hace un año y medio. El obstáculo no ha sido solamente de encontrarnos cotidianamente con el modelo médico hegemónico, sino el de la falta de posibilidad de integrar experiencias micro, con experiencias macro. Esta experiencia que nosotros empezamos a implementar en el ámbito asistencial inicialmente, intentó integrar este ámbito con el social en una misma institución; con lo cual se enfrentó con enormes dificultades porque, por ejemplo el trabajo que se hace en los jardines maternos que dependen de nuestra institución, pertenece a un área gerencial que es ajena, al área gerencial asistencial. Los profesionales que trabajan allí tienen que coordi-

nar esfuerzos con dificultades enormes de integración; entrevista que se hace en el área de una gerencia se repite, con toda la manipulación e iatrogenia que esto supone, en las otras áreas. Estos son los primeros obstáculos que tuvimos que enfrentar.

Lo que quiero transmitir es la importancia de la articulación de lo micro con lo macro, que la he visto planteado en algunos casos como dicotomía; de articular modelos no paternalistas que realmente estimulen la participación, que rompan con el autoritarismo del profesional en la relación con sus asistidos o con aquellos a los que coordinan cuando las actividades no son directamente asistenciales. Estas experiencias son las que nos van a permitir desde lo micro, no exclusivamente apuntalar los cambios en lo macro, porque sino nos vamos a encontrar con la paradoja de que estamos proponiendo la participación de los trabajadores pero en realidad estamos repitiendo el modelo autoritario donde las cúpulas son las que deciden. Si cotidianamente empezamos con la autogestión de nuestro equipo de trabajo que a nosotros nos ha costado mucho, porque nos encontramos con enormes rémoras de los resabios autoritarios que seguimos manejando entre nosotros mismos, en la medida en que se haga carne en todo el pueblo la necesidad de romper con esto, va a dejar de pedirnos la práctica superespecializada, para exigir la psicoprofilaxis del embarazo, el parto y el puerperio.

Público. — Tal vez peco de autoritario al decir que al modelo médico hegemónico lo hemos usado mucho desde pediatría. Los pediatras, no por virtud personal sino por la realidad del contexto que los obligó a enriquecerse, fueron cambiando el modelo médico haciéndolo participativo. Es necesario definir bien a la participación, ser humilde y también reevaluarla, porque hay modelos participativos, que después no se reevalúan y se cree que para la A. P. S. son muy importantes y no lo son.

Lic. Belmartino. — Coincido con ustedes, en tanto la pediatría siga manteniéndose en un enfoque netamente clínico pero esta tecnificación de la neonatología no sé si no la van a hacer entrar en el modelo médico. La pediatría se salva, porque siendo una de las ramas más clínicas, no entra en esta problemática de la subespecialización, que no siempre tiene que ver con el co-

nocimiento médico, sino que a veces tiene que ver simplemente con el manejo de una técnica o la utilización de un aparato, como son todas las ramas de la ecografía; es ahí donde se empieza a afianzar en mayor medida el modelo médico hegemónico.

Público. — El enfoque del modelo médico hegemónico es muy válido, pero hay un proceso de saber, de sentir y de hacer que nos exige un poco de humildad, no podemos acceder a lo ideal de entrada; muchas veces la población cuando estamos trabajando en el área nos exige lo medicalista.

Lic. Belmartino. — He estado rastreando, por mi actividad de investigación, el problema de las mutualidades y encontré una cita de un médico de 1919. En ese momento uno de los problemas que se palpan en las mutualidades como muy serios, era el abuso en la prescripción de específicos; ya en el año 1919 pensaban que el médico que no había dejado una droga en la cabecera del enfermo, no había sido eficaz. Por eso aunque no desdeño la discusión de las relaciones de poder, debemos pensar por dónde pasan las expectativas de la gente. Esto tiene una larga historia, un arraigo muy profundo en la sociedad argentina y por lo tanto, no va a ser fácil cambiarlo; tenemos que empezar a transitar un camino con todas las dificultades que ese camino tiene.

**MODELO MEDICO HEGEMONICO.
MODELO ALTERNATIVO SUBORDINADO.**

**MODELO DE AUTOATENCION.
CARACTERES ESTRUCTURALES ***

EDUARDO L. MENÉNDEZ

1. En este trabajo se tratará de desarrollar una interpretación de la articulación que opera actualmente entre los modelos de atención médica, lo cual supone describir los caracteres estructurales de los modelos diferenciados, así como analizar el proceso de expansión conflictiva y contradictoria del modelo médico hegemónico y discriminar la posibilidad de las alternativas de autoatención.

Dados estos objetivos, se hará una descripción y análisis que seguirán el siguiente ordenamiento: a) planteamiento del problema y acotaciones metodológicas para su estudio; b) caracterización de los modelos de atención médica; c) dinámica del proceso de expansión del modelo médico hegemónico; d) el desarrollo estructural de formas de "autoatención" en salud; e) la crisis del modelo médico hegemónico respecto del problema del "alcoholismo"; f) el desarrollo y legitimación de formas de autoatención para y por los "alcohólicos"; g) fundamentación teórica e ideológica de las alternativas de autoatención gestionarias.

Se debe subrayar que este análisis tiene una verificación parcial a nivel de investigación directa en el estudio que sobre la expansión de los servicios de salud entre 1880 y 1970 realizamos en el estado de Yucatán (E. L. Menéndez, 1981 b) y en la actual investigación que estamos desarrollando sobre "El proceso de alcoholización" en colaboración primera con la Escuela

* Artículo publicado en Cuadernos de la Casa Chata, N° 86, México.

de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y ulteriormente con el Instituto Nacional de la Nutrición.

2. La idea central de nuestro estudio es que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico (de ahora en adelante MMH intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictos y/o complementarios del MMH.

Este proceso opera en los países capitalistas metropolitanos, en los países del capitalismo dependiente, así como en los de "socialismo real". Al reconocer los caracteres diferenciales e idiosincráticos que en los niveles económico, político e ideológico operan en las situaciones particulares, proponemos que en todos los contextos la expansión del MMH se genera conflictivamente y que dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y los alternativos. Más aún, planteamos que en los niveles de decisión ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas ó parapúblicas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económico y político y se refuerce la hegemonía del sistema por encima de las necesidades particulares de las prácticas médicas que operan en el MMH.

Estos procesos pueden generarse porque la organización social, ideológica y político-económica que opera tanto sobre las prácticas médicas, como sobre el conjunto del sistema, tiende a producir más que la exclusión de los sistemas alternativos, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al MMH.

En los últimos años (década de los 60 en adelante), primero en algunos países capitalistas metropolitanos, básicamente en Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia e Italia, y ulteriormente en países de capitalismo dependiente y en algunos países socialistas, se ha dado una voluminosa y creciente producción científica e ideológica que describe, analiza y cuestiona la eficacia

y eficiencia de las prácticas de la medicina denominada científica, y que llega incluso a recuperar como más eficaces a las prácticas alternativas.

Los principales cuestionamientos pueden ser agrupados en los siguientes *items*:

- a) aumento del costo de la atención a la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo, y secundariamente en el costo del personal. Esto ha conducido, por lo menos en países capitalistas, a crisis en los sistemas de seguridad social;
- b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud;
- c) aumento correlativo de la "intervención" médica, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las quirúrgicas, que en algunos casos está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como la forma estandarizada de atención (caso de las cesáreas);
- d) aumento correlativo de la iatrogenia, así como de la ineficacia;
- e) predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma;
- f) la ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización) y la reducción real de las áreas de eficacia;
- g) la carencia de relación, por lo menos en algunos casos, entre el aumento de los costos, la epidemiología dominante y el control de la misma;
- h) carencia de relación entre todos estos procesos y un panorama epidemiológico, que en todos los contextos aparece determinado básicamente, por la producción social y económico de enfermedad.
- i) el reconocimiento, primero referido a la acción psiquiátrica y luego a la práctica médica en general, de que

junto con las funciones intencionales de curación, dichas prácticas cumplen funciones de control social e ideológico;

- j) el reconocimiento de que ese modelo, en su práctica, contribuye a la reproducción económica de los sistemas, así como también a legitimar soluciones ocupacionales.

Las explicaciones respecto de estos hechos son diversas y en varios casos aparecen como contradictorias; si bien estos cuestionamientos son planteados por algunas de las principales autoridades técnicas y académicas (Cochrane, Dubois, Mckweon, Newell), también tienden a ser reconocidas parcialmente por algunas de las instituciones políticas y salubristas dominantes. Existe cada vez más consenso sobre la crisis de un modelo que tiende a ser denunciado tanto desde el Estado, como desde organismos de base; desde grupos radicales hasta inclusive corporaciones médicas nacionales e internacionales. Si bien la crisis y el cuestionamiento son reconocidos, la percepción de los mismos y las soluciones posibles no sólo no son homogéneas, sino que por el contrario aparecen como conflictivas y hasta antagónicas según sean los sectores que se hagan cargo del cuestionamiento de la crisis.

Nosotros reconocemos la incidencia de la crisis del MMH, así como la mayoría de los cuestionamientos específicos, y esto es perceptible tanto en el estudio sobre el caso global yucateco como, sobre todo, en los resultados de la investigación de las relaciones entre la práctica médica y el "alcoholismo".

2.1 Nuestro análisis del proceso enunciado supone la construcción de un marco teórico-ideológico del cual sólo enumeramos algunas características básicas que operan con mayor visibilidad en nuestro trabajo, para posibilitar por lo menos, una lectura más ordenada.

- a) Este análisis constituye una aproximación esquemática, aunque global que necesita ser referida a casos específicos; en nuestro caso dichas referencias son Yucatán y nuestra actual investigación sobre el proceso de alcoholización;
- b) nuestra enumeración y discriminación de los modelos, es tipológica (términos casi sinónimos); esta aproximación

metodológica cumple funciones de ordenamiento pero no ignora que los modelos son construcciones y que solamente la dinámica histórica y social es la que da cuenta de los procesos de transformación operados;

- c) si bien en este trabajo se hace referencia a condiciones capitalistas dependientes y metropolitanas, a procesos de desarrollo desigual, a una estructura clasista abstracta; dichas referencias deben ser relacionadas necesariamente con situaciones históricamente determinadas. La utilización de categorías clasistas como proletario o campesino han sido demasiado utilizadas frecuentemente como "tipos" (aun por autores asumidos como marxistas), en los que se elimina la dinámica que los conjuntos en beneficio de una estructura maniquea o mecánica;
- d) los modelos médicos propuestos son instrumentos en los cuales la dinámica de los procesos que representan está puesta, por así decirlo, entre paréntesis; pero todos los modelos estudiados, aun el denominado frecuentemente como "tradicional", son considerados como dinámicos y en proceso de transformación;
- e) desde esta perspectiva, la crisis del MMH, así como sus consecuencias, son percibidas como procesos sociales en los cuales se descartan las concepciones que perciben lo "anterior" o "ulterior" como lo "mejor" tanto en términos tipológicos como históricos;
- f) los modelos propuestos no constituyen construcciones "en sí", sino que deben ser referidas a las fuerzas sociales y políticas que se hacen cargo de las mismas.
- g) en el análisis utilizaremos reiteradamente algunos conceptos e instrumentos que requieren un mínimo de precisión o por lo menos de referencia técnica.

Por "modelo" vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica,

técnica, ideológica y socioeconómica de los "curadores" (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Cada uno de los modelos estará caracterizado en el párrafo siguiente. El concepto de medicalización refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización. Hegemonía es utilizado en la concepción gramsciana, pero que en nuestro enfoque se articula con el concepto de transacciones (ver E. L. Menéndez, 1981 b). El concepto de proceso de alcoholización refiere a los procesos de ingesta de alcohol de los conjuntos sociales, a partir de la consideración de dicho proceso como socioideológicamente determinado, sin que esta consideración implique evaluaciones negativas o positivas respecto del mismo (ver E. L. Menéndez, 1982).

2.2 Para los efectos de este trabajo se reconocen tres modelos básicos:

- a) Modelo médico hegemónico.
- b) Modelo médico alternativo subordinado.
- c) Modelo médico basado en la autoatención.

2.2.1 Modelo Médico Hegemónico.

Este modelo supone el reconocimiento de tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo. Eficacia pragmática. La salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas "curadoras", profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas

a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación.

Los submodelos corporativos se caracterizarían, además, por la estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica; por el burocratismo, por la consecuente disminución de las responsabilidades, y por la dominación de los criterios de productividad. El modelo corporativo público presenta a su vez algunos caracteres particulares: la tendencia al enfoque preventivista, la tendencia a actuar sobre “el medio” y no sobre los individuos, aunque “naturalizando” a dicho “medio”, así como la tendencia a constituir subprofesionales controlados, y liderar las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud.

2.2.2 Modelo Médico Alternativo Subordinado.

En este modelo se integran las prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales”. Pero esta calificación no sólo connota una suerte de “pasado” cargado de valores, sino que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero que no solo no proceden del “pasado”, sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH, y que sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales.

Además, aquí se incluyen prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta fechas recientes al margen del sistema médico “occidental”, como la medicina ayurvédica o a la acupuntura y herbolaria chinas. Leslie ha demostrado que estos sistemas se organizaron profesional y hasta académicamente mucho antes que el sistema occidental, y que cumplieron también funciones de cura y control.

Ahora bien, la razón de agrupar en este modelo tanto estos saberes médicos como a la medicina curanderil urbana, o a fenómenos como la Dianética o las prácticas espiritistas, radica en que varias de ellas son claramente derivados del MMH, y porque las prácticas y saberes reciben cada vez más influencia de dicho

modelo hegemónico. Teóricamente puede llegar a ocurrirles el mismo proceso de apropiación que se produjo con la quiropraxia o con la homeopatía.

A partir de esto, es necesario reconocer que en este modelo se agrupan prácticas que presentan rasgos no homogeneizables y que incluso algunas no integran la totalidad de los rasgos estructurales a señalar. Al respecto, debemos decir que al manejar el concepto de modelo, asumimos que esto no implica la necesidad de recuperar el proceso global de cada práctica, sino de construir justamente un modelo que pueda dar cuenta de las mismas. Desde esta perspectiva, hay que señalar que el eje de esta “agrupación” radica en que dichas prácticas constituyen alternativas institucionales que el MMH ha tendido a estigmatizar, pero que en los hechos tiende a subordinar ideológicamente.

Los caracteres básicos de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia, tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión de los otros de su “saber y prácticas curativas”, y tendencia reciente a la mercantilización.

De esta enumeración se deriva que este modelo presenta una serie de rasgos idénticos o similares a los reconocidos en el MMH; más aún, supone la existencia de rasgos que tienden a la identificación. Estos operan integrados con otros caracteres considerados como conflictivos y hasta incompatibles respecto del MMH.

Un análisis procesal debería ayudar a discriminar cuáles constiuyen los rasgos no compatibles y a ver qué función alternativa cumplen. Aparentemente los caracteres más destacados en este sentido son la intensidad comparada de la eficacia simbólica y la sociabilidad, así como la intención globalizadora. Ajeno a entrar en la discusión de que el MMH también presenta fuertes rasgos de eficacia simbólica y en consecuencia implicancia de sociabilidad (caso del psicoanálisis según Levi Strauss o el planteamiento universalista de los símbolos según V. Turner), lo

cierto es que se necesitaría un análisis dinámico de esta alternativa. La información comparada de la que disponemos apunta sin embargo a señalar que los caracteres de complementación y subordinación, no de oposición, son los que tenderían a determinar este modelo.

2.2.3 Modelo de atención basado en la autoatención.

Denominamos así al modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parental o comunal, y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención supone desde acciones "conscientes" de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad (ver E. L. Menéndez, 1981 a y 1981 b).

Este modelo es estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención de la misma. Este modelo está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no solo curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para los grupos en que opera.

Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.

Los factores dinámicos que operan en la articulación y transformación de los procesos que dan lugar a la constitución de estos tres modelos se centran inicialmente en la dinámica del submodelo individual instituido en los países de capitalismo metropolitano en los siglos XVIII y XIX. La institucionalización de este modelo acompaña el desarrollo económico-político de las capas burguesas que justamente se apropian directa o vicariamente del poder entre 1750 y 1880. Todos los caracteres del MMH están saturados en niveles consciente/no consciente por concepciones ideológicas de esta burguesía en ascenso, de la cual forman parte los nuevos sectores de la pequeña burguesía independiente a la que pertenec la mayoría de los médicos.

Este modelo supone en consecuencia una serie de caracte-

rísticas que son isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista¹.

Es durante el período constitutivo cuando este submodelo formula y consigue imponer su concepción excluyente respecto de las prácticas operadas en el modelo alternativo. Pero esta exclusión se dará básicamente en términos ideológicos y funcionará secundariamente en términos técnicos y profesionales. El MMH necesita imponer su hegemonía, ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad; aún cuando solo pueda ser consumido por un sector relativamente pequeño de la población. Será básicamente este submundo el que se haga cargo inicialmente del proceso de hegemonización. Dada su identificación con los estratos dominantes y la apropiación de la enfermedad como mercancía, y en función del proceso señalado, será este submodelo el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación alternativas. La legitimación para estigmatizar al modelo alternativo la obtiene parcialmente por las funciones de control social e ideológico que potencialmente puede cumplir respecto del conjunto de los estratos sociales. Estas funciones se manifiestan a través de la práctica profesional "privada" y luego pública, y justamente será esta acción profesional la que oculte a los conjuntos sociales las funciones de control y legitimación que cumple el MMH. Los conjuntos sociales, aun los más explotados, ven en la práctica médica el paradigma científico, que además en el caso de la clase obrera organizada (sobre todo la de orientación socialista) se potenciaba con los criterios ideológicos positivistas que cada vez tendían a imponerse más en sus concepciones ideológicas.

Tanto la clase obrera como los dueños de los medios de pro-

¹ Su "racismo" será biológico y/o cultural, y expresará no solo una función ideológica de dominación sino también las limitaciones científicas del mismo. Al respecto, es importante revisar los libros de texto, sobre todo de "Anatomía descriptiva" y de "Anatomía patológica", a través de los cuales los médicos se formaron durante la segunda parte del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. Un exponente claro lo constituye el "clásico" manual de Testut (luego Testut y Latarjet) en el cual aprendieron anatomía generaciones de médicos franceses y latinoamericanos. Hasta la década de los 50 fue el manual más utilizado en las escuelas de medicina de la mayoría de los países latinoamericanos. Este manual está saturado de concepciones "racistas" que sin embargo pasaron como científicas en el proceso formativo profesional.

ducción y el Estado, requieren, por razones contradictorias y complementarias, de una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia, es decir, que contribuya a la reproducción y a la productividad de la mano de obra. Tanto el movimiento obrero como el Estado, o para ser más correctos algunos sectores de la clase dominante, plantean la necesidad de una "medicina pública" que se haga cargo eficientemente de las funciones que no cumple el profesional privado. Si bien desde mediados del siglo XVIII asistimos al desarrollo de una perspectiva estatal de la salud, será a partir de mediados del siglo XIX cuando el Estado de algunos países capitalistas comience a hacerse cargo sistemáticamente tanto de acciones asistenciales como de acciones sobre el medio, que posibiliten una vía de desarrollo, control y legitimación del sistema dominante. Como se señaló, serán algunos de los países capitalistas "avanzados", los que primero establezcan estas "políticas de salud", pero también las mismas operarán en algunos países de capitalismo dependiente, sobre todo en países de América Latina. El contraste entre legitimación ideológica y acciones prácticas de salud se hará más evidente en nuestros países, donde la estigmatización de las prácticas alternativas no puede ir más allá de la sanción ideológica, dado que son las condiciones mismas de los conjuntos sociales subalternos las que de hecho estimulan el desarrollo de las prácticas alternativas.

Por supuesto que este proceso se dará según las condiciones de desarrollo capitalista de los diferentes contextos; así, allí donde ese desarrollo lo posibilite, la relación entre expansión ideológica y expansión técnica será mayor. Esto lo hemos podido analizar respecto del caso yucateco.

No obstante las diferenciaciones señaladas, el desarrollo capitalista conducirá en todos los contextos a la emergencia del submodelo corporativo público, que tenderá a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área salud. Será este desarrollo, junto con la emergencia posterior del submodelo corporativo privado, los que harán emerger nuevos rasgos estructurales e incrementar tendencias secundarias del submodelo individual

privado. Así, la ‘sociabilidad’ de la enfermedad y la cura serán opacadas por un desarrollo epidemiológico que tiende a “naturalizar” dicha “sociabilidad”. Esta función tiene una racionalidad interna, fundamentada en el proceso económico-político en que opera, ya que la incorporación de lo social solo puede darse dentro de ciertos límites, más allá de los cuales se pone de manifiesto la concepción y producción sectorial y estratificada de la sociedad, así como la causalidad social tanto de los padecimientos, como de la atención médica.

La emergencia de los submodelos corporativos supone la posibilidad de conflictos entre los mismos y respecto del submodelo individual privado; pero el proceso conduce a una complementariedad de los primeros en algunos contextos, a la hegemonía absoluta del submodelo corporativo público en otros, y a la paulatina o drástica subordinación del submodelo individual, que puede conducir a su eliminación.

Esta situación de conflicto, complementariedad y subordinación, puede ser percibida en la relación del MMH con los otros dos modelos. Ya hemos señalado que la expansión del MMH era excluyente en términos ideológicos, fundamentando dicha exclusión en su identificación con la racionalidad científica y en un proceso de profesionalización legitimada por el Estado. También señalamos que en la mayoría de los países de capitalismo dependiente dicha exclusión no puede operar en los hechos prácticos de atención médica. Ni el número de profesionales médicos, ni paramédicos, ni las características del mercado, ni las políticas de inversiones en salud conducen, salvo concepciones, a la localización de estas prácticas en amplias zonas y respecto de determinados sectores sociales. Aquí, de hecho, dominan los otros dos modelos, aún cuando la hegemonía a nivel nacional se plantee excluyentemente en términos del MMH. Así, para México, un trabajo producido a principios de la década de 1960 y en el cual colaboraron J. Alvarez Amézquita y M. E. Bustamante sostenía que todavía para esos años el principal problema de atención médica en México lo constituía la vigencia de los “curanderos” y otros curadores similares que se estimaban en 185.000 aproximadamente (G. Schendel, 1968). Ahora bien, debe subrayarse que la extensión y permanencia de los dos modelos no hegemó-

nicos no es producto de resistencias contraculturales, salvo en contados casos; sino que los mismos se mantienen y reproducen por su relativa eficacia, por su reconocimiento social y por ser frecuentemente los únicos con que cuenta una parte de la población.

La expansión de los submodelos corporativos público y privado se verificará en la emergencia y/o acentuación de tendencias ya enumeradas, como en la extensión de sus prácticas a áreas y sectores subalternos. En el primer caso se evidencia una tendencia a la concentración monopólica, un aumento de las pautas de burocratización, la emergencia y el acentuamiento ulterior de la escisión entre investigación y práctica clínica, y la tendencia creciente a la medicalización. En el segundo caso, la expansión se expresará a través de formas directas e indirectas, de las cuales la más importante será el desarrollo de la medicina farmacológica, a la cual accederán los estratos subalternos, inclusive los más aislados, tanto en términos ecológicos como sociales.

Como ya se señaló, el MMH se instituye a partir de los estratos sociales urbanos, incluida la clase obrera². Tanto la ruptura de los mecanismos de atención comunal-familiar generada por el desarrollo del proceso productivo, como la pérdida parcial de la eficacia simbólica y la necesidad de salud de los trabajadores y de restauración de la misma, como las necesidades de control y productividad del sistema dominante, avalan la expansión y hegemonía del MMH. Esto es claramente perceptible en la situación yucateca, donde son los trabajadores de la transformación del henequén y los obreros del transporte de la fibra los que más tempranamente obtienen seguridad en la atención mé-

² Una expresión de esta situación, y en particular de las referencias a la clase obrera, la tenemos en la "lucha" profesional emprendida por médicos y farmacéuticos contra el opio en el país capitalista de punta de mediados del siglo XIX, Inglaterra. A partir de la segunda mitad de ese siglo esta lucha se acentuó hasta lograr que los profesionales tuvieran el control absoluto sobre la prescripción y venta de dicha droga. Como actualmente sabemos, el mayor consumo de opio no se daba entre las clases dominantes o entre "los artistas e intelectuales", sino en la clase obrera, para la cual cumplía varias funciones, entre otras curativas. Los análisis actuales reconocen que la mortalidad por consumo de opio era muy baja, para el lapso 1848-1869 se calcula en 5 a 6 personas por millón de habitantes, una cifra casi inexistente si se compara con la mortalidad por cirrosis. El control del opio básicamente apuntaba a asegurar el monopolio profesional, sobre todo respecto de la clase obrera.

dica "científica", exigida por otra parte por ellos como una conquista social. Serán también los trabajadores ligados a la explotación henequenera, en este caso la producción directa de fibra, los que después obtengan una asistencia global por parte del Estado (Servicios Rurales Corporativos). Las demandas de los sectores laborales de mayor desarrollo organizativo y con mayor incidencia en el crecimiento del producto interno (PBI), las necesidades del sector empresarial privado y del estatal, así como la búsqueda de legitimación de un Estado "populista" que busca fundar un nuevo consenso ideológico, se expresan en la expansión del MMH.

En el caso mexicano en su conjunto, esta expansión se acelerará desde la década de los 50 en adelante, tanto en los mecanismos directos (servicios de salud) como indirectos (venta de medicamentos de patente; medicalización de los modelos alternativos). Esta expansión supone la subordinación y marginación, no solo ideológica, sino práctica de los otros modelos; aún cuando en el caso mexicano algunas prácticas presenten una extraordinaria capacidad de permanencia (nos referimos a las parteras empíricas). Pero esta permanencia debe ser relacionada con los procesos transaccionales que operan entre los tres modelos; en ellos se da una transformación conjunta a partir de la incorporación dinámica, por los "modelos subordinados", de cada vez mayores elementos prácticos e ideológicos del MMH.

En el caso de Yucatán, hemos documentado cómo los curadores "tradicionales" utilizan ya desde la década de los 30, medicina de patente en sus prácticas curativas, incluso para enfermedades "tradicionales". Estudios realizados sobre curadores "tradicionales", aún en pequeñas comunidades de menos de 1.000 habitantes, evidencian no solo la existencia de tiendas de medicamentos de patente en las mismas para la década de los 50, sino la frecuencia de la prescripción de los fármacos por parte de estos curanderos.

Esto se hace aun más manifiesto respecto de la expansión del MMH sobre el modelo de autoatención. Para la década de los 30 hallamos en el medio rural yucateco el uso de fármacos en las pautas de automedicación; la década de los 40 incorpora tempranamente el uso de la penicilina, y ya para la década de los 50

se habla de una "luvia de medicamentos" sobre la población en su conjunto, incluidas las de las áreas rurales. Señalemos que esta "lluvia" supuso la utilización de drogas psicotrópicas, que incluso son prescritas por curadores "tradicionales". Los datos indicarían que para Yucatán el inicio del aumento de expendios de medicamentos se da a partir de los 40; crece lentamente en las décadas posteriores, para incrementar su desarrollo en los 70. Es durante este período que la campaña contra el paludismo penetra profundamente en Yucatán, al igual que en otras áreas nacionales, y no solo genera acciones de saneamiento sino que forma personal local para la detección de casos y para el desarrollo de acciones antipalúdicas. Se estima que en México alrededor de cincuenta mil (50.000) personas fueron adiestradas para la puesta en marcha a nivel comunal de dichas tareas (ver E. L. Menéndez, 1981 b).

La expansión del MMH sobre los otros modelos se realiza a partir de las funciones ya señaladas, y de una función que iniciada en la década de los 30 cobra una aceleramiento espectacular en las décadas de los 60 y 70; nos referimos a la importancia económica que tiene la "industrias de la salud" para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas. Pero junto con estas funciones, deben tomarse en cuenta las de eficacia real y simbólica que las prácticas de la medicina científica evidencian también a partir de la década de los 30. El descenso de las tasas de mortalidad en algunos países de capitalismo dependiente, es correlativo a la expansión directa o indirecta del MMH, sobre todo en las primeras etapas del descenso. Además, más adelante cumplirán funciones de "mantenimiento", al disminuir la letalidad de la morbilidad por una parte o por la disminución y el control de estados crónicos de "malestar". El autocontrol social y psicológico con Diazepan o Librium tiene tanta importancia como la contención oscilante del paludismo o el abatimiento de la letalidad de padecimientos respiratorios agudos con antibióticos. La hegemonía del Modelo Médico trata de mantenerse aun a través de la actual situación de crisis. Esto se manifiesta no solo en la apropiación de la quiropraxia, la acupuntura o la homeopatía sino en el intento de control y subordinación a través de los denominados "planes de extensión de cobertura". Debe subrayarse que este

proceso de hegemonización no se da en forma mecánica y unilateral, ya que supone conflictos y la eventualidad de un cuestionamiento radical al MMH.

- 2.4 La expansión del MMH se caracteriza entonces por:
- el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud, y por una función cada vez más directa del Estado;
 - el desarrollo de un proceso de profesionalización que puede ser diferenciado en dos etapas: una correspondiente al profesionalismo liberal, referida casi exclusivamente al médico y una segunda, que corresponde al desarrollo de los submodelos corporativos y que supone la emergencia de un tipo de profesional ligado directamente al control, la planificación y la administración;
 - el desarrollo de una tendencia en las prácticas curativas que van desde las actividades artesanales de bajo costo, a una organización industrial de la atención médica que supone un constante incremento de los costos en salud;
 - el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos respecto de la eficacia simbólica dominante en las primeras etapas;
 - la ampliación de la medicalización y la demanda de las prácticas de este modelo por cada vez mayores sectores de la población, incluido el conjunto de las clases subalternas.

Si bien la expansión del MMH ha entrado actualmente en crisis, la misma debe ser leída a través de dos hechos: a) el reconocimiento de una determinada eficacia en el control efectivo o potencial de determinados problemas epidemiológicos; b) el reconocimiento de que el proceso señalado ha conducido a la transformación dialécticamente irreversible de los otros modelos.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre Beltrán, G., 1965: *Los programas de salud interpretados en la situación intercultural*, I. N. I., México.
- 1973: *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, I. N. I., México.
- Barofski, I., 1978: "Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care", en: *S.S.&M.*, 12 A: 369-76.

- Berlinger, G. y otros, 1974: *Crisi della medicina. Proposte de iniziativa politica di massa*. Editori Riuniti, Roma.
- Caro, G., 1972: *La medicina impugnada. La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista*, Laia, Barcelona.
- Cochrane, A. L., 1972: *Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health Service*. The Uniffield Provincial Hospital Trust, London.
- Collado, R., 1976: *Médicos y estructura social*, F. C. E., México.
- Corea, G., 1977: *The Hidden Malpractice: How American Medicine Mistreats Women*, Jove, New York.
- Dobkin de Ríos, M., 1971: *Curanderismo con la soga alucinógena (ayahuasca) en la selva peruana*, A.I. 31 (3): 575-91.
- Dunnell, K. y Cartwhigh, A., 1972: *Medicine Takers, Prescribers and Hear-dess*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Fee, E., 1975: "Women and Health Care: A comparison of theories", en: *I. J. H. S.*: 5 (3): 397-415.
- Finkler, K., 1977: "El cuidado de la salud: un problema de relaciones de poder", A.I. 37 (2): 435-55.
- Foucault, M., 1976: "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en: *Educación Médica y Salud*, 10 (2): 152-70.
- 1977: "Historia de la medicalización", en: *Educación Médica y Salud*, 11 (1): 3-25.
- Freidson, E., 1977: *La profesión médica*, Península, Barcelona.
- Fuchs, V. R., 1974: *Who Shall Live?*, Basic Books, New York.
- Hyde, G., 1979: *El servicio de sanidad soviético. Estudio histórico y comparativo*, Akai Editor, Madrid.
- Illich, I., 1975: *Némesis Médica. La apropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona.
- Leslie, Ch. (Edit.), 1976: *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Univ. Calif. Press, Berkeley.
- Mckeown, Th., 1976 a: *The Modern Rise of Population*, Academic Press.
- 1976 b: *The role of medicine. Dreaan, mirage or nemesis?*, The Nuffield Provincial Hospitals Truts, London.
- Menéndez, E. L., 1978: "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en: F. Basaglia y otros, *La Salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, Nueva Imagen, México.
- 1979 a: *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Nueva Imagen, México.
- 1980: *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional"*, Cuaderno Nº 32 de la Casa Chata, México.
- 1981 a: "La automedicación y los medios de comunicación masiva", en: *Cuadernos Médico-Sociales*, Nº 15: 23-32, Rosario (Argentina).
- 1981 b *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- Navarro, V., 1978: *La medicina bajo el capitalismo*, Grijalvo, Barcelona.
- Newell, K. W. (Edit.), 1975: *La salud para el pueblo*, O. M. S., Ginebra.
- Olatunde, A. y otros, 1979: *Self Medication: Benefitss, Precautions and Dangers*. The Mac Millan Press, Hong Kong.
- Press, I., 1971: "The Urban Curandero", en *A. A.* 73 (3): 741-56.
- 1978: "Urban Folk Medicine: A Functional Overview", en: *A. A.* 80 (1): 71-84.
- Rabin, D. L. y Busch, P. J., 1974: "The use of medicine: historical trends and international comparisons", en: *I. J. H. S.* 4 (1): 61-88.
- Robinson, D. y Henry, S., 1977: *Self-Help and health, mutual aid for modern problems*. Martín Robertson, London.

- Ruitembek, H., 1970: *The New Groups Therapeutic*. Aron Books.
- Schendel, G., 1968: *Medicine in Mexico. From Aztec to Betatrons*. Univ. of Texas, Austin.
- Schutz, W., 1978: *Todos somos uno. La cultura de los encuentros*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Sepúlveda, O., 1966: "Research on Behavioral Science and Medicine in Latin America", en: *The Milbank Memorial Fund. Quart.* 44 (2): 52-72.
- Solien de González, N., 1965: "Medical beliefs of the urban folk in Guatemala", en: *A.I.* 25 (3): 321-28.
- Sommers, H. M. y Sommers, A. R., 1962: *Doctors, Patients and Health Insurance*. Doubleday, New York.
- Velimirovic, B. (Edit.), 1978: "La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza". *Public. Científica* N° 359, O. P. S., Washington.
- Viesca, C., 1979: "Problemática y vigencia de la medicina tradicional", en: *Estudios del Tercer Mundo* 2 (4): 635-44.
- Wallis, R. y Morley, P. (Edit.), 1976: *Marginal Medicine*. The Free Press, New York.
- Waitzkin, H. y Waterman, 1974: *The exploitation of illness in capitalism society*. Bobbs Merrill, New York.
- Zola, I. K., 1978: "Medicine as an Institution of Social Control", en: J. Ehrenreich (Edit.), *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. Monthly Review. Press: 80-100.

**LA FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD
DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCION
PRIMARIA DE LA SALUD**

(Mesa redonda)

COORDINADOR:

Dr. Daniel Grill

*De la Dirección de Capacitación Profesional Técnica
de la M. C. B. A.*

PANELISTAS:

Dr. Fernando Rodrigo

*Jefe de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud
Pública de la Provincia de Buenos Aires.*

Dr. Raúl Valli

*Director de Capacitación Profesional y Técnica de la
Secretaría de Salud Pública de la M. C. B. A.*

Dr. Mario Testa

Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la U. B. A.

Dr. Fernando Matera

Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la U. B. A.

Dr. Grill. — Voy a citar a manera de ejemplo una conversación que escuché en la TV en estos días, que ejemplifica muy bien la dificultad para entender lo que se nos pregunta y qué significa exactamente cada palabra. El diálogo era entre un periodista y un funcionario de la provincia de Buenos Aires, médico. El periodista, hablando del panorama de las inundaciones en el oeste de la provincia decía textualmente: "Se ha dado orden de evacuar a 900 habitantes de Beruti, la crecida de la Salada amenaza con cortar las vías de acceso terrestres a Pehuajó. Se han perdido millones de australes en las cosechas, y nosotros queremos preguntarle al Dr. ¿cómo es el estado de salud de la pobla-

ción? El funcionario, con la mejor de las intenciones le dice: "Debo decirle que el estado es excelente, que no ha habido ninguna denuncia de enfermedades, y que más que excelente, la situación es óptima porque la población nunca ha tenido tantos médicos a su disposición como ahora". Queda claro, lo que muchos médicos entendemos por salud; esta cuestión de ausencia de microbios y abundancia de médicos, parece ser que nos alcanza para definir que alguien está sano.

Dr. Rodrigo. — El departamento que tengo a cargo no se ocupa de la formación de recurso humano no profesional; el Ministerio de Salud tiene una Escuela Superior de Sanidad, donde se forman enfermeras, técnicos y visitadoras sociales. Como no hemos logrado una buena articulación con esa escuela, no podría decirles mucho de cómo están trabajando.

Desde el Ministerio de Salud, pensamos que la formación del recurso humano para A. P. S., debería comenzar en el pregrado; por ello en el año 1985 se firmó un convenio con la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, donde el Ministerio de Salud ponía a disposición de la Facultad la estructura docente de medicina general, o sea todas las residencias de medicina general que funcionan en el Gran Buenos Aires con una estructura docente formada por el instructor de la residencia. Esto causó bastante revuelo. En la Facultad contábamos con el apoyo del centro de estudiantes, del centro de graduados y con la minoría del claustro de profesores. Se decidió integrar en tres grandes clínicas todas las subespecialidades; eso generó más conflicto todavía, porque un profesor de urología de ninguna manera quería quedar bajo la órbita de un profesor de cirugía general. Se discutió hasta lograr el objetivo final, y el 1º de julio de este año voluntariamente el que desee, puede integrarse a la residencia de medicina general como formación del pregrado.

Nos encontramos con un graduado que centra la atención en la salud especializada, un consumidor de tecnología, pero ese tipo de médico no nos sirven para hacer A. P. S. Para hacer A. P. S. hay dos caminos, que no son antagónicos incluso pueden llegar a ser complementarios. Como principal recurso vemos al médico general. Tuvimos bastantes problemas para emprender la marcha de la residencia en medicina general, porque faltaba una

cosa fundamental que es el modelo médico claro, preciso. Había claridad solo de los fines que tenía el médico general, pero costaba mucho hacer bajar esa idea de la superestructura al terreno. Si creemos que desde la práctica es de donde se van construyendo las cosas adecuadamente, nos faltaba una pata de la mesa. La manera de solucionarlo por convicciones filosóficas, fue con la participación comunitaria que en este caso eran los residentes, que empezaron a participar con nosotros en la planificación, elaboración, y en control de la residencia de medicina general.

En marzo de 1983, en el gobierno de la dictadura todavía, el porcentaje de médicos generalistas que se llamaron fue del 1,5 %; en el año 1986 subió a un total de 26,5 %. En el recurso humano profesional de A. P. S., sumamos al médico general, a salud mental. En este caso tenemos egresados de psiquiatría solamente, pero tenemos también residencia de psicología, e incorporamos este año las residencias de servicio social.

Si sumamos los porcentajes de medicina general, de psiquiatría que es del 6 %, el de psicología que es del 23 % y el de servicio social que es del 18 %, tenemos que más del 50 % de los llamados a concurso son para recursos humanos destinados a la A. P. S. Queremos demostrar claramente que la base de la pirámide del recurso humano destinado a la atención de la salud de la comunidad en general, está bien aplicada en lo que tiene que ser, A. P. S. en el primer nivel de resolución.

Dr. Valli. — Existen dos sistemas o formas de encarar la A. P. S., una es sobre la base del médico generalista y la otra sobre la base tradicional de la conjunción de clínicos, pediatras, y tocoginecólogos. No se contraponen un sistema al otro, e incluso pueden convivir en forma armónica.

Por ahora, dentro del sistema municipal estamos estructurados sobre la base del pediatra, clínico y tocoginecólogo, con serias dificultades dentro del perfil que estos profesionales deben tener y de las responsabilidades que deben asumir. La buena calidad de la A. P. S. debe asegurar un médico de cabecera responsable no solo de curar enfermedades, sino de asegurar la salud, de promover la salud, de promover el autocontrol, y ser un verdadero agente sanitario. Hacia esto básicamente estuvimos orientados dentro de las políticas de la municipalidad en los últi-

mos años, tratando de encontrar el mecanismo por el cual, tanto el pediatra como el clínico, como el tocoginecólogo, aseguren en su función el cuidado integral de la salud de sus pacientes, y que dentro de este sistema de atención médica el especialista tenga un rol de asesor ante situaciones especiales y de alta complejidad. Nuestro sistema está montado de forma tal, que los especialistas han ido invadiendo, fundamentalmente en el área clínica médica y en el área de la pediatría, roles y funciones que son exclusivas y específicas del médico general, por espacios que este médico general por comodidad o por otras razones ha ido dejando. Digo otras razones, porque esto también ha llevado a una superpoblación de especialistas que no logran insertarse dentro del equipo de salud en forma neta en el rol específico, sino que hacen la especialidad como una actividad más de una medicina general que siguen ejerciendo, convirtiéndose desde la especialidad en los médicos de cabecera de sus pacientes.

Como primer propuesta de cambio a esto, y ya hace de esto más de dos años, pusimos como exigencia que el acceso a las especialidades se haga desde las grandes bases de la medicina, desde la clínica, la pediatría y la tocoginecología. Esto que parece una cosa simple nos ha producido, en los dos últimos años, un gran cambio dentro de lo que son los aspectos vocacionales de los profesionales jóvenes que se están capacitando en el sistema de posgrado, con una disminución importante de postulaciones a las especialidades médicas, y una mayor cantidad de profesionales trabajando dentro del área relacionada con la medicina general. Se produjo un sistema de selección muy particular; me acuerdo que el año 1985, que fue el último año que hubo ingreso directo a las especialidades, neurocirugía tenía un número importante de postulantes: para un total de siete vacantes había cincuenta inscriptos; al año siguiente aquel que quería postularse como neurocirujano, debía hacer un entrenamiento previo en cirugía general; el año pasado ingresaron a cirugía general todos los que se presentaron a residencia, no hubo limitante que haya dejado gente afuera. Cuando este año llamamos a concurso para neurocirugía, después de un año de cirugía general, nos encontramos con la sorpresa, no tanta, de tener un solo inscripto. Todo esto está relacionado con el rol-función que el neurocirujano tiene

dentro de la sociedad y la capacidad laboral posterior que ni la Facultad, ni las escuelas de medicina aclaran puntualmente a lo largo de la carrera.

El egresado de la Facultad de Medicina no está en condiciones, con el conocimiento que tiene, de definir adecuada y acabadamente cuál va a ser su rol profesional posterior, sino que esto lo va a hacer mejor desde dentro del sistema, funcionando ya en la atención médica real.

La segunda acción que iniciamos desde la Dirección de Capacitación, fue reforzar las actividades relacionadas con la A. P. S. En este momento las normas que manejan las residencias básicas, exigen no menos de un 50 % de actividades curriculares dentro de la residencia, destinados a la atención ambulatoria, y estuvimos realizando el esfuerzo necesario en estos dos últimos años, para darle a esas actividades contenido, supervisión y programación. Se han designado profesionales en cargos de instructoría en todas las áreas ambulatorias.

Como último paso, a partir de este años se ha prolongado un año más la residencia de clínica médica y de pediatría, junto con cirugía general, destinado exclusivamente a atención ambulatoria y de urgencia; todo un año de consolidación de la actividad que han desarrollado los residentes en un sistema, completando su formación a través de una rotación por distintos servicios de especialidades. Este año es obligatorio para los que ingresan en la municipalidad en la promoción actual del 1987, y aquellos que están en el sistema en este momento tienen la opción de hacer el cuarto año o de salir con el tercer año, igual la residencia la tienen aprobada dado que ellos habían ingresado con un compromiso y un programa distinto.

A esto agregamos este año, un tercer paso, que es tratar de crear para la medicina de urgencia, un personal calificado que sea capaz de resolver los primeros niveles de atención del paciente crítico. En el hospital: en el servicio de urgencia, y fuera del hospital en los sistemas de cobertura de la calle, para capacitar en los aspectos de la atención general de la urgencia y en la conducción y coordinación del equipo de guardia con respecto a la toma de decisiones ante problemas polivalentes y críticos.

Con respecto a la formación de profesionales técnicos y de enfermería, es un tema que en este momento tenemos en pleno estudio. De nuestra dirección depende la escuela de enfermería. Tenemos dos sistemas de formación, el de auxiliares de enfermería y el de enfermeras profesionales, pero estos dos sistemas son tan estancos, que el auxiliar de enfermería que luego quiere continuar con la carrera de enfermería profesional, está en las mismas condiciones que el que viene de la calle sin ninguna experiencia previa; no hay sistemas de complementación entre profesiones como instrumentadoras quirúrgicas con asignaturas comunes en cantidad importante con enfermería. Nuestro sistema se ha dimensionado con enfermeras auxiliares muy volcadas al grado profesional de enfermería, por una inadecuada diferenciación de los roles. Esto ha llevado a que la enfermera termine metamorfeándose con el auxiliar; es algo que debemos tratar con profundidad buscando una nueva forma de capacitar a nuestro personal de colaboración dentro del equipo de salud como el personal técnico y de enfermería.

Dr. Testa. — Mis pensamientos con respecto a estos temas exceden una visión parcial; en primer lugar porque no pueden ser vistos en forma aislada, sino dentro de una totalidad que abarca cosas sumamente complejas.

¿Qué tiene que ver todo esto, con lo que estamos discutiendo en el ámbito general del país en este momento? Espero que el Dr. Matera después me lo aclare. Tiene una relación estrecha, importante, fundamental y que no puede ser dejada de lado en nuestra reflexión, para poder realmente entender en qué negocio estamos metidos.

Formación de recursos humanos para A. P. S., esto quiere decir por lo menos dos cosas, prestación de servicios de salud por una parte, formación de recurso humano por otra. Acá hay funcionarios públicos, que forman parte de la conducción de la salud en el país, en la municipalidad, en la provincia, que saben perfectamente que las decisiones que se toman con respecto a los servicios que se prestan, históricamente no tienen absolutamente nada que ver con la formación de recurso humano en el país. Este es un problema que si no se resuelve, no veo cómo

se puede hablar sensatamente de la formación de recurso humano para A. P. S.

A. P. S. se quiere entender como una política bien intencionada, que intenta llevar salud a los que no la tienen, que está inserta dentro de una política de ámbito mundial la cual los organismos internacionales (la OMS, y para nosotros la OPS) han postulado con diversos nombres, como extensión de cobertura o en el programa más conocido o más propagandizado como la meta de salud para todos en el año 2000, que se realizaría precisamente a través de una estrategia de A. P. S. que incluye entre otras cosas esa entelequia que se llama participación comunitaria. Muchos problemas en unos pocos nombres, demasiados.

Quisiera señalar algunas dificultades enormes que hay en estos términos; pienso en A. P., esto querría decir que por lo menos hay alguna que no es primaria, pero tal como están planteadas las cosas, esta A. P. S. está siendo diseñada de una manera tal que se transforma en la única atención que algunos grupos de la sociedad podrían recibir en determinadas condiciones. En esas circunstancias esto no es una A. P. S., sino es lo que llamo "atención primitiva" no primaria, porque es la única forma de atención con recursos que no pueden atender todos los problemas que puede presentar un paciente; que están destinadas a poblaciones marginales, periféricas o como se las quiera llamar. En mi sentir, la A. P. S., solo puede tener un significado importante: ser el primer contacto de un paciente con el sistema de salud; no tiene sentido, a mi juicio, hablar de A. P. S. si no se hace una referencia concreta a lo que es el servicio total que un paciente puede estar en condiciones de recibir. La A. P. S. debiera ser entendida como la puerta de entrada de un paciente al sistema de salud, que es el primer contacto, que es el que define cuál va a ser la circulación del paciente dentro del sistema. Muchos problemas también en esto, porque no hay un único sistema de salud ni en nuestro país, ni en muchos países; esto nos lleva a pensar lo que llamo "condiciones históricas", el contexto en el cual se plantean estas cuestiones.

Pocos países en el mundo tienen sistemas únicos de salud; que permitirían darle un contenido muy concreto a la A. P. S.; la mayoría de ellos son países socialistas o social-demócratas. Hay

que estudiar cuáles son las relaciones que existen entre los sistemas de salud y los tipos de países que podemos contemplar. Haría una clasificación muy sencilla: Países socialistas [socialismo maduro (U. R. S. S.); socialismo incipiente (Cuba)]. Países capitalistas [capitalismo avanzado liberal (EE. UU.); capitalismo avanzado social-demócrata (Suecia); capitalismo subdesarrollado y dependiente (Argentina entre otros de América Latina, Africa y Asia)].

Estas distintas categorías tienen distintas formas de organización de sus sistemas de salud. En general los países socialistas tienen sistemas únicos, que están estrechamente interconectados en distintos niveles de servicios, donde cada paciente que entra a través de una de las puertas de entrada diseñadas, sabe o es enviado adonde tiene que ir, en el nivel de complejidad que resuelva el problema que presenta. En los países socialdemócratas del capitalismo avanzado, el sistema funciona de una manera bastante similar a los países socialistas; puertas de entrada prefijadas, mecanismos de circulación predeterminados, resolución según niveles de complejidad; tal vez la única diferencia que exista sea que no hay una sola institucionalidad sectorial, sino que hay dos o a lo sumo tres (un subsector público, un subsector privado, un subsector semipúblico). En los países del capitalismo avanzado liberal, la multiplicidad ya es muy grande; domina la tendencia liberal, los sistemas no son organizados, sino que se definen a partir de la característica central de estos países, que es su liberalismo en el sentido que dominan los mecanismos de oferta y demanda en esto que podría ser considerado el mercado de salud; que en estos países tiene un marcado sesgo comercialista. "Lo que le interesa es ganar mucho dinero", diría un capitalista; "apoderarse del excedente del plus-valor", diría un marxista. Estos no son mercados económicos tradicionales, porque la oferta está definida por el prestador de la atención y es la que domina totalmente el mecanismo de demanda; quiere decir, en otros términos, que un paciente que ingresa a uno de estos sistemas de salud no sabe ni siquiera qué es lo que demanda; demanda lo que el médico dice que debe demandar, creando complicaciones que han sido denunciadas. El último caso es el del capitalismo subdesarrollado y dependiente, cada vez más sub-

desarrollado y dependiente, que es nuestro caso, que está dentro de los países capitalistas, pero se opone dentro de un eje a los países avanzados, se enfrenta porque es subdesarrollado, pobre y además dependiente; ¿qué quiere decir que es dependiente?, que copia acríticamente, sin pensar, lo que le parece que está bien de cualquier otro ejemplo; copia el centro de salud soviético, la medicina comunitaria de EE. UU., el sistema de seguridad social europeo y cualquier otra cosa que se le ponga por delante; ahora señores, copiamos la A. P. S.

Esto no hace otra cosa que agregar caos al caos existente; en consecuencia, tiene que ser repensado, ponernos en la situación en que estamos: que es que tenemos que ir todos los días a la Plaza de Mayo para que no nos corten el cogote.

Dr. Matera. — Cuando hablaba el Dr. Testa pensaba que el modelo tradicional de mesa redonda, hubiera sido que todos expusiéramos una definición medio ajustada de lo que es A. P. S. Ustedes se hubieran quedado muy convencidos de nuestro mensaje e incluso hubieran tomado apuntes. La verdad, ese era el objetivo tradicional del buen docente, que todavía está predominando en nuestro medio.

Me ha parecido muy bien que Testa haya dejado de venerar el término A. P. S. Hay que respetar todos los términos, pero cuando se lo llega a venerar, sin conocer profundamente es un tanto peligroso. Hace ocho años, creo que fue en el año 1978, un grupo de docentes de muy buena voluntad se reunió en un pueblito de Rusia, y diseñó una estrategia con el término de A. P. S. En esa famosa definición, que incluso no está muy clara, está la primera expresión, la visión totalizadora de la medicina.

En términos generales estamos de acuerdo, porque realmente la medicina positivista mecanicista que tomó como base conceptual filosófica, la metodología de las ciencias naturales, evidentemente no sirve para la concepción de las necesidades humanas, de la medicina en general; que por lo tanto exige una nueva metodología dentro del método científico. Pero cuando en este momento se está haciendo una crítica al método de la filosofía positivista, cuando se enfrentaron los problemas físicos desde la misma física, nos estamos quedando bastante atrasados, por lo menos en dos o tres décadas. Hay que pensar la medicina con un

método científico moderno. Esto quiere decir una parte de la declaración de Alma-Ata, en que se habla de la promoción de la salud; quién no va a estar de acuerdo en considerar primero la salud y después la enfermedad; después se propone una cobertura total de los servicios de salud, y como elemento muy importante la participación de la comunidad.

La participación de la comunidad es mi ideario político-social. Cuando se habla de un plan para resolver las necesidades de la comunidad, hay que pensar también en la democratización, teniendo como elemento fundamental el respeto a lo que piensa cada miembro de la comunidad, devolviéndole el derecho para que en primer término piense en sus propias necesidades. Quizás esta sea la clave que haga decir a muchos políticos hoy, que ellos están detrás del pueblo, que el pueblo ha madurado más que ellos; y es cierto, en un momento determinado hubo movilizaciones populares que hacían diagnóstico de la realidad, que los políticos no pudieron hacer. Todos nos movilizamos, para definir las normas, por las cuales se decidió en este país que se iban a defender los derechos humanos; pero esto no fue de golpe, fue necesario una CONADEP que estudiara profundamente el caso, que escribiera un libro haciendo la denuncia del "Nunca más". Eso nos dio la doctrina, que nos incorporó a muchos, los elementos para que en este momento tuviéramos la convicción para movilizarnos; realmente determinó uno de los momentos más trascendentes de la historia argentina.

El problema de la salud, la A. P., o la forma más honesta de presentar una estrategia de salud, tiene mucho que ver con la defensa de los derechos humanos, con la participación y con la movilización popular.

Hay dos modelos genéricos de medicina, una medicina positivista científica, que estudia al ser humano por sus partes, que ha llegado a tener una implicancia fundamental en el descubrimiento de muchas áreas de la patología; es una medicina con la cual muchos han accedido al premio Nobel, pero tiene un defecto fundamental: se ha vendido a un sistema que no es justo y que socialmente no resuelve la mayor parte de los problemas de la humanidad. Si a la A. P. S. no la relacionamos con la región donde queremos resolver el problema, no la vinculamos con el poder

médico que existe en ese lugar, con la situación política; la A. P. S. dicha aisladamente como concepto genérico, tiene poca trascendencia. Este modelo que les decía, está vendido a una estructura por la cual, cuando se integra la prestación de servicios con la formación de recursos humanos, cuando se integran los que prestan servicios con la comunidad, existe una vidriera donde se vende un tomógrafo, medicamentos, aparatos para hacer análisis, y enfrente está la comunidad que se ve obligada a comprar lo que no necesita y a dejar de adquirir lo que necesita. ¿Cómo podríamos convencer a quienes administran la salud y a quienes disponen de los recursos, a las obras sociales, a los dirigentes sindicales, a los políticos, que realmente tenemos que preguntarle a la comunidad qué es lo que necesita, qué es lo que le gustaría? A toda madre le gustaría tener un médico en un centro de salud que atienda el teléfono, y preguntarle una cosa que tal vez no requiera la consulta inmediata; sería muy instructivo que se modificara la comunicación. Cuanto más grande es la institución prestadora de salud, más se despersonaliza la atención. Desarrollar y entrenar la habilidad social, como la capacidad de vincularse los seres humanos entre sí, es una de las soluciones más trascendentes que pueda tener el equipo de salud que se incorpore en la estrategia de A. P. S.

La promoción que está alentando la OMS es útil, pero tiene que adaptarse a cada situación. Filosóficamente la declaración de Alma-Ata es adecuada, pero no la podemos superponer automáticamente en todos los lugares, hay que estudiar las condiciones, todos los factores que intervienen, para que en un momento determinado uno pueda diseñar un plan operativo en salud.

Público. — Vemos que han habido cambios en la formación del recurso, pero ¿cuáles han sido los cambios en el sistema de salud? Porque estamos formando médicos generales, pero todavía no parece muy claro qué inserción tiene ese médico general en el conurbano o en la Capital; no parece estar hecho el sistema, y el recurso como una demanda de ese sistema, sino que aparecen como cosas aisladas.

Dr. Rodrigo. — En cuanto al sistema, el Ministerio de Salud de la provincia tiene una dirección de A. P. S. que maneja alrededor de 120 ó 130 unidades sanitarias que están ubicadas fun-

damentalmente en el conurbano; esos son los lugares donde el médico general de la residencia va a ir a trabajar; el médico general debe estar inserto en la estructura del Estado. En la provincia de Buenos Aires, la ley que rige la carrera profesional, no tenía contemplado a los médicos con dedicación exclusiva; se modificó, fue sancionada a principios de este año. La ley no se puede poner en marcha porque no está reglamentada; la manera que tuvimos de quedarnos con el residente dentro del sistema, esperando a que se pueda aplicar la ley, fue la creación de pos-residencias en A. P. S.; esto significa que el residente de medicina general que termina su residencia el 30 de abril, empieza a trabajar el 2 de mayo como médico en unidades sanitarias siguiendo todos los lineamientos que tiene la dirección de A. P. S.

Dr. Valli. — La experiencia que empezamos a hacer de medicina general hace dos años, hizo una especie de modelo operativo en pequeña escala y fracasó, porque no contábamos con un área de prestación que siguiera con este modelo de atención médica. Tratando de revertir esto, este año no convocamos a residencia de medicina general, y estamos haciendo el esfuerzo de crear esa área dentro de la municipalidad, para que cuando exista, se consolide, y tenga un rol definido dentro del sistema de atención médica, podamos llamar nuevamente a la residencia de medicina general.

Dr. Matera. — La visión desde la Universidad, sobre la formación de recursos humanos para los servicios de salud, era que no sabíamos realmente qué tipo de médico teníamos que preparar, qué tipo de enfermera, qué rol tiene la kinesióloga, cuál era el rol de todos los integrantes del equipo de salud que se forman en la Facultad de Medicina, si bien teníamos un marco teórico y conceptual bien definido. Los chicos se pasan seis años dentro de la Facultad de Medicina, y no terminan con un entrenamiento que sea una garantía para todos los pacientes; la mayoría de los médicos no saben resolver el 80 % de los problemas, salvo aquellos con sentido común que los resuelven sin haber pasado por la Facultad de Medicina. Es muy importante que se integre la estructura que presta los servicios de salud con la Facultad de Medicina.

Nuestra visión, es la necesidad de revertir este sistema de salud, que no es un sistema como tal, que está imbuido de una irracionalidad total, que está condicionado por intereses que no tienen que ver en nada con la salud. Sus conductas resultantes no son para resolver los problemas de los pacientes, sino que responden más a intereses concretos de otros sectores; es muy importante tomar conciencia de esto, porque por más buena voluntad que quieran tener los docentes de la Facultad de Medicina, si no están integrados con quienes prestan los servicios, si no tienen claro los objetivos de qué servicios se deben prestar, si no tienen la comunicación con la comunidad para tener la relación adecuada para que actúe con un sentido adecuado para resolver problemas. Se invierten una cantidad de recursos, se confía en la vocación de una cantidad enorme de adolescentes que son reivindicativos, que quieren ayudar a la comunidad, a la sociedad, y pasan por la Facultad de Medicina donde de entrada le muestran un cadáver y no ven un paciente hasta tercer o cuarto año. Esto hace que gran parte elija como forma de vida una actitud cínica, de sometimiento. Todos estos elementos, que tienen un carácter anecdótico, son sustanciales para poder comprender, cómo una entidad formadora de recurso humanos debe realizar sus planes para lograr sus objetivos.

Dr. Rodrigo.— La sensación que todos tenemos es que la cantidad de médicos es excesiva, y la realidad es que muchos sectores de la población no tienen un fácil acceso a la atención médica; eso se ve claramente en el conurbano. Las explicaciones pueden ser varias; una de ellas es que el recurso humano con que contamos no desea realizar este tipo de tarea médica, que es muy notable en la cantidad de renunciaciones de médicos que trabajan en áreas sanitarias. En algún momento era alarmante: en los últimos tres meses del año 1986 era de un médico de las tres especialidades básicas día por medio. No creemos que el individuo para esa tarea sea el médico general.

Público.— En privado no se puede hacer A. P. S., porque considero que es algo multisectorial, que el médico privado no lo puede hacer; el estado es el responsable de la salud de la población. ¿Qué diagnóstico de situación se hizo para insertar A. P. S.

en el país? ¿Cuál es el plan de salud? ¿En ese plan se inserta el médico generalista?

Dr. Rodrigo. — El diagnóstico de situación se hizo cuando no se era gobierno, en las campañas; una vez que se accede al gobierno, el diagnóstico de situación si bien no cambia en lo sustancial cambia mucho en la manera de poder operar en la realidad, que fue lo más difícil; las unidades sanitarias, por ejemplo, se han plantado en cualquier lado, algunas no tienen acceso prácticamente, es una realidad, se hizo así, se están construyendo nuevas en lugares más adecuados.

En cuanto al problema del desperdicio de recursos, si la asistencia está departamentalizada, ocurre lo que pasa actualmente en muchas unidades sanitarias, en donde hay un clínico, un pediatra y un obstetra, si el clínico tiene una licencia por enfermedad a los adultos no los atiende nadie, y lo que puede ser peor todavía que la pediatra de la mañana tenga licencia por maternidad y la que está a la tarde por enfermedad, entonces van los chicos que son los que más demandan atención, y no los puede ver nadie, operativamente el médico general es la solución para esto.

Dr. Valli. — Estoy de acuerdo con que operativamente el médico general es la mejor solución; el inconveniente serio con que chocamos, al menos en el área de la municipalidad, es que no hay médicos generales. En este momento estamos haciendo una oferta para poder convocar a ex-residentes de medicina general que se quieran integrar en forma rentada a la municipalidad, para poder armar programas en centros de salud, encarados desde la medicina general. Vamos a tener que dejar que un sistema que empezó a generarse hace muy poco tiempo, comience a producir recursos necesarios como para que el sistema puede absorberlos; como está la situación en este momento, la capacidad de absorción de los médicos generales en el área de centros periféricos, es mucho mayor que la cantidad de médicos generales con que cuenta el sistema.

Público. — ¿Cuánto paga la municipalidad a un médico generalista?

Dr. Valli. — Sin dedicación exclusiva, con tiempo completo de 40 horas semanales, alrededor de 450 ó 500 australes por mes.

Dr. Rodrigo. — Los sueldos de las posresidencias de A. P. S., para médicos generales y siquiátras, están en 1.100 australes.

Dr. Valli. — Además de optimizar y mejorar el control, cuidado y prevención de la salud de la ciudad de Buenos Aires, tenemos que asumir el control de la alta complejidad para dar un sistema prestatario total. Se han puesto en funcionamiento dentro del sistema de cobertura de emergencia de la ciudad de Buenos Aires, nuevas ambulancias que son unidades de alta complejidad, verdaderos quirófanos circulantes que necesitan de profesionales altamente capacitados para poder funcionar adecuadamente dentro de la cobertura de emergencia, que muchas veces no puede ser evaluada antes de llegar al hospital. Nos vamos a encontrar ante la situación de tener que trasladar en un pequeño vehículo de transporte varios especialistas esto obliga a la creación de profesionales altamente capacitados dentro de un área determinada que es otro problema que se escapa a la formación del médico general, si quieren lo podemos sacar de este contexto pero es una necesidad nuestra.

Dr. Testa. — Con respecto a que no se puede hacer A. P. S. en el subsector privado, quiero recordar una vieja historia: Cuando era chico había un médico que se llamaba “médico de la familia” era el médico que se llamaba a la casa cuando había un problema de cualquier tipo. Eso era A. P. S.; como ahora estamos en época de mucha nostalgia resulta que esta historia del médico de familia se ha revitalizado. ¿Por qué? Por una razón muy simple. Nuestra formación histórica de recursos humanos, deriva de una serie de informes que han sido hechos en EE. UU., financiados por el gran capital norteamericano. El primero de esos informes (año 1908) conocido como informe FLEXNER, fue pagado por la fundación Carnegie. Fue el que dictaminó que: “la medicina es una ciencia, en consecuencia hay que enseñarla científicamente”. Esta propuesta del “médico de familia” se origina en EE. UU. en ese momento, porque tenían un problema de asistencia a ciertos grupos de la población, que debían ser atendidos por un generalista; pero existía el problema de que como el generalista no es

especialista, sus ingresos se veían sustancialmente reducidos. Entonces se creó este hermoso cuento chino de “especialista en generalidades” que es el médico de familia.

Esta historia inmediatamente se trasladó a nuestra formación, y ahora estamos todos muy preocupados por la disputa entre generalistas; es una mistificación que deriva de esta historia. Lo que tenemos que hacer es pensar el problema desde nosotros mismos; que el problema no es si deben atender generalistas, o si poner especialistas en esto es un desperdicio o no de recursos; no nos dejemos engañar por una discusión que nos inyectan desde afuera como si fuéramos animales de experimentación. Pensemos desde nuestra historia; yo lo llamo “contextualizar el problema”, ponerlo en el contexto histórico real en que está ocurriendo; que es el de Plaza de Mayo, es el de los hospitales que no funcionan, que es una desconexión brutal entre los sistemas de salud del país y los hospitales, centros de salud, centros periféricos; reconozcámoslo de una vez ;no hay un sistema de salud en el país!, no existe, sencillamente. Entonces, no podemos pensar soluciones técnicas, hermosas en la descripción, en los dibujitos, los organigramas y las computadoras; no nos sirven porque no representan nuestra situación. El problema no es si un generalista o tres especialistas; el problema es la organización de un sistema que esté interconectado, que tenga procedimientos de referencia claros, que los servicios de salud funcionen como sistema, que si uno dice: “Este problema no lo puede resolver”, sepa que hay otro que lo puede resolver, y que hay un procedimiento claro por el cual lo puede mandar a ese lugar y le van a resolver el problema.

Se han creado muchas formas; el médico generalista es una solución posible. Pero para poner un ejemplo que ha deslumbrado a América Latina en los últimos años, por las transformaciones reales efectivas y concretas que logró, fue el sistema cubano. Cuba hizo un sistema de A. P. S. que instalaron en toda la isla, que tenía tres o cuatro especialistas en un primer escalón. Otros sistemas se iniciaron con un procedimiento de triaje: un médico generalista que recibe un paciente simplemente identifica a qué tipo de personaje se lo tiene que enviar; el problema es que funcione, y nuestro problema es que el sistema no funciona. No podemos entretenernos en discutir cuál es la mejor solución téc-

nica, porque en nuestro país en este momento, no hay ninguna solución técnica que funcione en la medida que sigamos siendo un país fragmentado. No se puede discutir esta cuestión técnicamente, esta cuestión se discute y se resuelve políticamente, quiero que esto quede claro en mi exposición.

Se ha hablado de enfermería profesional, de la auxiliar de enfermería, etc.; en un país como el nuestro que tiene, para lo que son los servicios actuales que presta, una plétora de médicos y una escasez de enfermería; lo que hay que hacer es no seguir utilizando este personal como se lo utiliza en Suecia, no tiene sentido. Hay que utilizarlo frente a lo que son las circunstancias concretas del país; si hay plétora de médicos y no hay suficientes enfermeras, pues señores, los médicos tendremos que arremangarnos y cubrir las funciones que las enfermeras no están en condiciones de cubrir. Esto no tiene que ver solamente con los médicos y las enfermeras sino que tiene que ver con todo el resto del personal. Cuento una modesta anécdota: Mi esposa internada en un hospital por una fractura, en el momento que la sacaban del quirófano (la acaban de operar), una paciente vomita en el suelo de la entrada al quirófano de uno de los principales y más eficientes hospitales públicos de Buenos Aires. El vómito estuvo en el suelo algo así como 25 minutos, cansado de observarlo y de olerlo, mientras 200 personas pasaban alrededor de él, inclusive algunas camilas le pasaban por encima y lo desparramaban; resolví tomar intervención en el asunto, entré a la antesala del quirófano donde esto estaba ocurriendo y pedí que me dieran un trapo para limpiar el vómito, y me dijeron: "Señor, esta no es una cuestión suya". Mi respuesta fue: "Sí es una cuestión mía, mi esposa está ahí adentro".

No puede ser que haya una categorización del personal de tal significación, que estos hechos tengan que ocurrir. El director del hospital tiene que limpiar el vómito si no hay otro personal disponible para hacerlo; y no puede ser de otra manera porque si no, nos estamos suicidando en primavera.

Dr. Grill. — Los médicos estamos adiestrados para hacer diagnósticos, y si hay bichos de por medio, mejor; por eso tenemos tanta dificultad para hacer diagnósticos que no tienen gérmenes mezclados. El primer diagnóstico que tendríamos que hacer es

aclarar qué entendemos por A. P. S. Me parece que se confunde con atención precaria, y no es así. A. P. S. se puede hacer en todos los niveles; alguien dijo aquí: "Emergentología no es A. P. S.". Yo pregunto ¿cómo se llaman los primeros cuidados que hay que hacerle a alguien que se lo llevo por delante un colectivo? Todos somos pasivos de recibir A. P. S. y son tan receptores de esta atención los hijos cuyos padres viven en una villa, como los chicos de clase media de los que poco sabemos qué integración tienen con su grupo familiar, o por qué fracasan en el colegio. La atención del stress de los super-ejecutivos; de las gastritis, de los infartos, también es A. P. S. y se puede ejercer en cualquier nivel social.

Cuando decimos A. P. S., ¿a qué salud nos estamos refiriendo? ¿solamente al estado de completo bienestar?, entiendo que hay malestares que son más saludables que ciertos bienestares; entendiendo como malestar la expresión dinámica de un pueblo que cuestiona o que puede adherirse, más allá de circunstanciales discrepancias, alrededor de un proyecto común como puede ser la defensa de la democracia; y valga para esto una analogía entre la formación de los recursos humanos tal como está dada en la Facultad, tal como estamos formando a los médicos y después les pedimos esquizofrénicamente conductas que tengan que ver con la A. P. S., cuando han vivido seis años viendo cadáveres. Es lo mismo que podemos esperar de un militar que se ha formado en el sometimiento y el sadomasoquismo al que después se le exijan conductas democráticas. Lo primero que hay que hacer es un buen diagnóstico, reformular el perfil del estudiante que estamos formando, e integrarlo dentro de un proyecto que rescate la salud como algo más amplio que la ausencia de bichos, que entienda la salud ecológicamente, y que defina la medicina como una ciencia social en la búsqueda de una nueva taxonomía para sus enfermedades. Es probable que de esa manera los médicos hagamos un corrimiento y en la próxima mesa de A. P. S. no solo estemos sentados cinco médicos, sino que haya mucha más gente aquí que tenga que ver con la salud; en última instancia, tal como estamos formados, estamos simplemente tratando los fracasos de la A. P. S.

Público. — ¿Está incluido algún acercamiento a la psicología

o hacia la estructura psicológica del ser humano en la formación del médico generalista?

Dr. Rodrigo. — Hay un programa de enseñanza de la residencia, provisorio, que está reformulando con la participación de los residentes, donde están contemplados elementos de la clínica médica, quirúrgica, pediátrica, de la tocoginecología, de la psicología y de epidemiología, entre otras cosas.

Público. — En este ambiente en que flota la frustración de ideas, sobre todo en los jóvenes, la sensación de que este cambio es difícil, les diría que es una realidad muy linda para los que venimos peleando en esto hace muchos años. Si esto se está dando ahora pensemos que lo de la Plaza de Mayo no fue en vano, esto se está dando porque está pasando algo en el país, y esto que va inserto en esa realidad del país también se empieza a dar en el área de la salud. Hace quince años tocar estos temas era cosa de locos, de algo que no funcionaba; en este momento hay experiencias que han funcionado, podemos juntarnos acá a decir todo esto. Gente que tiene una responsabilidad importante tanto en la formación de recursos como en la ejecución de programas de salud está hablando de estos temas; se están diciendo cosas trascendentales como lo que dijo el Dr. Testa referido al mito de las pseudo-especialidades, y un montón de cosas, que tenemos en una nebulosa, se empiezan a aclarar, a concretar. Cuando uno tiene claro los objetivos, todas las cosas se simplifican.

Lo importante es que todo esto funcione. Si la estructura del sistema empieza a funcionar, no es una cosa que tenemos que hacer en contra de nadie, sino tratar de hacerlo entre todos. La mayor resistencia la vamos a tener en esa comunidad que tanto mencionamos, que lamentablemente después de muchos años de medicina científica basada en la filosofía positivista, ha hecho del médico un mito; los médicos tenemos algo de herencia mágica, tradicional en la historia de la humanidad, y la comunidad actual no se desliga de esa herencia mágica, que nosotros fomentamos, porque nos sirve para nuestro prestigio social. La mayor resistencia la vamos a encontrar en esa comunidad que nos presiona porque no respondemos cuando ponemos un cambio a ese modelo al cual están acostumbrados. La otra resistencia con mucho ma-

yor fuerza, va a ser de los profesionales, porque les toca intereses, o porque les mueve cosas que a veces no conviene.

Esto tiene un tremendo sentido positivo y no positivista, estamos en una vía de cambio, que es mucho más trascendente de lo que en este momento pensamos.

Público. — Soy residente de medicina general de la provincia de Buenos Aires. En algún momento se nos presenta una disyuntiva: pasar a ser un mero ansiolítico social para tratar de tapar los agujeros del sistema, o ser entes transformadores de la sociedad posibilitando la organización de la misma en pos de sus necesidades, que en este caso sería la salud. ¿Podemos nosotros desde el sector salud solucionar las propias deficiencias de la salud? ¿o tendremos que tener una instancia mucha más integradora, a un nivel superior del enunciamiento político que es un marco social que contenga al sector salud?

Aparentemente en el mejor de los casos, se nos está formando como médicos generalistas, como una sumatoria de las especialidades, donde no existe una posibilidad de ver el problema salud-enfermedad, como algo mucho más allá de la sumatoria de enfermedades o de patologías que pueda tener una comunidad, aparentemente esta posibilidad sería privativa del médico generalista.

Vemos la imposibilidad de llevar a cabo una política concreta en salud sin un marco social, una política económica que contenga dentro de ella al sector salud.

Público. — ¿Qué rol o qué importancia le adjudicaría a las experiencias aisladas de A. P. S. de participación comunitaria dentro del marco del subdesarrollo?

Dr. Testa. — El sector salud no es el continente adecuado para resolver mucho de los problemas que la compañera plantea. Desde el punto de vista de un investigador social, la categoría sector no es explicativa de lo que acontece a la salud de la población. Tampoco es una categoría que nos permita desde el sector resolver el problema. Los problemas se resuelven desde la sociedad y esta es la razón por la cual insisto en la necesaria integración entre los conceptos científicos y los conceptos políticos. No se pueden tomar estos problemas como problemas sencillamente téc-

nicos, no son cosas que le pasan exclusivamente al sector salud, son cosas que le pasan a la sociedad; en consecuencia esta integración es necesaria. Esto no quiere decir que todo médico para resolver los problemas de los enfermos tenga que transformarse en un militante político; no quiero decir tampoco que si llega una persona a la guardia con una apendicitis aguda haya que explicarle los principios del materialismo dialéctico, en ese caso hay que sacarle el apéndice, eso está claro, con la mejor técnica quirúrgica posible; lo que sí quiere decir, es que en la formación del recurso humano tienen que quedar claro muchos de los problemas que han estado circulando aquí.

La respuesta social a los problemas de salud se dan en muy distintos niveles. Hay una respuesta en el nivel biológico que tiene que ver con la etiología de las enfermedades y con su patogenia, hay que fortalecer los mecanismos inmunológicos de la población en riesgo, hay que crear sistemas que tengan en cuenta las condiciones ecológicas en las que se vive, hay que dar respuesta a nivel social; ninguno de estos niveles elimina los restantes; de manera que es en la integración entre todos estos niveles donde se pueden encontrar las respuestas. El conocimiento de estos problemas, hace que los médicos no nos lavemos las manos cuando ocurren fenómenos que no están a nuestro alcance resolver, sino que simplemente vamos a tratar de participar, y de crear, si no existieran, las instancias sociales a partir de las cuales esos problemas sí se pueden resolver. Esto es de lo que deberíamos estar concientes, e intentar poner en marcha a través de la reflexión sobre estos temas.

¿A dónde lleva esto? Hay dos niveles de respuesta social, uno de los cuales se encuentra dentro mismo del sector salud, que se da a través de la democratización interna de las instituciones que prestan servicios de salud. ¿Qué es en la visión tradicional, un equipo de salud? Es un conjunto de personajes que están bajo un dominio férreo y dictatorial del jefe del equipo, que en general es un médico. Todos los demás hacen lo que el médico dice; esto no es un equipo de salud, ni siquiera con la más extrema extensión del sentido. Un equipo tiene que ser entendido como un conjunto colaborativo de personas que democráticamente resuelven los problemas que enfrentan; “democráticamente”, en

este contexto quiere decir dos cosas muy precisas: todo el equipo de salud tiene que estar informado sobre lo que hay que hacer, todo el equipo tiene que participar en las decisiones que se tomen. Voy a poner un ejemplo extremo: esto no significa el democratismo de que cada cual puede opinar en el momento que se le ocurra; si estamos en medio de una intervención quirúrgica, y el equipo pide una pinza, el instrumentista no le puede decir: "Mire Dr., por qué no discutimos esto políticamente", eso no es democracia. Democracia quiere decir que cada uno de los que está en ese equipo se erija en condición de jefe del mismo, cuando se enfrente a un problema en el cual, por las características que presenta así lo requiera. Porque si hablamos de la calificación específica es obvio que el médico no está todo el día al lado del paciente, sino que está la enfermera, entonces es la enfermera el jefe del equipo cuando se trata de la atención continua del paciente y no el médico.

El segundo sentido de la movilización es que por ejemplo si se va a hacer un trasplante de órgano (caso extremo) el equipo de salud, que no solo consiste en el cirujano que va a hacer el trasplante, de sus ayudantes, del personal del quirófano y del personal de la sala sino que incluye hasta el personal que limpia al piso que también tiene que saber qué es lo que se va a hacer, tiene que ser instruido con respecto a lo que se va a hacer y más que eso, tiene que cuidar que esté en condiciones de prestar el servicio que se le exige; tiene que decir si es posible mantener los ambientes higienizados de acuerdo a los recursos que posee y a las condiciones en que realiza su trabajo; esta es una de las condiciones internas que hasta donde sé, se cumplen poco y mal en nuestro país.

El otro problema que va de las instituciones hacia afuera, es el de la participación popular, que también requiere una atención muy cuidadosa, porque esta es la cara externa de la democratización. El hecho de que nosotros, como personal de salud, estamos acostumbrados ideológicamente a que los problemas de salud son problemas de los médicos, es la principal barrera para resolver en forma permanente y real los problemas de salud, creada dentro del personal de salud y fortalecida por la gente que está afuera; porque la gente que está afuera tam-

bién en muchas circunstancias cree que los problemas de salud son problemas de los médicos y en consecuencia no reclaman para sí el derecho que tiene de intervenir en estas cuestiones. El problema de la participación tiene dos facetas que son muy claras: hay una participación que es general cuando un grupo de la población reivindica sus derechos creando organizaciones para ese fin; y hay otra participación que se decreta, se dice: "A partir de la fecha tal, a la hora tal, la población va a participar", que hace una participación manipulada, creando falsas instituciones de la población en las cuales se les dice cómo se participa, en qué se participa, quién participa y dónde participa. Estas dos nociones de participación son las que están permanentemente en juego, obviamente mi preferencia es por la primera, que es muy difícil de concretar sobre todo cuando hemos pasado una historia en la cual hemos sido fragmentados.

El principal problema que tiene el país, y que tiende afortunadamente a revertir, es que como consecuencia del terrorismo de lo que se llamó "la dictadura asesina", como consecuencia de los planes económicos de esa época en que cada uno tenía que salvarse por su cuenta, había que salvarse económicamente, por lo cual si tengo que colgar a mi mamá, que se embrome pobre vieja, al fin y al cabo ya vivió; además había que aislarse para sobrevivir. Yo estuve fuera del país en esos años, me acuerdo muy claro que los que estábamos afuera teníamos que juntarnos para sobrevivir. Es claro que los que se quedaron aquí, que no tuvieron otro remedio, tuvieron que separarse para sobrevivir. Cambiar eso necesita mucho más que algunos decretos, mucho más que decisiones en los aparatos gubernamentales, necesita algún militar que tenga el gusto de levantarse y provocar a la sociedad con un posible golpe.

Público. — Soy enfermera del Hospital Fernández. Cuando me fui a presentar para obtener el puesto dije que me gustaba hacer educación para la salud, medicina popular, y en ese momento me dijeron: "El Hospital Fernández está en una zona donde no se hace medicina popular, porque no hace falta". Entonces le dije: "Bueno pónganme en maternidad, en neonatología". Me respondió: "Mire lo que el hospital necesita es una enfermera en cirugía". Hace cinco años que estoy en cirugía.

Estos temas los hemos discutido mucho en el hospital. Hay gente que quiere trabajar a través de otro modo de ver las cosas. La enfermera está de 7 a 10 horas por día con el paciente, conoce sus reacciones, su temperamento, su modo de ser. Si hay gente que se plantea democratizar los sistemas hacia adentro, que quiere trabajar con la medicina popular, por qué no nos integramos en un verdadero equipo de salud, donde cada uno de nosotros estemos representados en el rol que verdaderamente tenemos; la enfermera puede reconocer una serie de sintomatologías, hace educación constante, entonces que tenga un lugar concreto de trabajo, no que simplemente sea la obrera, o peor el peón del hospital.

Público.— Estamos todos de acuerdo en la democratización de los sistemas, en la participación, en que a través de una metodología vamos a encontrar la verdadera problemática que hoy nos ha reunido. Mi historia me ha permitido vivir la participación de toda una comunidad en una “Comisión popular de salud y de una mejor calidad de vida”; en la que había sin distinción participación de todos los sectores de la comunidad. El tiempo pasó y hubo un fracaso que estuvo dado por aquellos políticos a los que la historia no les había dado la posibilidad de evolucionar ni de crecer. En este momento me encuentro en un hospital donde por suerte, estamos en el camino de la participación real, donde ese poder político que hace falta tener para que tengan viabilidad los planes de salud, donde están insertas las características del médico que queremos para la medicina que queremos para la salud y la calidad de vida de la gente a la cual nos debemos, se pueden dar.

Entonces no interpretaba aquella frase que dijo: “Que no es necesario que cada uno de nosotros, nos convirtamos en políticos médicos, o militantes político”. Si uno le tiene miedo a la participación política en el poder de decisión de los planes que va a ejercer sobre esa población de la cual es parte, ¿cómo si uno no es político, en el verdadero sentido de la palabra, resuelve esto?

Dr. Testa.— Tal vez haya sido una desafortunada formulación la que hice. De ninguna manera está en mi ánimo restringir la participación política de nadie, muy por el contrario creo que

es muy saludable. Mi historia personal es un permanente intento de participación, de militancia política.

Lo que quiero señalar con absoluta claridad, es que debemos definir estrictamente los límites que existen entre lo que somos como trabajadores y lo que nos separa como trabajadores de salud de los conflictos sociales. Como trabajadores de salud podemos tener una actitud homogénea aunque estemos peleados políticamente. Yo no soy radical, lo cual no me impide como trabajador de salud, coincidir con algunas propuestas que se hagan sectorialmente por alguien que sea radical. Esto tiene que quedar bien diferenciado, no podemos confundir estos dos roles en nosotros mismos.

Lo que quiero señalar también, es que la transformación social no se hace desde el sector salud. Lo que se puede hacer es organizarlo un poco mejor, ser más eficiente, mejorar algunos mecanismos de la eficacia sectorial, de los mecanismos administrativos. Pero no se transforma la sociedad desde el sector salud. Si ustedes me preguntan cuál es mi confesado interés, es la transformación de la salud y de la sociedad, de las dos cosas, pero diferencio claramente una cosa de la otra, en una de las propuestas voy a acordar con los que en la otra propuesta van a ser mis enemigos políticos; pero no me confundo entre estas dos cosas. Quiero que el sector salud en la Argentina funcione mejor, aunque lo hagan mejorar los radicales.

Dr. Grill. — Cuando éramos residentes de este hospital, había un chiste en consultorio externo, sobre todo para los domingos a la tardecita, cuando empezaban a volver los chicos de las quintas. Los residentes de tercer año decíamos: “En este hospital, que está en barrio Norte, está prohibido el diagnóstico de sarna, se llama sarampión inglés”. Si el padre preguntaba: “¿Por qué?”, “porque parece sarna y es”. Esto va a propósito de la ideología de las instituciones y de cómo se puede llegar a cambiar; el hecho de que en este hospital estemos reunidos tratando estas cosas, es buen referente. Costó casi dos horas de discusión llegar a la definición de un perfil de este recurso humano vocacionalmente orientado a la A. P. S., que es ni más ni menos que un ser humano interesado en conocer a otro ser humano y tratar de ayudarlo a superarse en esta tarea superándose él; este es un

gran desafío; este sí, es un acto político, en el buen sentido de la palabra, no partidista. Más allá de las eventuales discrepancias que podamos tener, hay un proyecto común que esa definición tan cortita, tan sutil, que acaba de dar la compañera, en cuanto a qué significa trabajar en salud.

**CIENTIFICISMO Y DEPENDENCIA.
SU INFLUENCIA EN LA ENSEÑANZA
Y LA PRACTICA DE LA MEDICINA ***

MARIO TESTA

El cientificismo como ciencia descontextualizada

Al asomarnos al racionalismo del siglo XX aprendimos que la existencia de un mundo real garantizaba la existencia de la objetividad, que la utilización de la lógica era suficiente para obtener verdades absolutas, que la ciencia era la fuente de todas las certezas y que no reconocía diferencias de tiempo ni espacio.

Todas esas definitivas certidumbres nos producían una sensación de gran seguridad: el mundo era un espacio ordenado y perfecto, donde lo único necesario era aprender a descubrir las verdades todavía ocultas que resultarían interesantes.

Muchos años después la realidad se encargó de criticar estos pilares sobre los que se sustentaba nuestra vida, a través de la protesta estudiantil producida por un confuso sentimiento acerca de la incoherencia entre lo que se enseñaba en las aulas y lo que la realidad, la dura *escuela de la vida*, mostraba todos los días en la calle.

La crítica implícita en la protesta estudiantil era grave, puesto que no solo era una crítica hacia las formas de enseñar y la institución universitaria (*la Reforma* iniciada en Córdoba en 1918) sino que implicaba, aún sin ser consciente de ello, a la misma fundamentación de la ciencia y a la relación de esta con la política y el Estado.

Las viejas grandes palabras comenzaron a temblar y poco después a perder vigencia. El golpe de gracia provino de donde menos se esperaba, al ser las mismas ciencias *duras* las que se

* Artículo publicado en Cuadernos Médico Sociales N° 29-30.

encargaron de darlo: la relatividad de Einstein, el principio de incertidumbre de Heisenberg y el teorema de Godel, ocasionaron un terremoto científico durante la década del treinta que terminó con muchos de los mitos e ilusiones acerca de la ciencia.

Pero si en el campo académico las cosas estaban más o menos claras, en el terreno de la aplicación de la ciencia a los problemas de la vida cotidiana las cosas eran mucho más complejas y confusas. No sabíamos cómo utilizar los conocimientos adquiridos para resolver los ingentes problemas que veíamos a diario; muchas de las disciplinas que llenaban horas y días de estudios solo eran útiles para formar profesores que enseñaran esas mismas disciplinas a otros alumnos que reproducirían el ciclo sin fin.

La pregunta ¿para qué sirve la ciencia? surge de modo natural en ese contexto. La respuesta trivial es que la ciencia no sirve para nada, pero esa respuesta fue la que muchos eligieron para entrar en los caminos sin salida de la irracionalidad a ultranza, de la frustración y el desánimo.

Fue la misma realidad la que nos forzó a reflexionar sobre estas cuestiones. La protesta estudiantil había acuñado un término feliz: *cientificismo*; el problema era entender lo que significaba. Quién inició la discusión con apasionamiento y rigor científico fue Oscar Varsavsky, con un libro en el que se discutía la noción que a su juicio correspondía a ese término y sus relaciones con la ciencia verdadera y la política.

Para Oscar, el *cientificismo* era un conocimiento que, si bien podía ser verdadero en sus propios términos, tenía su centro de referencia fuera de lugar. Era una ciencia que no daba respuestas a las necesidades reales de la población, que seguía buscando las *verdades absolutas* que nos habían hecho ilusionar tantos años atrás. A pesar de los avances que se habían realizado en el terreno mismo de la ciencia, la vieja Academia seguía luchando por sus obsoletos privilegios.

A quince años de la primera edición de *Ciencia, política y científicismo*, el libro de Varsavsky sigue siendo esclarecedor para entender las relaciones entre ciencia y Estado. Siendo fieles al pensamiento y las enseñanzas de Oscar, hoy podríamos decir que el *cientificismo* es una ciencia descontextualizada, una ciencia a la que le falta la apoyatura de una realidad, de una concreción

a partir de la cual formula sus problemas, sus métodos, su estrategia y sus resultados.

Lo que es necesario entender es que un mismo problema y un mismo método pueden ser ciencia en una circunstancia y científicismo en otra. Esta doble circunstancia ya la hemos encontrado anteriormente y la volveremos a encontrar cada vez que nos enfrentemos a un problema *social*, es decir, a algo cuyas características lo hagan inseparable de las múltiples maneras en que una sociedad se ordena y funciona.

La ciencia, como problema social, tiene entonces una doble determinación: la que proviene de los contenidos específicos y concretos propios del enigma que intenta resolver y la que proviene del contexto social que determina su adecuación o inadecuación a dicho contexto. La primera es la que hace que la ciencia pueda ser considerada universal y es la única que toman en cuenta quienes defienden esa universalidad; la segunda es la que hace de la ciencia un instrumento útil. La ausencia de esta segunda determinación transforma a la ciencia en científicismo.

Los centros mundiales que producen ciencia están en Europa o en Norteamérica. Nuestros países son *importadores* de ciencia que ha sido creada en otros contextos, lo cual hace que la ciencia que utilizamos no esté ubicada en el marco que corresponde para que sea eficaz. La poca ciencia que creamos tampoco es una ciencia contextualizada, dado que sus problemas y métodos son también importados de los países desarrollados. Este es otro de los males de la dependencia.

La dependencia como descontextualización de la sociedad

La teoría de la dependencia intentó identificar todos, o casi todos los problemas de los países subdesarrollados, a partir de una situación de subordinación frente a los países centrales.

La idea de la subordinación no es nueva y encuentra sus antecedentes más importantes en la teoría del imperialismo. Sin embargo, las formulaciones de las últimas décadas recorren una amplia gama de problemas que van de lo económico a lo político sin dejar de lado los aspectos culturales y sociales, todos ellos considerados en las formulaciones de los autores marxistas, pero

que han encontrado en las nuevas visiones una especificidad de la que antes carecía.

En sucesivos análisis del tema se han explorado los aspectos económicos, a partir de la tesis original de Raúl Prebisch acerca del deterioro de los términos de intercambio, los aspectos políticos a través del estudio de los Estados en el capitalismo subdesarrollado y en especial el papel de los gobiernos frente al doble conflicto interno y externo, los aspectos culturales mediante el examen de los problemas que se presentan en lo que conoce como la *industria cultural* y el manejo de la información en general.

En lo que hace a lo social, se comenzó por una caracterización de nuestras sociedades como *duales*, queriendo significar con ello la existencia de dos grupos separados, el moderno y el tradicional, sin puntos de contacto entre ellos pero con puentes que permitían el tránsito paulatino hacia la modernidad, generalmente a través de la incorporación al trabajo. Esta formulación, proveniente de las concepciones sociológicas funcionalistas, no resistió las críticas que de inmediato la identificaron como una especie de imagen invertida del *ejército de reserva*.

Nuestras sociedades no son duales, es probable que ninguna sociedad lo sea. Si son desiguales pero esa desigualdad es una necesidad interna de la estructuración y la dinámica propia de ellas. El capitalismo dependiente es con frecuencia superexplotador, debido a su doble condición que requiere la generación de plusvalor para ser apropiado por los capitalistas internos y externos. Esta duplicidad lo asemeja en algunas circunstancias al capitalismo *salvaje* de otras épocas y otros ámbitos. El capitalismo desarrollado, en cambio, puede permitirse el lujo de ser solo explotador.

Esto significa que, a pesar de las críticas que puedan formularse a la *teoría de la dependencia*, existe un contenido de realidad en la misma, desde el punto de vista social, que merece alguna reflexión para intentar aclarar el papel que juega en nuestros países y para nuestro propósito. Y lo primero que parece necesario aclarar es ¿cuál es el punto de vista social?

El punto de vista social es el que reconoce un nivel de organización de la realidad que contiene y supera al que corresponde a los individuos. Ese nivel organizativo es como un cuerpo vivo

compuesto de partes interconectadas por relaciones sumamente complejas que se refuerzan a veces, se contradicen otras, pero que son necesarias unas a otras para que el cuerpo que conforman no pierda su integridad.

En esta descripción de la sociedad como un sistema, es claro que no se admite la existencia de dualidades: el cuerpo es único e integrado y funciona con leyes que le son propias, esto es que son propias de ese nivel de integración y no, por ejemplo, del nivel individual o biológico. En cuanto a la descripción *sistémica* de lo social, debe tomarse solo como una descripción, con lo cual queremos decir que no le es aplicable lo que se conoce como *teoría de sistemas*, por la simple razón de la imposibilidad de reconocer un límite preciso para lo que constituye el sistema social.

Lo social, en cuanto forma, es el nivel organizativo superior de conformación de la realidad; en cuanto modo de comportamiento es una unidad, en la que cualquier proceso de ese nivel encuentra su explicación unitaria en las relaciones fundamentales que ligan a sus actores principales.

Cuando afirmamos que nuestras sociedades son sociedades dependientes, estamos calificando ese todo unitario de manera que distorsiona algunas de las características básicas que asignamos a lo social en la definición anterior. Lo diferente está en que no es suficiente, en una sociedad concreta, recurrir a las relaciones entre sus actores principales para encontrar la explicación unitaria de sus procesos sociales.

La adjetivación de la dependencia con alguno de los calificativos con que se acostumbra caracterizarla, enfatiza aspectos parciales de la misma, es decir, quita unicidad a su interpretación y en consecuencia la desvirtúa parcialmente. Nuestra posición a este respecto es que no existe una dependencia solo económica (o social, o política, o cultural) sino que todas se encuentran articuladas en la vida de una sociedad a través de una misma determinación.

La sociedad dependiente ha perdido los objetivos y las esperanzas que en algún momento generó su historia. No tiene una economía dirigida a la satisfacción de las necesidades de su gente sino a la de los explotadores de todo pelo. La política no es el debate libre de un pueblo que decide por sí para sí sino dolorosa

ficción de democracia. La cultura no es la expresión de las raíces de lo nacional sino la copia ignominiosa y lamentable de cualquier otra cultura que *siempre es mejor que la nuestra*.

La ideología del científicismo y la dependencia

Lo único que puede sustentar una posición al margen de la historia es una ideología, entendida en su sentido más tradicional como *sistema de ideas* que intenta establecer pautas para la conducción de la sociedad, en lugar de ser una práctica ligada al funcionamiento de la misma. La única ideología posible para una ciencia y una sociedad descontextualizadas, es una visión del mundo de universales y absolutos, una *weltanschauung* que desprecie cualquier referencia a lo concreto real, que se aparte de la molesta vida cotidiana para transitar por los senderos reservados a las élites académicas.

La ideología del científicismo y la dependencia puede legítimamente llamarse ideología de la descontextualización.

En su forma tradicional, esto es como *sistema ideas*, la ideología de la descontextualización postula la existencia de valores permanente, no construidos en el desarrollo de procesos históricos sino dados de una vez y para siempre. La sociedad ideal del científicismo y la dependencia es una utopía que solo tiene raíces en el cielo, al contrario de las utopías famosas de la historia, creadas muchas de ellas como forma de crítica a las sociedades reales existentes.

El propósito de construcción de una sociedad ideal, al que podrían reconocerse nobles intenciones, encuentra una dificultad grave frente a la ausencia de referentes concretos en la historia. Ante esta dificultad se apela a los modelos reales que la actualidad ofrece y se termina postulando que nuestro futuro debe parecerse a los Estados Unidos o a la Unión Soviética. De la noble intención solo se han rescatado algunas piedras que nos ayudarán a empedrar el camino.

Como *práctica constructora de sujetos*, la ideología de la descontextualización debe analizarse independientemente en cada una de sus manifestaciones, puesto que el ámbito en que cada práctica se desenvuelve es específico para estas.

Sin embargo, existen características comunes, que también lo son para cualquier otra práctica ideológica; esos aspectos comunes se refieren a la relación que guarda la práctica ideológica con la realización del trabajo abstracto, es decir: un sujeto que trabaja, al mismo tiempo que crea un producto nuevo con su trabajo concreto, se autoconstruye como sujeto en tanto realiza un trabajo abstracto. Las prácticas ideológicas no se realizan solo a través de los *aparatos ideológicos*, sino mediante todas las actividades que se desarrollan en la sociedad.

Quizás la manera más transparente para visualizar la práctica ideológica del cientificismo, es mediante la imagen de la *torre de marfil*, el magnífico asilamiento de la vida cotidiana para poder dedicarse por entero a la búsqueda de la verdad. En nuestros países, esta es una forma frecuente de realizar la actividad por parte de muchos científicos. Por otra parte, la asignación de fondos considerables para la construcción y dotación de instituciones destinados a esta forma de la práctica es, al mismo tiempo, *un resultado y un refuerzo* de la misma.

El trabajo abstracto de un científico que se aísla para trabajar tiene en el aislamiento su principal característica; su única conexión con el mundo exterior es a través de las comunicaciones con otros científicos, en general mediante lenguajes especializados fuera del alcance del lego. Dicha forma de práctica no puede sino reforzar la idea que el aislamiento es una condición necesaria de la misma, *tanto en el científico mismo como en el gobierno que la promueve o el pueblo que la observa*. Este es el proceso que transforma al cientificismo en ideología.

La dependencia se manifiesta de múltiples maneras en todos los trabajos que se realizan en los países dominados; es una condición general de los procesos de trabajo que hace que se realicen dentro del marco de la falta de creatividad y autonomía. El trabajo abstracto *general* (el que corresponde a todos los trabajos), se realiza partiendo del convencimiento que la tecnología *buena* siempre viene de afuera, que lo más que nuestros países pueden hacer es adaptar máquinas y procedimientos foráneos (la traducción económica, teórica y práctica de esto es las concepciones acerca de *transferencia de tecnología* y el pago de *royalties*) a nuestras necesidades. De modo que todo el trabajo se trans-

forma, como en el caso del cientificismo, en un refuerzo ideológico de la concepción dependientista.

No es demasiado grave que haya algunos científicos que asuman una posición cientificista (lo cual no significa que su ciencia sea *falsa*, sino *ineficaz* para la sociedad donde la practican), ni que algunos dirigentes políticos tengan una actitud de sumisión frente a los países imperialistas. Lo grave es que esas actitudes, a través de las prácticas ideológicas que generan, se transforman en el pensamiento hegemónico de las sociedades dependientes. Más que ideología oficial se trata de una ideología del Estado, es decir, de la configuración que corresponde a la del conjunto de clases que los conforman.

Los círculos viciosos que conforman las ideologías del cientificismo y la dependencia, se conjugan en una sola trama que atrapa en su red los propósitos de escapar, en cualquier terreno, a sus determinaciones. Esas determinaciones han sido señaladas como una falta de correspondencia, un *poner fuera* el origen real de los problemas, a sacarlos de la historia. A esta práctica social la hemos llamado *descontextualización*. En nuestro caso, sus consecuencias aparecen con claridad al examinar la relación que existe entre dependencia y enseñanza de la medicina.

La dependencia en la enseñanza de la medicina

Nuestra medicina será una medicina dependiente en tanto no se entronque con los intereses del pueblo. Su enseñanza lo será también en tanto no reflexione acerca de sus contenidos y sus métodos.

Para despejar la inquietud que puedan generar estas palabras iniciales, declaremos que no se está haciendo una propuesta de primitivismo teórico o práctico, de una vuelta a la naturaleza, a los sanos principios de una vida bucólica o al desprecio por la ciencia actual. Por el contrario, se está intentando recuperar el sentido de la ciencia, mediante su ubicación en el espacio social-histórico en que efectivamente se encuentra contenida.

El análisis de la enseñanza médica debe realizarse a través del conocimiento de sus determinaciones, en parte ya revisado en este documento. Esas determinaciones señalan las razones por las que esa práctica, la enseñanza, se realiza de la manera con-

creta que muestra la realidad. Lo concreto es, según Marx, la *síntesis de múltiples determinaciones*. En la síntesis que es la realidad, se mezclan una serie de motivos cuya identificación puede no ser inmediata, pero que es necesaria para poder intervenir sobre esa realidad para cambiarla.

En nuestro caso existen dos determinaciones principales que contribuyen a conformar la enseñanza médica: las formas que asume la práctica médica, en especial la que se considera práctica dominante, y los marcos de referencia que fijan los países centrales, tanto para la enseñanza como para la prestación del servicio.

Estas no son las únicas determinaciones operantes, pero las circunstancias de América Latina parecen ser las más importantes, variando su peso relativo según los países de la región. Un examen de mayor profundidad nos conduciría al análisis de las determinaciones de la práctica, en un intento de remontar los sucesivos niveles de explicación que dan cuenta de un determinado fenómeno. Avanzaremos algo acerca de ello en la próxima sección, aunque no es nuestro propósito el estudio de este tema en este trabajo.

En nuestros países la determinación de la enseñanza por la práctica es una determinación *fuerte*, lo cual quiere decir que es difícil de superar a partir de la modificación de las formas de enseñar; requeriría la modificación prioritaria de la práctica que la determina.

Siguiendo por ese camino puede llegarse a la conclusión que no vale la pena dedicar esfuerzo alguno sino a las determinaciones primeras (sospechosamente parecidas a la *causa prima*), de todos los fenómenos sociales, puesto que la modificación en cualquier nivel inferior estaría condenada al fracaso.

Nuestra propuesta es que nuestra observación anterior padece del mismo vicio, que estamos criticando en esta sección. No toma en cuenta el contexto en que esa afirmación podría tener validez, de modo que se transforma en un buen ejemplo de lo que estamos tratando de transmitir. Es una afirmación fuera de contexto porque desconoce el hecho que, lo que tiene valor en nuestras circunstancias, es el intento de realizar cam-

bios en ámbitos significativos de la vida social, aunque sea difícil alcanzar todos los propósitos que motivaron la acción.

De las dos determinaciones principales señaladas, la de la práctica (o determinación interna) es menos perceptible que los marcos que fija la actividad de los países centrales (o determinación externa). Cuando la práctica asume una forma *perversa*, sus consecuencias pueden ser muy negativas ya que se trata de una determinación fuerte y su invisibilidad la hace casi invulnerable. Esta dirección de la determinación (de la práctica a la enseñanza), no es irreversible, pero su corrección implica cambios sociales de mayor entidad que los que pueden ser considerados aquí.

Por otra parte, una docencia independiente frente a la práctica no tiene sentido en términos absolutos. En realidad podría afirmarse que la docencia internamente dependiente no es una enseñanza que se encuentre fuera de contexto. Por el contrario, se encuentra ajustada a las condiciones reales en las que se desenvuelve; que esa realidad sea perversa no es su culpa ni *originalmente* su responsabilidad, como no lo era, pongamos por caso, la realidad del *proceso* para la población argentina.

La enseñanza de la medicina es internamente dependiente de la práctica cuya teoría contribuye a formar, tanto por sus contenidos como por su pedagogía, y lo es externamente de la práctica que es la ideología de la dependencia, también como significación y como procedimiento. En ambos terrenos se ha desarrollado una discusión amplia que agota las posibilidades de sintetizarla aquí. Publicaciones, reuniones periódicas y hasta instituciones internacionales han debatido el tema hasta el cansancio. Todo ello no ha modificado la práctica docente en ningún sentido significativo.

Tal vez haya que reiniciar la discusión sobre lo que es la problemática nacional, para que se entienda que los problemas del subdesarrollo son, sobre todo, cualitativamente distintos de los que presentan los países desarrollados; quizás sea necesario volver a insistir sobre el carácter de la relación entre forma y contenido, para que se pueda apreciar que esa diferenciación no es más que un pobre recurso explicativo, que se ha vuelto contra sí mismo para confundir las cosas; es posible que un nuevo esfuerzo aclare las íntimas relaciones que presenta el saber con

la política. De todos modos, no hay nada que perder; hagamos el esfuerzo.

PROFESION Y FUNCION SOCIAL

El Médico como profesional

Todo el mundo tiene una idea más o menos precisa de lo que significa ser un profesional, aunque esa precisión signifique cosas diferentes para distintas personas.

Para el conocimiento común, profesional es el que conoce bien su trabajo y lo desempeña correctamente, cualquiera sea el procedimiento mediante el cual ha adquirido el conocimiento que posee. Estas dos características: la forma de práctica y la manera en el tipo de conocimiento conocido como *científico*.

El conocimiento científico de la práctica profesional, no hace más que destacar, con la manera enfática de los lenguajes especializados, lo que el conocimiento común ya había identificado como el desempeño correcto de las tareas en una determinada práctica. Esta traslación lingüística habla de criterios *universales* en lugar de *particulares*, en el sentido de algún patrón común de comportamiento para todos los lugares y circunstancias.

De la misma manera, el conocimiento científico acerca del saber de la práctica profesional, lo hace depender de una manera especial de adquisición. Esa manera implica no sólo el conocimiento de la práctica, sino también el de la teoría que la sustenta; y no de cualquier teoría sino de alguna teoría *aceptable*. La práctica profesional es, desde este punto de vista, la práctica de una teoría científica. La traducción correspondiente hace que los criterios *empíricos* se transformen en *científicos*.

Esta manera de la ciencia de definir las cosas hace sospechar que sus definiciones no conforman sino una inmensa tautología, puesto que es dentro del espacio cerrado de la ciencia donde se define lo que es ser *profesional*, que no es otra cosa que el desempeño eficaz basado en conocimientos científicos.

La idea de profesión implica, al mismo tiempo que una práctica eficaz y un modo particular de adquisición del saber, cierta

legalidad, un reconocimiento de la capacidad necesaria para desempeñar una tarea específica dentro de un cierto campo de conocimiento. Esto, a su vez, requiere de alguna institución que se encargue de ese reconocimiento, pues lo legal exige de esa institucionalidad, de lo contrario no podría asignársele ningún sentido concreto. Pero lo legal institucional, ¿no es contradictorio con lo legal científico? Al menos en apariencia, lo primero es legal porque así lo determina algún texto o costumbre adoptado y aceptado por la institución que define la legalidad, en tanto que lo segundo lo es porque es *verdadero*.

Por otra parte, en algunas interpretaciones del término *profesional*, se pueden observar contradicciones con esta doble visión científica y legal. Veamos algunos ejemplos: en los deportes el profesionalismo es lo opuesto a la práctica *amateur*, es decir a la que se realiza como actividad lúdica, y requiere el pago de un salario; en los ambientes policíacos se habla de *profesionales* como aquellos policías o criminales que tienen esa forma permanente de ganarse la vida y no como actividad circunstancial. Como es obvio, no es de dudar la legalidad de la actividad policial, pero es difícil ver la legalidad (o la científicidad, en el sentido tradicional del término) de la actividad criminal.

Weber, por su lado, ha señalado la necesidad de que la actividad burocrática sea una actividad profesional, que los burócratas tengan un desempeño correcto que esté sometido a normas precisas, normas que sólo pueden estar determinadas por procedimientos científicos.

En todos estos casos llama la atención el hecho que las actividades descriptas se desarrollen en el terreno de la circulación del capital. Y esto parece indicar que el problema de la profesionalización corresponde a ese ámbito de lo social.

De todas maneras, cualquiera sea la perspectiva desde la que se examine el problema, una y otra vez las definiciones vuelven a las mencionadas inicialmente: los saberes y las prácticas, o mejor la forma de adquisición del saber y la forma de realización de las prácticas.

En el caso de la medicina existe una larga tradición en cuanto al carácter profesional de la práctica médica. Ese carácter deriva del reconocimiento que amplios grupos sociales han

hecho de esa práctica como algo *profesional*. Pero esta afirmación parece apuntar más bien a una necesidad de la sociedad que realiza el reconocimiento que a una cualidad intrínseca de la práctica reconocida.

Existe entonces la necesidad de examinar la legitimidad de la práctica médica. Ya se ha señalado que hay una legitimidad *institucional*, derivada del reconocimiento basado en el análisis de los procedimientos seguidos para cumplir con el conjunto de requisitos burocráticos que cada Estado exige para la realización de la actividad. Pero esta legalidad es una legalidad *formal*, diferente de la legalidad *social* que es la que otorga legitimidad real a las prácticas que se realizan en la sociedad.

Haber introducido al Estado como garante de la práctica es una de las maneras posibles de reconocer que, en los países que exigen esa garantía, *la práctica profesional y la ciencia que la sustenta se encuentran en estrecha relación de subordinación con el Estado*.

La medicina es una profesión porque el Estado la reconoce como tal. El médico es un profesional porque cumple con los requisitos exigidos por la burocracia para ser considerado en ese carácter (aprobar las materias que conforman el *currículum* de la carrera médica en las diversas instituciones acreditadas —por el Estado— para ello, inscribirse en los registros correspondientes y cumplir con todos los restantes requisitos que la burocracia determina en cada país).

Lo más importante de toda esta confusa descripción de definiciones, opiniones y mitos, es que tanto la ciencia como las profesiones no pueden entenderse al margen de una concepción histórica (actual) del Estado, como continente global de las prácticas sociales.

La profesión médica es algo más que el arte de curar (en las románticas definiciones de nuestros mayores); el médico en cuanto profesional es también algo más que un buen ejecutante de una práctica necesaria. Eso es lo que intentaremos dilucidar en los próximos párrafos.

La función social de la profesión médica

Digamos de comienzo que el médico cumple dos funciones en

el desempeño de sus tareas: una función médica y una función social.

La función médica del médico es la que conocemos como el resultado de la actividad para la que ha sido formado en el medio académico: curar enfermos, prevenir enfermedades, promover la salud. Es el resultado de su trabajo concreto.

La función social del médico es también resultado de su práctica cotidiana, pero la diferencia que existe con la anterior es que el médico *no ha recibido formación de ningún tipo para realizarla*. Es una función que el médico cumple sin saberlo. Es el resultado de su trabajo abstracto.

Todo trabajador, cualquiera sea su categoría, cumple una función social; en todos los casos la función social es el resultado del trabajo abstracto. En todos los casos, también, cada trabajador realiza un trabajo concreto.

Las nociones de trabajo abstracto y concreto, desarrolladas por Marx en *El Capital*, se refieren a las formas en que un trabajador conserva el valor de los materiales con que trabaja y sobre los cuales trabaja al producir un nuevo producto (trabajo concreto) y al mismo tiempo agrega valor al producto (trabajo abstracto).

La función social del trabajador es crear valor, al mismo tiempo que realiza su trabajo concreto de transferir el valor contenido en los objetos y materiales de trabajo a los nuevos productos.

Así como en el caso del médico, es necesario que el trabajador se adiestre en la realización de su trabajo concreto, en cambio la realización del trabajo abstracto surge como consecuencia inevitable de las condiciones *sociales* en que se realiza el trabajo.

Las condiciones sociales en que se realiza el trabajo de un trabajador productivo son las que corresponden a la formación económico-social en la que ese trabajo se realiza. En nuestros países esas condiciones son las del capitalismo dependiente, constituidas —en cuanto capitalismo— por relaciones sociales de producción de carácter explotador, en las que la contrapartida de la función social del trabajador es la que corresponde al capitalista: la apropiación del plusvalor generado en el proceso de trabajo.

La condición de dependencia agrega una carga adicional sobre el trabajador, en tanto crea sobredeterminación de la situación de explotación, al someterlo a los dictados del mercado internacional (siempre desfavorable a los países dependientes) y sobre todo a las condiciones financieras que esos mercados establecen en el dominio de la circulación de los productos.

Teniendo en mente estas características de los procesos de trabajo en nuestras sociedades, volvamos a examinar la relación que existe entre función social y profesión médica.

Señalábamos párrafos atrás que la ciencia se encuentra en estrecha dependencia del Estado y que lo profesional lo está respecto de la ciencia. Esto significa que las condiciones sociales en que se desenvuelve la práctica médica se encuentran fijadas por el papel del Estado en los países capitalistas dependientes. Y esto nos lleva a la manera específica en que los médicos se articulan en el Estado, lo cual está condicionado por su identificación objetiva y subjetiva como *clase social*.

La identificación objetiva de clase (*clase en sí*) debe hacerse tanto desde el punto de vista de la posición que se ocupa en el proceso de trabajo como del resultado del mismo.

En cuanto a lo primero, es claro que han existido cambios tecnológicos importantes en el trabajo médico que han variado significativamente el proceso de trabajo correspondiente, o mejor dicho, que están actualmente modificando ese proceso de trabajo, de manera que se observa una coexistencia entre formas emergentes y tradicionales (el calificativo de *tradicional* no debe ser considerado, en este contexto, en su sentido peyorativo). De estas diversas formas algunas pueden ser identificadas objetivamente como formas en las que el médico sufre una progresiva separación, tanto de sus instrumentos de trabajo, como del mismo conocimiento específico que le permite la realización de su trabajo concreto.

En cuanto a lo segundo, es decir el producto de la práctica, resulta claro que en la medida que se cumple la modificación en el proceso del trabajo médico, necesariamente su producto cambia y el médico se transforma, al igual que el obrero en un productor de valor.

Estas consideraciones llevan a afirmar la existencia de un

proceso, que se encuentra en movimiento en los países capitalistas dependientes, de proletarización del médico, es decir, de transformación de su situación objetiva de clase en proletariado, como consecuencia interna de los cambios tecnológicos en su proceso de trabajo y como *respuesta objetiva a las condiciones sociales del capitalismo dependiente*. Nuestros países no están aún en condiciones —no sabemos si lamentablemente o afortunadamente— de decir adiós a su proletariado. Por el contrario, su presencia y sus luchas están cada día más vigentes.

Por fin, la identificación subjetiva de clase por los médicos (*clase para sí*) es una verdadera confusión, que se deriva en parte de la confusión que revela la discusión precedente y, por otra parte, en el deseo conciente o inconciente de los médicos de no identificarse con trabajadores explotados.

Algunos teóricos señalan que la determinación objetiva de la situación de clase de los profesionales es aún más confusa si se considera la posibilidad de una tercera clase que, tomando en cuenta las modificaciones sufridas por los procesos productivos en general, como consecuencia de los avances tecnológicos en los distintos terrenos de la economía, conformaría un eslabón intermedio entre los propietarios del capital y los productores directos. Esta *nueva clase*, surgida como producto específico de la sociedad actual, actuaría predominantemente en el terreno de la producción pero como productores de servicios.

La descripción de una tercera clase posible, que se suma a las dos fundamentales de la sociedad capitalista, no hace sino agregar confusión y ambigüedad a la ya existente.

Cualquiera sea la solución teórica (y práctica) al problema planteado, esta confusión y esta ambigüedad, hacen que las formas específicas de articulación de los médicos en el Estado de los países capitalistas dependientes les confiera, a través de su actuación profesional (definida en base a esa articulación), una significación particular, a la que nos referimos en los párrafos siguientes.

La práctica profesional como práctica ideológica o la medicina como aparato ideológico del Estado

La actividad cotidiana del médico, su práctica profesional,

se desarrolla como si se tratara de dos actividades simultáneas: la que consiste en su trabajo concreto de diagnóstico y tratamiento de los pacientes que le consultan y la que desarrolla inconscientemente como consecuencia de las condiciones sociales que el Estado genera para esa práctica. Esta última es su función social.

La función social del médico es parte de su práctica profesional, es indistinguible de ella, pero al mismo tiempo es independiente de la función médica que se cumple mediante la misma actividad.

Esta dualidad de significación que se unifica en la realización del acto médico, es la fuente de las falsas interpretaciones que se hacen acerca de la función del médico en la sociedad, las cuales se expresan con frecuencia en una formulación idealizada que destaca el papel altruista de esa función, sin percibir los componentes estructurales que hacen del funcionamiento de la sociedad una unidad orgánica.

La percepción estructural de la sociedad, sin embargo, es insuficiente para una interpretación correcta de las funciones sociales. Lo que se requiere es la identificación de las determinaciones de esas funciones, no como una mecánica de funcionamiento sino como un proceso vivo que autogenera permanentemente los comportamientos sociales.

En nuestras sociedades, el conjunto de determinaciones que conforman las prácticas profesionales están contenidos globalmente en la conformación del Estado, a través de los mecanismos que legitiman la ciencia como fundamento de lo que ésta define como *lo profesional* y a través de la autorización burocrática de esa práctica. Es a través de estos elementos que debe buscarse la significación social de la práctica médica.

En las sociedades capitalistas dependientes resulta claramente identificable la función social de los productores directos y de los capitalistas, que es la que se ha señalado más arriba. Lo que está en discusión (por las razones también anotadas) es la significación de las prácticas profesionales, las cuales por lo demás no deben ser tomadas en conjunto, sin tener en cuenta su especificidad.

Lo que es una característica común de todas las prácticas

profesionales es que, al no conformar parte de las relaciones directas de producción entre los capitalistas y los trabajadores, su función se encuentra en el terreno de la ideología, considerada esta no como fenómeno superestructural sino en su carácter de componente básico, fundamental, de la composición del Estado. Esta ideología no es la ideología de la clase dominante, sino ideología del conjunto de las clases que conforman la sociedad.

La medicina no escapa a esta determinación. Por el contrario, siendo una profesión cuyo objeto de trabajo es el cuerpo de las personas, se encuentra en inmejorable posición para, al mismo tiempo que cuida de ese cuerpo, servir como uno de los elementos del control que el Estado ejerce sobre el mismo. Y esta es la inserción precisa de los médicos y la función social específica que ejerce la medicina en nuestras sociedades.

Quiere decir que el conjunto de la institución médica, esto es sus profesionales y las prácticas que desarrollan, cumplen una función que completa los procedimientos de control que ejercen los otros aparatos ideológicos del Estado para legitimar su existencia.

El considerar a la institución médica como un aparato ideológico tiene indudable consecuencias para el análisis de los comportamientos que desarrollan, tanto los profesionales de la medicina (no solo médicos), como la población que utiliza los servicios.

Las consecuencias más importantes van a manifestarse en forma de cambios en la manera de considerar los problemas que presenta el ejercicio de la medicina, tanto para quienes la ejercen como para quienes son objeto de la misma. No es lo menos importante el que esos cambios tiendan a facilitar una aproximación entre unos y otros.

La significación que tiene esta manera de visualizar la función social del personal de salud no puede ser demasiado enfatizada, puesto que es la base real de una verdadera toma de conciencia de ese personal, lo cual abre el camino para las necesarias redefiniciones que estamos buscando en el triple terreno de la docencia, la investigación y la práctica médicas.

Esto no puede interpretarse como un ataque a la función médica de la medicina. Debe quedar bien en claro que esa fun-

ción no solo es necesaria, sino que cualesquiera sean las condiciones existentes en nuestros países, se seguirá cumpliendo y es de desear que se cumpla *de la mejor manera posible*. Tampoco es verdad que los cambios en la función social no van a impactar a la función médica, pero es imposible predecir cuáles van a ser esos cambios y ni siquiera es interesante realizar un ejercicio de adivinación para tratar de identificarlos (menos todavía utilizar alguna variante del método Delphi para hacerlo).

Lo que sí podría afirmarse es que lo más importante va a ocurrir a la población. Y esto porque un cambio en la función social de la práctica médica implica un verdadero cambio social, como intentamos mostrar a continuación.

Prácticas alternativas como lucha ideológica en la construcción de hegemonía

La noción actual de hegemonía es la consecuencia lógica de la moderna concepción del Estado capitalista, ya que si este se define como el espacio social donde se articulan las clases sociales, entonces el resultado de esa articulación no puede ser sino una forma aceptada consensualmente. Esa forma es el pensamiento hegemónico.

No es aceptable la fórmula según la cual *el pensamiento dominante es el pensamiento de la clase dominante*. El pensamiento dominante es el pensamiento hegemónico, el cual es el resultado de la interacción entre clases dominantes y dominadas.

La hegemonía, sobre todo en los países capitalistas dependientes, se encuentra en permanente reconstrucción, lo cual ocurre en el espacio privilegiado que define al Estado. La consensualidad, por su parte, no es un *estado de gracia*, sino que es a su vez resultado de los conflictos que se dirimen permanentemente en y entre las clases en ese espacio.

El consenso que permite el funcionamiento del Estado no significa la suspensión o inexistencia de los conflictos y la lucha de clases. Por el contrario, ese consenso es lo que hace posible la manera específica con que se manifiesta la lucha de clases en la sociedad contemporánea.

En lo que hace a la práctica de la medicina, el pensamiento hegemónico, esto es consensual, asigna a los profesionales de la

salud la responsabilidad de esa práctica *en cuanto función médica*. Como se ha señalado más arriba, no existe una asignación, ni un aprendizaje de la función social de una determinada práctica.

La asignación de la función médica a los profesionales, es a su vez una función social institucionalizada mediante los procedimientos burocráticos mencionados antes, pero estos procedimientos son, también, el resultado de conflictos de diverso carácter desarrollados a lo largo de un período histórico. No siempre la *función médica* estuvo en manos de los profesionales de la salud lo cual es evidencia que el pensamiento hegemónico acerca de esa práctica cambió de entonces ahora.

El pensamiento hegemónico ejemplificado aquí por el que acuerda que la práctica médica sea una práctica *profesional*, no es el único que se encuentra vigente en una sociedad en un momento dado. Siempre existen formas *no hegemónicas o alternativas* que aceptan o postulan otras formas de práctica, o que simplemente rechazan las prácticas vigentes, aún sin proponer otras nuevas.

El pensamiento no hegemónico es una de las maneras en que se debate en el seno del Estado el problema permanente de la construcción y reconstrucción de la hegemonía. Es como una propuesta de cambiar la forma aceptada por otra nueva, de luchar contra la vieja institucionalización de la práctica vigente por una nueva institucionalidad, de combatir lo que Foucault considera *lo instituido* por un nuevo *instituyente* que es la práctica alternativa.

En el terreno de la medicina las prácticas alternativas tienen una larga y honorable historia, que han generado soluciones (hegemonías) distintas para distintas situaciones sociales. Puede afirmarse que en cualquier época esas prácticas han contribuido, a veces de manera significativa, a la obtención de importantes cambios en el pensamiento hegemónico y, por consiguiente, a la realización de cambios sociales no menos importantes.

Nuestro propio pensamiento hegemónico reconoce ese mismo origen, cuando a mediados del siglo pasado se cuestiona la práctica tradicional, que respondía a las concepciones hipocrático galénicas, similares a las que hoy llamaríamos ecológicas, para proponer otra forma de práctica que se sustenta en una concep-

ción diferente, no necesariamente incompatible con la anterior, pero que ha desencadenado no solo una práctica distinta, sino que ha dado origen a una dura lucha ideológica entre lo que se identifica como las formas *biologicistas* de la práctica y las formas *sociales* de la misma.

La lucha ideológica entre estas dos concepciones no debe ser identificada como la disputa entre cuál de las dos prácticas es más *verdadera*, o más eficaz para quienes el criterio de verdad sea el de las consecuencias, sino como el intento de construcción de una práctica hegemónica cuya *función social* sea diferente a la que actualmente cumple la *función médica* de esa práctica. Pero esta disputa, esta lucha entre concepciones diferentes, no puede ser debidamente identificada por algo que ya señalamos reiteradamente, que es la inconciencia acerca de la función social que se cumple *cuando no existe conciencia de clase*.

El círculo que forman la subordinación de la ciencia al Estado, la falta de aprendizaje de la función social que se desempeña, la determinación del saber por la práctica, la carencia de sentido contenida en las ambigüedades de las definiciones, se cierra ahora en el apretado nudo que es la falta de conciencia de clase.

Las prácticas alternativas de medicina incluyen casos muy disímiles: distintos tipos de curanderos hasta formas altamente prestigiadas como el psicoanálisis o la homeopatía; el valor de cada una de ellas debe establecerse en su especificidad, pero lo que es claro es que cada una de ellas contribuye a la realización de una práctica ideológica que construye los sujetos de la nueva hegemonía en formación.

HISTORIA Y RECONTEXTUALIZACION

El cuerpo, de máquina a signo

Es un hecho conocido que el cuerpo de los seres humanos se ha ido transformando a lo largo del tiempo en un lento proceso que ha modificado sus características anatómicas y fisiológicas. Habría que decir más bien que el cuerpo humano es una construcción permanente cuyo origen no puede identificarse en

un inicio preciso y definido sino en un proceso evolutivo.

El proceso cuya consecuencia es el cuerpo que somos puede ser considerado como el de la construcción de una máquina, cuyo funcionamiento se adapta permanentemente a las condiciones de existencia de los seres humanos.

La máquina humana es ciertamente admirable y la admiración que produce ha sido expresada por todas las artes en todas las épocas.

Pero lo que nos interesa señalar es que en el proceso de construcción de esa máquina, esta adquiere algo que la diferencia esencialmente no solo de otras máquinas sino también de otros seres vivos. En algún momento la máquina humana se transforma en signo.

El desarrollo del cuerpo como signo adquiere en los seres humanos dimensiones extraordinarias, cuya expresión paradigmática es el pensamiento abstracto y su sustrato anatómico: la corteza cerebral. Sin embargo, al referirnos al cuerpo como signo no nos estamos refiriendo a ese nivel de significación, el cual puede interpretarse como signo de un signo. Es decir, que el pensamiento y sus expresiones son signos del signo que es el cuerpo. Y es a este último al que nos estamos refiriendo.

Ser un signo es ser signo de algo. ¿De qué es signo el cuerpo de los seres humanos?

El cuerpo resume y expresa muchas cosas, pero su significación es una significación histórica, que aparece en el curso de la historia como ascenso de máquina a signo.

La revelación como signo se realiza a través de múltiples manifestaciones: el bienestar físico que produce un trabajo manual realizado en ciertas condiciones, la satisfacción al completar un trabajo intelectual, el placer que produce el amor y la belleza con que se muestra en la pareja, la fuerza que muestra el cuerpo en el combate; el bienestar, la satisfacción, el placer, la belleza y la fuerza de los cuerpos felices.

Todas las expresiones del signo que es el cuerpo se han ido creando o modificando a través de la historia. El cuerpo como signo histórico en su expresión feliz es la salud, lo contrario es la enfermedad.

La historia, a su vez, puede entenderse como el proceso

social a través del cual se construyen (producen, reproducen) los cuerpos de los seres humanos.

La construcción del cuerpo a través de la historia como instrumento de trabajo manual e intelectual

La filogenia es el proceso de evolución biológica de la especie humana. La referencia a la evolución biológica puede ser engañosa puesto que designa el resultado del proceso y no el proceso mismo. Este se caracteriza por ser un proceso social, puesto que se encuentra mediado por la más importante de las relaciones establecidas entre los seres humanos en cuanto sociedad: la que le permite el dominio de la naturaleza.

El progresivo dominio de la naturaleza por la especie humana requirió, en el alba de la historia, la transformación del mono en homínido y la de este en ser humano, con las correspondientes transformaciones anatómicas tantas veces descriptas: la posición erecta, la mano con pulgar oponente (el instrumento que es origen de todos los demás) y la más importante de todas: el voluminoso desarrollo del cerebro y sobre todo de las neuronas en la capa de sustancia gris que lo recubre.

Las transformaciones filogénicas del cuerpo de la especie van aparejadas a otras transformaciones que no ocurren en el cuerpo, sino en la manera en que este se relaciona con la naturaleza. O mejor dicho, el proceso que realiza la intermediación entre esa relación y la modificación del cuerpo es el trabajo.

La primera actividad que tiene apariencia de trabajo humano, pero sin diferenciarse aún de la que realizan los antecesores filogénicos de los seres humanos, es la recolección de frutos vegetales y la matanza de animales, para proveer a las necesidades básicas de esa etapa del desarrollo. Esa actividad manual e instintiva se encuentra inicialmente centrada en el sujeto que la realiza; su desplazamiento hacia el objeto de la actividad va a crear las condiciones para la transformación más asombrosa que ha experimentado jamás la especie humana: la aparición de la capacidad de pensar.

A partir del momento que surge la capacidad de pensar como consecuencia de la desobjetivización (u objetivación) del trabajo, la actividad manual irá acompañada de su contrapartida sim-

bólica que es la actividad intelectual. Y también a partir de allí el cuerpo habrá alcanzado un grado de desarrollo que presentará pocas modificaciones (desde el punto de vista anatómico) que sean siquiera comparables a las experimentadas hasta entonces.

Sin embargo, el trabajo como categoría determinante de las transformaciones ocurridas, no cesará en su capacidad de producir cambios, solo que ahora estos se encontrarán en la esfera del desarrollo intelectual: el sentimiento estético y el pensamiento científico son dos de las formas elevadas que aparecen como consecuencia de la relación entre actividades manuales e intelectuales mediadas por el trabajo recíproco entre unas y otras.

Hacer un hacha es un trabajo manual. Pensar en hacer un hacha es un trabajo intelectual. Pero es, filogénicamente, imposible pensar en hacer un hacha si no nos enfrentamos a la necesidad de ampliar la capacidad de trabajo de nuestro cuerpo máquina (para derribar un árbol o matar un animal, por ejemplo). Esta espiral de determinaciones recíprocas no se detendrá jamás: su historia es la historia de la humanidad.

La sexualidad y el uso del cuerpo en la práctica del amor

En el desarrollo de las personas los sentidos juegan inicialmente un papel predominante. De hecho, la construcción del sujeto parte por la apropiación sensitiva de los objetos exteriores; el primer paso hacia el conocimiento que es la subjetivización del objeto, es al mismo tiempo la afirmación ontogénica de la sensualidad como instrumento en la construcción de la sexualidad.

La sexualidad se la entiende aquí de manera que excede la simple definición de lo que está referido al sexo (macho, hembra), sino como una triple práctica que nos relaciona con los otros a través de un sentimiento de amor. Esas prácticas se dan simultáneamente en los niveles individual y social como práctica intelectual (la creación y el conocimiento estético), sensual (la percepción del placer) y reproductiva (biológica y social).

El amor involucra estas tres prácticas, como un movimiento dirigido hacia desarrollar en el otro (los otros) el máximo de sus capacidades (en la definición de Fromm).

El conocimiento estético implica el doble flujo de la incorporación de la belleza por vía de los sentidos, su elaboración in-

telectual y su devolución como producto de esa aprehensión. La percepción del placer sigue un camino similar en el que se privilegia la primera parte del circuito señalado. La reproducción biológica y social contiene las dos prácticas anteriores. De manera que en esta interpretación del amor se borran las diferencias entre las prácticas intelectuales, sensuales y sociales para integrarse en una sola práctica sexual que las combina.

La sexualidad utiliza al cuerpo en la práctica del amor tanto a través de la percepción de la belleza y el placer en sus manifestaciones sensuales, como en la elaboración intelectual de los mismos y su consiguiente goce conciente. Mente y cuerpo readquieren así la unidad de un conocimiento inseparable de su práctica, de una práctica que es a la vez significación y signo.

La proyección en la historia de la práctica del amor se hace en el proceso de reproducción social a través de la reproducción biológica de los individuos que conforman esa sociedad, pero también mediante la reproducción de las condiciones que permiten el desarrollo de las capacidades individuales y sociales; de ahí la importancia de la definición de Fromm, dada su aplicación a lo que bien podría llamarse metas en el desarrollo histórico de la sociedad: el permanente incremento de nuestras capacidades sociales, es decir: el amor.

La historia como lucha y el cuerpo como arma de combate

La historia del cuerpo máquina en su construcción a través del trabajo y la historia del cuerpo signo en su realización a través del amor, se determinan recíprocamente y se construyen políticamente. Esta construcción política del trabajo y del amor es la historia como lucha permanente.

Las luchas políticas se realizan en muchos niveles y de distintas maneras a lo largo de la historia. Una de esas maneras es el combate, el cual asume dos significaciones principales: la expansión, conquista o defensa territorial, la disputa por el poder. En algunos casos estas dos significaciones se combinan en una sola, en todos los casos el instrumento principal del combate es el cuerpo de las personas.

En nuestra época, la primera significación se expresa en forma paradigmática como nacionalismo, la segunda, en los paí-

ses capitalistas, como lucha específicamente política. Ambas significaciones pueden asumir dos formas principales.

El nacionalismo puede entenderse como la defensa positiva de lo nacional o como la agresión a lo externo, aunque casi siempre su discurso va a acentuar lo primero en detrimento de lo segundo. La diferencia principal va a ser que el nacionalismo agresivo va a basar su práctica en el uso del poder como forma de dominación, en tanto el positivo intentará realizar una práctica hegemónica.

La lucha específicamente política, a su vez puede entenderse como una disputa por el poder de decisión con el propósito de reproducir las condiciones sociales existentes o, alternativamente, como un intento de cambiar esas condiciones. La expresión más clara de esto último es la lucha de clases, con el significado de intereses irremediablemente antagónico de las clases, definidas por su papel específico en la producción de la vida social. También en este caso aparece la misma diferencia que en el anterior; las dos posiciones se diferencian en cuanto a la práctica de dominación en el uso del poder o, alternativamente, el intento de construcción de una nueva hegemonía.

Las combinaciones entre las formas polares de nacionalismo y lucha política ordenan no solo las características políticas de una sociedad, sino también —lo cual es más pertinente para nuestro propósito— las formas específicas en que la sociedad mantiene mecanismos de control social.

El nacionalismo agresivo más la lucha política en favor de la reproducción resulta en gobiernos reaccionarios que, en los países dependientes, ejercen una represión indiscriminada como mecanismo de control social: el reino del terror.

La combinación política reproductiva más nacionalismo defensivo produce una democracia formal liberal-conservadora, que institucionaliza numerosos mecanismos ideológicos de control, conocidos desde Althusser como aparatos ideológicos del Estado (manteniendo también cierto nivel de represión física "tolerable"). Uno de esos mecanismos es la medicina tradicional.

Nacionalismo agresivo y lucha política no reproductiva se articulan en formas ora demagógicas, ora populistas de gobierno. Aquí los mecanismos de control también se inclinan fuerte-

mente por los controles ideológicos, llegando en algunos casos a la represión sutil que utilizan los aparatos del Estado, sin llegar a los extremos de la represión física. Algunos países en la órbita del "socialismo real" ejemplifican este caso desde el lado de lo que podría llamarse "imperialismo de izquierda". Su contrapartida interna es la "dictadura del proletariado".

Por último, la democracia real aparece como una combinación de nacionalismo positivo y política de cambio. En este caso, por lo mismo que se trata de la construcción de una nueva hegemonía, no existirían mecanismos de represión, ni físicos ni ideológicos, sino un permanente debate que sería el principal instrumento de articulación social.

La visión colectivista del cuerpo como objeto de trabajo médico

La triple historia del trabajo, el amor y el combate se unifica en su resultado: la producción de la vida social. La sociedad no es otra cosa que la "totalidad concreta" de esa única historia, que puede ser vista a través de diferentes ópticas, de múltiples facetas, pero que siempre vuelve a descubrir el mismo referente que es los cuerpos en movimiento vital: unidos para trabajar, para amar, para combatir.

El cuerpo social, formado por los cuerpos vivos de las personas en relación, es el verdadero objetivo del trabajo médico. Esto debe ser así, porque si la medicina cuida o restituye la salud de los cuerpos ello implica el cuerpo vivo, el cual no puede ser otro que el cuerpo *en relación* con los demás.

El estar en relación con otras personas de modo que se conforme una sociedad, es lo que posibilita y define la humanidad de los cuerpos.

De manera que se comete un error fundamental cuando se considera como objetivo de trabajo médico al cuerpo de un individuo aislado, pues se pierden las determinaciones que le confieren sus características únicas e irreversibles: vida y humanidad.

Esto no es nuevo para muchos médicos que desde siempre han sabido que su función social es, precisamente, defender la vida y la humanidad de las personas a su cuidado. Basta releer el Juramento Hipocrático para percibir como desde la antigua Grecia nos llega ese legado histórico.

Lo que quizás no sea tan trivial es la manera de aproximarse al cumplimiento de esa función, por la vía de considerar todas las determinaciones pertinentes para entender el cuerpo enfermo en un marco que rescate sus referentes sociales, no tanto por los cambios que ello signifique en cuanto enfoque de procedimientos diagnósticos o medidas terapéuticas (que pueden ser muy importantes) sino sobre todo, por la actitud con que el médico enfrentará la relación con las personas a su cuidado y su misma inserción en el proceso social.

La ciencia como recontextualización histórica

Estas consideraciones conducen a reflexionar en torno al significado de la ciencia en general, y de las ciencias de la salud en particular. Como ya debe resultar obvio, nuestra posición es que una ciencia de salud "verdadera" no puede ser otra cosa que una ciencia histórica.

La afirmación tajante que hacemos es que no existe una ciencia de una vez y para siempre, sino que el primer momento de la reflexión científica debe ser el que corresponde a colocar los objetos y métodos de estudio en contexto histórico. La tarea científica comienza en el mismo momento que se realiza esa contextualización.

Es más, en cada momento puede haber más de una ciencia en relación a un mismo problema. En la Grecia esclavista de la democracia ateniense (democracia, ¡claro está!, para los "demócratas"), había una medicina para los esclavos (en general para los ilotas) y otra para los ciudadanos. Y está bien que así fuera, porque los contextos históricos de ambas situaciones eran diferentes: el cuerpo de los esclavos conservaba aún en buena medida su condición de máquina, en tanto el de los ciudadanos había pasado a ser signo y, en consecuencia, debía cuidarse en ese carácter a través de la perfección física y la belleza. A las máquinas, repararlas para que continuaran en funcionamiento.

Hay una tendencia natural a eliminar ese primer momento de reflexión científica. Cuando ello ocurre, el objeto de estudio (o el método) puede quedar desfasado del acontecer histórico: descontextualizado. En este caso lo que se desarrolla es una pseudociencia que se transforma de inmediato en una rémora que in-

tenta volver hacia atrás las ruedas de la historia. No se trata de una ciencia conservadora sino de una anticiencia.

El proceso de poner los problemas en *contexto* es vital, en especial para los países dependientes, puesto que la dexcontextualización de la seudociencia es uno de los principales mecanismos de dominación de que disponen los países centrales en el terreno de la cultura. Esto cuenta con un importante "aparato trasnacional" que es la organización misma de la ciencia, expresada en los mecanismos de legitimación de la actividad científica.

MEDICINA Y FUTURO

La historia del futuro como práctica de la libertad

La ciencia *en contexto* es, necesariamente, una ciencia de avanzada, una ciencia cuyo problema, por lo mismo que está inserta en la historia, no puede ser otro que contribuir a solventar las trabas que dificultan el avance hacia formas mejores de sociedad. Por ello una ciencia histórica es, también, una ciencia que sirve para la construcción del futuro.

Esto no significa, no puede significar, que hay un determinismo inevitable del futuro hacia formas superiores de organización social. Lo que sí quiere decir es que si la ciencia es verdadera, es decir si está *en contexto*, entonces su quehacer se escribe en la lucha política, en el combate por alcanzar las metas que se identificaron en el acápite anterior: el máximo desarrollo de las capacidades de todas las personas.

Visto desde este terrible año orwelliano, el futuro no luce optimista. La configuración de las fuerzas más reaccionarias de la historia coincide con la más extraordinaria acumulación de fuerza física destructiva. Una guerra monstruosa es un futuro probable.

Pero tal como no hay un determinismo inevitable hacia formas superiores de sociedad, tampoco es inevitable la degradación hacia el holocausto final. Y no lo es porque las fuerzas sociales que comparten un mismo ideal de progreso, pueden transformarse en los promotores de una nueva conducción que replantee la organización de la sociedad a través de nuevos sujetos sociales,

con una visión que reforme y reformule los viejos problemas en los nuevos contextos.

Debemos entender que la construcción del futuro es una tarea cotidiana, que la historia es una práctica que se realiza día a día como una construcción política; la historia del futuro debemos elegirla hoy como *práctica de la libertad*.

La significación del cuerpo libre en la práctica del trabajo, el amor y el combate

Nuestro contexto histórico nos remite hoy a las dos maldiciones bíblicas a las que nos hemos visto sometidos desde tiempo inmemorial, y abre una tercera opción que supera a las dos anteriores. Al “ganarás el pan con el sudor de tu frente” y “parirás con dolor”, debemos agregar una nueva consigna: “lucharás para construir la historia”.

La historia de nuestros países es la de la explotación de su trabajo. Esa explotación, analizada desde antes de Marx como la apropiación por la clase capitalista del excedente de valor generado por la clase obrera, va mucho más allá de este simple (conceptualmente) movimiento de la circulación y acumulación del capital.

Es en la esfera de la producción, en el mismo proceso de trabajo donde la explotación tiene sus características más nefastas, ya que es allí donde el trabajador se ve desplazado en su humanidad por un patrón más terrible que cualquiera de los que los capitalistas son capaces de concebir: la máquina.

Entiéndase que este no es un alegato en contra de las máquinas, sí es un alegato en contra de las máquinas como los componentes fundamentales en la definición del proceso de trabajo. El manejo del obrero por la máquina completa el desplazamiento de la utilidad intrínseca de los bienes por su valor como mercancía.

Los trabajadores en nuestros países sufren de una doble explotación: la que padecen como explotados por los capitalistas locales y la que se deriva de ser países dependientes. Por si fuera necesario un ejemplo de esto último, la deuda externa de América Latina podría dar una idea de su significación, pero más allá de eso está el ejemplo directo del envío de fábricas altamente conta-

minantes a los países dependientes, justificadas como "redespliegue industrial".

Ya hace algunos años que Oscar Varsavsky definió el criterio *pueblocéntrico* frente al *empresocéntrico* para evaluar proyectos "bajo racionalidad socialista". Ese criterio a favor del pueblo, debe pasar a ser un componente fundamental de cualquier visión renovadora en serio de la organización social.

A favor del pueblo quiere decir que los procesos de trabajo deben dejar de ser la amenaza para la salud de los obreros y de la población general que son en la actualidad, para pasar a constituirse en procesos diseñados de manera que el cuerpo de de los trabajadores se sienta libre durante el mismo. Más aún, el cuerpo de los trabajadores debe sentir la satisfacción que derive de un trabajo bien hecho. Como la salud es, en parte, esa satisfacción, el estudio del cuerpo en el trabajo será parte también de la ciencia médica verdadera.

Contextualizar el estudio del cuerpo en la práctica del trabajo, no significa que los programas de estudios médicos deberán incluir exhaustivamente el análisis de esa práctica, sino que deberán hacer referencia a la misma para ubicar correctamente el análisis de la génesis y perspectivas de los problemas individuales o colectivos de salud.

Pero el propósito de la referencia va más allá; su destino final es alcanzar la conciencia social del futuro médico, como medio de capacitarlo y disponerlo no solo para el ejercicio de la medicina, sino para su práctica social, esto es, para formar parte de la base de apoyo al proyecto transformador que elimine la explotación del trabajo y que reformule los procesos de trabajo con criterio *pueblocéntrico*.

Nuestra propuesta, en consecuencia, es que el estudio de la medicina debe contener (no como especificidad, pero sí como referencia) el análisis de los procesos de trabajo en los que se encuentran insertos los trabajadores, y más allá de esto, la definición de los criterios con que un proceso de trabajo podrá ser considerado adecuado para seres humanos en una sociedad más responsable que la nuestra. El criterio *humano* de proceso de trabajo adecuado estará dado por aquel que produzca satisfacción en el momento de realización del mismo. Solo así el trabajo

dejará de ser una condena para pasar a constituir algo que nunca debió dejar de ser: un instrumento de liberación del pueblo.

Existe un cierto paralelismo entre la explotación del trabajo y los desplazamientos inhumanos que ello genera en el proceso de trabajo y en la creación del valor, con la explotación del amor y los desplazamientos, aún más evidentemente inhumanos, que ello genera en las relaciones afectivas.

Los valores, indudablemente de uso, que se generan en la práctica del amor, no solo han llegado a ser degradados al carácter de mercancía explícita (en la prostitución), sino que lo han sido también, de una manera sutil, en relaciones que no implican tal carácter.

Así como el capitalista se apropia del saber y del excedente de valor generado por el obrero, existe una apropiación parcial del cuerpo del "otro" en la práctica del amor. Hay una verdadera política de las relaciones afectivas, a través de la cual los cuerpos de las personas dejan de ser libres para constituirse en un dominio de otros. Esto, que en algunos casos constituye una patología mental, en otros se transforma en una norma de comportamiento social.

Algunas de las normas institucionalizadas tienen siglos de duración y, en consecuencia, pueden parecer permanentes e indiscutibles: el matrimonio, la familia. Este es un terreno sumamente delicado; es indudable que un referente afectivo es de importancia vital para el desarrollo de las personas y para su salud, pero ¿por qué ese referente tiene que ser siempre el mismo?

De hecho, la relación familiar ha sufrido cambios significativos en las últimas décadas. El más importante, en relación con los procesos de industrialización y transformación urbana, es el pasó de la familia extendida a la nuclear, con las consiguientes modificaciones en cuanto a su organización como referente afectivo: de la permanente disponibilidad, variabilidad y versatilidad de personas a quienes recurrir en caso de necesidad, a la ambigüedad y rigidez de acceso.

Estos cambios no han sido explorados aún de manera adecuada en su significación respecto a la salud. En los países más desarrollados, donde ese proceso ha avanzado en mayor profundidad, han aparecido una serie de nuevas instituciones y de "expe-

rimentos" organizativos, que en apariencia son intentos para resolver problemas creados por la nueva situación: desde instituciones de cuidado para personas que resultan una carga intolerable para una familia nuclear, hasta "comunidades" u otras formas de organización social que ejemplifican una propuesta de reemplazo de la familia tradicional.

Lo que resulta claro es que la política represiva acerca del cuerpo, tradicionalmente institucionalizada como norma (a través de la Iglesia, la escuela, la legislación) y como organización (en la familia y el matrimonio), es cada vez más una cuestión pública, un tema de la política y una búsqueda de nuevas formas de comportamiento que avancen en la lucha contra esa represión.

Existe por tanto un amplio campo de estudio en que el objeto de trabajo es el cuerpo del afecto, tanto en su capacidad de expresión del mismo como en las condiciones internas y externas para que esa expresión sea posible.

Puede ser que esto conduzca a identificar causas y objetivos, en el terreno de la salud, que hoy consideraríamos al margen de lo que es nuestra medicina. Es probable que esas causas y objetivos implicaran, como en el caso del trabajo, problemas y propuestas de organización social, o mejor de reorganización social. Y si bien este no será un quehacer de la medicina, ésta habrá cumplido un papel importante al colaborar en su identificación y análisis.

Los criterios de una práctica *humana* del efecto deberán regirse, también en este caso, por la búsqueda de aquellas situaciones internas (de los individuos) y externas (de las relaciones sociales en grupos pequeños o amplios) que tiendan a permitir la expresión del placer y la belleza que son consecuencia del afecto. Como es obvio, esta visión implica la triple práctica que se señala en el capítulo anterior.

La historia puede considerarse desde distintos puntos de vista, pero una constante a través de los tiempos ha sido de las luchas que en todas las épocas han constituido parte significativa del contenido de la historia.

Las batallas de la historia han tenido por objeto conquistar el dominio del territorio o derrotar y someter a algún enemigo real o imaginario, pero el contenido más constante y permanente

de las luchas ha sido la apropiación y el control del cuerpo de los otros o alternativamente, el intento de su liberación.

Si la historia pasada es un indicio de lo que pueda ser la historia futura, significa que deberemos emprender nuevas luchas para conquistar la libertad del cuerpo en el trabajo y en el amor; esto es lo que justifica nuestra afirmación anterior que la construcción de la historia es una práctica política.

Puede parecer extraño plantear que la salud tiene que ver con el cuerpo pensado como instrumento de lucha política, pero esas son las condiciones que nos impone la historia, si aceptamos la idea de una ciencia *verdadera* en los términos en que la hemos descrito.

El cuerpo del combate es un cuerpo colectivo, por lo tanto su estudio excede nuevamente el contenido de los estudios de medicina. Pero la referencia a la fuerza del cuerpo que combate debe servir de marco de análisis para entender la significación de esos estudios. Otra vez, el alcance de esta referencia va a ser el que corresponde a la correcta inserción del médico en el proceso social de nuestra época, en la medida que entienda cuál es la función social de la medicina, en la que el cuerpo que se analiza es el objeto y la vía de construcción de la historia.

La medicina futura como profesión democrática

Es indudable que en una ciencia *en contexto*, las viejas preguntas adquieren nuevos sentidos. No es lo mismo preguntarse ¿por qué estudiar medicina? cuando la perspectiva es la de realizar una práctica que se inscribe en un marco liberal positivista, en el que la medicina *es un comercio*, que cuando se piensa la historia de Latinoamérica como es, en su marco de explotación continua y de dependencia creciente.

La medicina del pasado, no contextualizada, ha sido pese a las buenas intenciones de muchos de sus practicantes, una "ciencia" puesta al servicio de la explotación del cuerpo en el trabajo y de la represión del cuerpo en el amor. Y ello es independiente no sólo de las buenas intenciones, sino también de los resultados que en numerosas circunstancias han significado el alivio de un mal o la curación de una enfermedad individual. Pero hablamos de la significación *social* de la medicina, de su significa-

ción como proceso que tiene que ver con la vida de relación de las personas y con la manera en que esa relación *se transforma en historia*.

Por cierto que no siempre los practicantes de la medicina han tenido buenas intenciones. La historia reciente señala innumerables circunstancias en que los médicos han servido a fuerzas retrógadas, llegando a ser copartícipes de las formas más innoles y horrendas de la represión del cuerpo: la tortura.

No es una novedad que siempre ha habido quien estuviera dispuesto, de manera voluntaria o a regañadientes, a maltratar a sus semejantes, pero lo importante es percibir la relación que existe entre esto último y la forma de enseñar medicina, porque la actitud del médico que ayuda a recuperar las fuerzas físicas a un cautivo para que pueda seguir siendo torturado *es compatible con la manera en que se enseña medicina en la actualidad*.

Ello no sería así, no podría serlo en el caso que los contextos del análisis del cuerpo se definieran, tal como lo proponemos aquí por la búsqueda de las significaciones del *cuerpo libre* en el amor y el trabajo.

No es necesario llegar a los extremos con que hemos ejemplificado los excesos que pudiera permitir una cierta enseñanza de la medicina. No es necesario, en la mayoría de los casos, recordar que existieron la Alemania nazi, la Venezuela de Pedro Estrada o la Argentina del "proceso", para saber a qué extremos puede llegar la deshumanización de la raza humana.

Hay formas mucho más sutiles que las señaladas, a través de las cuales es posible percibir la función social (en el sentido que se menciona más arriba en este mismo párrafo) que ha desempeñado la profesión médica en nuestros países. No hay que esforzarse mucho por descubrirlo: el rol que Talcott Parsons le asigna a la práctica médica es el de *control de una desviación social*.

Un enfermo, para la sociología funcionalista, es una alteración, un error del funcionamiento social. En consecuencia el enfermo debe ser suspendido en sus funciones como ser social en tanto dure su enfermedad. Para ello debe adquirir un nuevo "status": el de enfermo, lo cual le abre un nuevo campo de com-

portamientos posibles al mismo tiempo que protege al conjunto de la sociedad de los efectos nocivos, biológicos y sociales, que podría acarrearle el contacto con el desviado.

El actor social al que esa sociología asigna el papel de juez en este proceso es el médico; su dictamen es inapelable y el individuo al que él ha diagnosticado como enfermo sólo le cabe aceptar su rol.

En suma, el médico es un controlador social a nivel de los individuos, mucho antes que las conciencias de muchos "desviados sociales" se convierta en un riesgo para el equilibrio social y tengan que entrar en funciones mecanismos de control generalizados.

Tal vez corresponda mencionar al pasar que no todos los médicos cumplen ese papel todo el tiempo. Tal vez sea pertinente señalar que la revolución freudiana es, también, una crítica implícita a las antiguas nociones de salud y medicina. Pero esto abriría otra perspectiva en la que no queremos entrar ahora.

El papel controlador del médico, demás está decirlo, no es un papel conciente, pero es el que ha jugado desde que el capitalismo generó una sociedad con alta potencialidad conflictiva en una atmósfera de democracia formal, y el que sigue y seguirá jugando en tanto no sea sustituido por una nueva manera de considerar su objeto de trabajo y su inserción social.

Si en el futuro hay ciencia "verdadera" y si la historia avanza en la dirección del progreso, la medicina puesta en contexto científico e histórico no podrá ser otra cosa que una profesión democrática, una profesión cuya propuesta social sea la liberación del cuerpo de los otros para trabajar, para amar y para luchar por lograr primero, y por conservar después, esas conquistas.

En esta perspectiva, *enseñar medicina* hoy, equivale a intentar que ésta se transforme en ciencia verdadera y que la historia avance en la dirección del progreso.

EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN LAS AMERICAS

CARLOS VIDAL ¹

PRIMERA PARTE ²

La planificación de recursos humanos ha sido motivo de preocupación de parte de los países de la Región en los últimos 30 años. Sin embargo, en la década de los 70 se manifestó con un mayor ímpetu y con una base científica más depurada.

Los términos “recursos humanos”, “potencial humano” y “fuerza de trabajo” se han tomado como sinónimos, pero no lo son (1). El primero es el término más amplio y abarca a toda persona disponible para el desarrollo económico y social. El segundo, designa a las personas capacitadas y, el tercero, a aquellas dentro del marco laboral. Igualmente, “oferta y demanda”, términos económicos, han adquirido en salud una semántica semejante.

Sí analizamos la evolución histórica de los estudios de oferta y demanda, o sea la planificación de los recursos humanos, veremos que hasta mediados del siglo esto era innecesario; la demanda era tan grande que era signo de progreso el satisfacer un déficit exagerado. La preocupación estaba centrada en la planificación educacional, en los contenidos, y no en lo que representaba el recurso humano como respuesta a una demanda social.

Este fenómeno también se manifestó en el campo del saneamiento ambiental. En 1951, se adoptó en la 4ª Asamblea Mundial de la Salud una resolución que solicitaba del Director General de la OMS todo apoyo a la formación de personal para el sanea-

¹ Director de O. P. S. en Argentina.

² Publicado en Educación Médica y Salud, Vol. 18, Nº 1, 1984, O. P. S.

miento ambiental (2). Como consecuencia de esta solicitud y como reacción a una creciente demanda en los países, empezaron a surgir los cursos para ingenieros sanitarios a nivel de posgrado o de complementación universitaria.

Con la mejoría de los niveles de salud y su expresa relación con el mejoramiento de los niveles de bienestar, se hizo evidente la necesidad de enmarcar el problema de los recursos humanos en su triple dimensión: la planificación; la educación y la capacitación, y la utilización. En efecto, los recursos humanos son componentes imprescindibles del proceso de desarrollo socioeconómico y están íntimamente relacionados con el tipo de sociedad en que están inmersos. Por lo tanto, no será posible planificarlos sin una definición del tipo de sociedad a la que deben atender. En otras palabras, el tipo de sociedad define un tipo de práctica de salud que, a su vez, condiciona el tipo de recursos humanos que la ejecutará. Todo ello, dentro de una perspectiva de cambio, no solo mejora los índices de crecimiento y productividad, sino que redefine funciones del "equipo de salud" para la demanda de una sociedad distinta.

La primera referencia a la planificación de recursos humanos aparece en 1958 en la Publicación Científica de la OPS N° 40, Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas. Más tarde, en la reunión de Punta del Este (3) se acordó determinar el número de personal necesario, y en la de Ministros de Salud en 1963 (4) se hizo especial referencia a la planificación de la formación médica. Como consecuencia de esta última reunión, la OPS y la Fundación Milbank Memorial promovieron una Conferencia de Mesa Redonda sobre recursos humanos para las actividades de salud y los programas de educación médica en América Latina (Nueva York, 1963). Fruto de esta reunión fue el "Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia", el que motivó, en 1967, en Maracay, Venezuela, la celebración de la conferencia que analizó este estudio (5).

Casi simultáneamente se realizaron los estudios de recursos humanos para la salud en Perú (6), Chile (7) y Argentina (8). En El Salvador se hizo un estudio limitado a la profesión médica (9) y en Venezuela otro sobre odontología.

Se inicia entonces la planificación general de salud y aparece el método CENDES-OPS. El Centro Panamericano de Planificación de la Salud de la OPS en Santiago, Chile, desarrolló métodos globales de planificación de salud, en los que se asignaba importancia a los recursos humanos. A pesar de estos esfuerzos poco se avanzó. Así, la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (1972), recomendó el desarrollo en cada país de un proceso de planificación de recursos humanos dentro de su planificación de salud. Para cumplir con el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980 emanado de esa reunión, la OPS y el Gobierno del Canadá llevaron a cabo en 1973 la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud (10).

En el Plan Decenal (11) se señalaron una serie de metas cuantitativas en las diferentes profesiones de la salud y algunas, muy pocas, referencias a su relación estructural con cambios en programas y servicios de salud. Este hecho ha distorsionado, creemos, durante algunos años la planificación de los recursos humanos, orientando a los países a lograr metas cuantitativas globales que al no tener consonancia con las realidades concretas de salud en sus comunidades, no tenían mayor significación. Así, la relación médico-habitantes alcanzada en muchos países no mejoró la relación médico-población marginada rural no atendida, entre otras cosas. Igualmente, el hecho de no tomar en cuenta criterios de utilización, produjo en algunos casos problemas de desempleo o subempleo profesional de graves consecuencias, por el alto costo social que deben pagar países de muy pobre economía.

La Conferencia de Canadá formuló una serie de recomendaciones sobre la relación de la planificación de recursos humanos con la planificación de la salud en general; la creación de unidades de planificación en los ministerios; la articulación con el sistema formador; el desarrollo de sistemas de información; metodologías de requerimientos; desarrollo de nuevos perfiles de personal; formación de "planificadores", y promoción de la investigación en este campo.

Desde 1973 al presente, los países han tratado de seguir

muchas de estas recomendaciones con resultados muy variados. En 15 países se han establecido oficinas, departamentos o divisiones de recursos humanos en los ministerios de salud, con desarrollo muy distinto; la mayoría de ellos sin fuerza suficiente para cumplir su papel rector, ya que la disociación con el sector educación y con las otras instituciones del propio sector (seguro social, fuerzas armadas, institutos privados, etc.) es evidente e insuperable hasta el momento.

También se han aprovechado los pactos subregionales para desarrollar algunos estudios. En el Pacto Andino se realizó un estudio sobre las características del "Recurso Humano de Nivel Intermedio en Tecnología de Salud", en cumplimiento de la resolución emanada de la III Reunión de Ministros de Salud del Area Andina (Caracas, 1974, REMSAA 3-33). En Centro América y Panamá se trató de realizar el mismo estudio, pero solo incorporó a dos países, Honduras y Costa Rica.

En términos de la planificación de recursos humanos en salud ambiental, los primeros esfuerzos se realizaron en 1967, con un estudio sobre recursos humanos, patrocinado por la OPS, al que siguió en 1971 el Inventario Ambiental del Caribe Británico. Después de una serie de eventos internacionales, en 1973 la problemática de la planificación de recursos humanos para el saneamiento ambiental comenzó a recibir atención sistemática. Entre estos eventos internacionales vale la pena destacar la 26ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 1973) y la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (setiembre de 1977), que aprobó el "Programa a Mediano Plazo de Desarrollo de Recursos Humanos" para el período 1978-1983. En noviembre de 1979, se realizó en Río de Janeiro el Simposio Regional sobre Planificación de Recursos Humanos en Saneamiento Ambiental; como resultado del Simposio se publicó una guía de instrumentos y procedimientos básicos para el establecimiento de sistemas de planificación nacionales.

En relación con los aspectos metodológicos, merece destacarse el método de análisis que permite ensayar diferentes políticas de recursos humanos y estimar los requerimientos de personal.

En general, se puede decir que la planificación de los recur-

sos humanos en salud después de un auge inicial está en un período de menor actividad. Las oficinas de recursos humanos se han orientado más a la formación de personal técnico y auxiliar. En este último bienio aparecen signos de un renacer de la planificación en consonancia con el desarrollo de los programas de extensión de la cobertura.

Los problemas que enfrenta la planificación son muy variados. Sin pretender ser exhaustivos, se señalan los siguientes:

- Decisiones sobre recursos humanos fuera del contexto de la planificación general de salud;
- Enfoque por grupos ocupacionales aislados y ausencia de planificación por "equipos de salud";
- Disociación entre planificación y educación en salud;
- Información inadecuada;
- Organización deficiente del sector salud en muchos países, lo que trae consigo la gran variedad de instituciones, normas, funciones, etc.;
- Desconocimiento o conocimiento parcial de las condicionantes de la selección de profesiones de salud;
- Falta de definición de políticas y de estimación de aspectos socioculturales.

Se considera que la planificación está desligada de una ideología determinada; si bien esto es cierto, también lo es que, en un determinado contexto, la planificación ha de partir de un conjunto de premisas de orden político que condicionan sus lineamientos y resultados.

Mientras los países vivan en una etapa histórica de incertidumbre política se enfrentarán a múltiples contradicciones y al juego de diferentes esquemas ideológicos a nivel político y económico, que se presentan en forma concomitante en un momento determinado. De tal situación no se escapa el sector salud, en cuanto a la conceptualización de la salud y la responsabilidad del Estado en la atención de la misma, así como en relación con su posición ante la función de los recursos humanos, las diversas modalidades de su utilización y el conflicto entre derechos individuales e intereses de la comunidad.

Todo lo anterior dificulta la planificación de recursos humanos, pero de la misma manera orienta a desarrollar algunos

mecanismos que la hagan factible, como son:

- Promoción de la organización de sistemas adecuados de información de recursos humanos;
- Estímulo de metodologías adecuadas;
- Apoyo a los procesos de planificación integrados entre los sectores de salud y educación (pública y privada);
- Desarrollo de enfoques globales de los recursos humanos;
- Estímulo a los estudios especiales de recursos humanos (perfiles ocupacionales y procesos educacionales, análisis de la calidad del recurso humano, entendiéndose como tal la relación estrecha con la necesidad de los servicios, análisis de utilización, etc.), como parte de la investigación de servicios de salud.

POLITICAS

En la mayoría de los países de la Región no se han definido políticas en relación con la planificación, desarrollo y utilización de los recursos humanos en salud. Generalmente se han planteado políticas en conexión con algunas profesiones, sobre todo las universitarias o aquellas que, en búsqueda de un ascenso social, han logrado legislaciones específicas que norman su ejercicio, derechos y responsabilidades. Sin embargo, estas políticas poco tienen que ver con el proceso de planificación, tanto educacional como de recursos humanos y, menos aún, toman en cuenta el proceso de planificación general de salud.

En algunas reuniones organizadas por la OPS, como la Conferencia Panamericanas sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, se hicieron recomendaciones para la definición de políticas de recursos humanos por los países, pero poco se ha logrado en este sentido. Consideramos que la indecisión política del sector salud en general en muchos países, es la causa de la ausencia de políticas de recursos humanos (12).

En la Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe (13), se señalaron algunos lineamientos de políticas de recursos humanos en salud en los países, a saber:

- . La formación de recursos humanos para la salud y la

creación de instituciones formadoras serán responsabilidad del gobierno, en función de políticas de salud y educación debidamente explícitas.

b. La formulación de políticas de salud y su ejecución —inclusive el desarrollo de recursos humanos— debe ser el resultado de la acción intersectorial, salud y educación, con la creación de organismos interinstitucionales encargados de su coordinación, ejecución y supervisión.

c. Respetando la autonomía universitaria, esta no debe constituir un obstáculo para que las universidades participen en la definición de políticas de salud y, especialmente, de sus recursos humanos necesarios.

d. La formación del personal de salud debe ser enfocada en consonancia con las políticas de salud del país, de acuerdo con su realidad sanitaria y con propensión a su transformación.

e. Toda política de salud debe tener en cuenta los recursos humanos desde el punto de vista de su cantidad y calidad, las relaciones entre las diversas categorías y debe promover los cambios que sean necesarios.

f. Cada país debe definir la estructura de su personal de atención en salud y garantizar el desarrollo equilibrado de la misma.

g. Debe revisarse la práctica médica, sus instituciones y la coordinación del trabajo, para corregir o modificar las tendencias actuales.

h. Los países deberán dirigir sus acciones hacia la constitución, perfeccionamiento o extensión, según sea el caso, de servicios debidamente concebidos y planeados para prestar atención en salud a toda la población y que permitan el aprovechamiento integral de la red asistencial para la formación de profesionales de salud.

i. La práctica profesional y la estructura de la atención médica deben ser consideradas como objetos de transformación por parte de las instituciones formadoras de médicos dentro de cualquier estrategia integral de cambio de las condiciones en las cuales se dispensan servicios de salud a la población.

Finalmente, debemos agregar que es esencial el desarrollo

de políticas de utilización de personal mediante la implantación de medidas de desarrollo del personal, tales como promoción de incentivos, procesos de educación continua, mejoramiento de la carrera funcionaria tradicional, etc. También deberán estudiarse, mediante investigaciones específicas, especialmente de orden económico-financiero, las implicaciones del desarrollo de los servicios de salud en relación con una mayor utilización del personal de salud, su costo, etc.

A lo anterior se suma el hecho de que el rápido desarrollo tecnológico de nuestra sociedad, con el consecuente impacto sobre el ambiente, exige nuevos campos de acción para el personal de saneamiento ambiental, así como una sistemática redefinición de los perfiles ocupacionales y de las carreras profesionales.

FORMACION DEL RECURSO HUMANO

Expansión de la red formadora

La falta de información al día hace muy difícil la presentación científicamente valedera de un proceso que, a simple vista, es de tal magnitud que todos los esfuerzos por controlarlo han sido inútiles. Nos referimos a la expansión de la red formadora de recursos humanos y, en especial, al nivel superior y a las instituciones de formación de médicos.

En 1970 existían 151 escuelas en América Latina (12; 14) con la siguiente distribución geográfica: Argentina, 9; Bolivia, 3; Brasil, 65; Colombia, 9; Costa Rica, 1; Cuba, 3; Chile, 9; Ecuador, 4; El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Suriname y Uruguay, 1 por país; México, 22; Perú, 6; República Dominicana, 2, y Venezuela, 7.

Así, Brasil tenía el 44 % de las escuelas de medicina existentes y México el 13 %. En 1967, el número de estudiantes de medicina era de 98.245. En 1977, el número de escuelas de medicina era de 197, con más de 168.000 estudiantes.

Según una proyección simple, para el año 2000, América Latina tendrá más de 300 escuelas con más de 300.000 estudiantes (cuadro 1).

CUADRO 1. *Número de escuelas de medicina y estudiantes en América Latina, 1970, 1977 y año 2000*

	1970	1977	2000
Escuelas	151	194	+ 300
Estudiantes de medicina	98.245	168.350	+ 300.000

Este mismo incremento se observa en las escuelas de ciencias de la salud, pero sin las características de las de medicina, sobre todo en cuanto al número de estudiantes.

Esta expansión de la red formadora no guarda ninguna relación con las políticas de salud de los países, ni con las directrices de los Cuerpos Directivos de la OPS. Es motivo de preocupación especial la existencia de un gran número de estudiantes de medicina y la política de creación de nuevos tipos de recursos humanos, especialmente de niveles técnico y auxiliar, para los programas de extensión de la cobertura.

En cuanto al personal en servicio, el desarrollo de la infraestructura física y de la capacidad técnica y operativa de los sistemas de salud deberán ir acompañados por el desarrollo adecuado de este personal. Será necesario planificar, formar y adiestrar, utilizar y mantener un personal de salud cuantitativa y cualitativamente adecuado a las necesidades de los servicios de salud.

La información disponible permite estimar que América Latina y el Caribe contaban en 1970 con 580.000 trabajadores en salud y, en 1977, con 977.000. Este incremento sugiere que en 1979 se disponía de 1.050.000 trabajadores. Relacionando este aumento con la población servida, se observa que el total de personal de salud por 10.000 habitantes ha pasado de 20,6 en 1970 a 28,7 en 1977. Esto hace suponer que no habría insuficiencia general de personal, sino escasez en algunas categorías y desequilibrio en la estructura ocupacional del sector. El cuadro 2 muestra la distribución y la evolución de esta estructura, por grandes categorías de personal.

Aunque algunas variaciones en las cifras se deben a un mejor registro, a diferentes criterios de clasificación o a la integración de algunas categorías de técnicos en el personal profesional, la

evolución de la década muestra en forma inequívoca: a) una grave escasez de personal técnico intermedio y, b) un incremento sostenido de personal profesional.

CUADRO 2. *Personal de salud en América Latina, por categorías, 1968, 1974 y 1977**

Categoría de personal	1968		1974		1977	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Con formación universitaria o superior	254.000	45	509.000	62	616.000	63
Técnico	62.000	12	41.000	5	43.000	4
Auxiliar	224.000	42	266.000	33	318.000	35.5

* *Fuente:* Documento Oficial de la OPS 173 (1980).

Ambos hechos hacen pensar que las políticas de prioridad para el personal técnico y auxiliar no han sido todavía puestas en marcha o que este personal no ha podido ser utilizado plenamente en las modalidades actuales de los servicios de salud.

Si el modelo de prestación de servicios continuara en forma similar y no se presentasen cambios sustanciales, se puede prever que para 1990 se requerirán más de un millón de trabajadores de salud. Esto no significa que este personal debe duplicarse de 1979 a 1990, lo que es poco probable, sino que, de llevarse a cabo la expansión de las estructuras físicas, estas absorberían un millón de personas adicionales, entre las cuales se encontrarían 139.000 profesionales (médicos, enfermeras, dentistas y otros); 239.000 técnicos (enfermeras-técnicas, técnicos de diagnóstico, tratamiento, saneamiento, etc.), y 661.000 auxiliares (auxiliares de enfermería y de salud rural).

Como se puede apreciar en la figura 1 la mayor demanda futura radica en el personal auxiliar, siguiéndole el técnico y, en menor medida, el profesional.

Cabe señalar que, en la mayoría de los países, hay facilidades educativas satisfactorias para la formación universitaria. También existen dentro de los servicios, estructuras —aunque generalmente insuficientes— para la formación de personal auxiliar; pero se advierte una grave deficiencia para la formación de personal técnico a nivel medio. Esto demanda una revisión urgente de las políticas actuales.

Cabe recalcar, sin embargo, que el problema fundamental no radica en los costos iniciales de formación del personal adicional, sino en los costos recurrentes de su empleo y remuneración ade-

FIGURA 1. *Personal existente en 1974 y personal adicional necesario para América Latina y el Caribe, según modelo actual de prestación de servicios*

	1974	1990
MÉDICOS	211.000	85.000
ENFERMERAS UNIVERSITARIAS	25.000	15.000
OTROS PROFESIONALES	240.000	38.000
ADMINISTRADORES	18.000	18.000
ENFERMERAS DE NIVEL TÉCNICO	45.000	125.000
TÉCNICOS HOSPITALARIOS	21.000	57.000
TÉCNICOS DE SANEAMIENTO	5.000	40.000
AUXILIARES DE ENFERMERIA	250.000	625.000
AUXILIARES DE SALUD RURAL	16.000	36.000

cuada. Estos costos plantean problemas a las instituciones nacionales y es necesario asegurar un financiamiento nacional suficiente o, en su defecto, financiamiento externo, hasta que los gastos recurrentes puedan ser absorbidos por las mismas instituciones.

En los aspectos cualitativos, el nuevo personal deberá ser formado para desempeñarse en sistemas de salud en los cuales la atención primaria es la estrategia fundamental. Por lo tanto, debe incorporarse en los estudios el énfasis necesario sobre salud pública, epidemiología y aquellos aspectos socioculturales de la problemática de salud y enfermedad a nivel nacional y local. En otras palabras, la calidad debe tomarse como la estricta relación entre el proceso educacional y las necesidades de salud de la población.

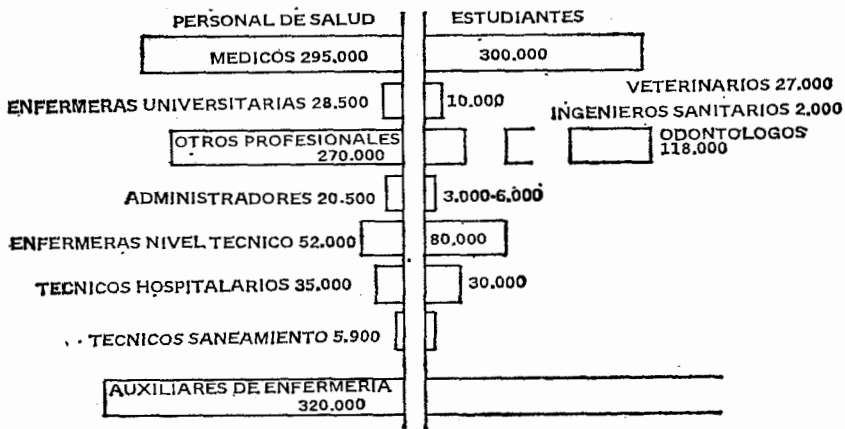
Este planteamiento de una "calidad nueva" permite darle a las especializaciones futuras del estudiante una base científica

que parte de las necesidades reales de la población y que, a la vez, hace más factible la reorientación del personal actual.

Indudablemente, el desacuerdo entre las necesidades y la producción de recursos es fruto de una inadecuada planificación de recursos humanos en salud. Al mismo tiempo, no puede decirse que la planificación global del desarrollo esté ofreciendo un marco adecuado para incorporar la planificación educativa en general y de personal de salud, en especial. El problema no solo reside en la debilidad de los vínculos orgánicos entre ellos y en las divergencias teóricas sobre el lugar que ocupa la enseñanza en la planificación general, sino también en los numerosos obstáculos prácticos que confronta la planificación en medios políticamente inestables, con intereses creados de honda raigambre y recursos escasos y fluctuantes.

Es preciso tener en cuenta que en 1982 existen 300.000 estudiantes de medicina en América Latina y el Caribe, que se incorporarán al trabajo en los próximos cinco años, o sea que se duplicará el número actual de médicos, agravándose los problemas de desempleo. Igual fenómeno se observa en odontología y otras profesiones universitarias, como se puede ver en la figura 2.

FIGURA 2. Personal de salud y estudiantes en América Latina y el Caribe, 1982



En esta visión panorámica de las tendencias educacionales en salud en América Latina, existen diferencias significativas entre los países (15). Cuatro son los patrones nacionales en los que distintos niveles económicos y tasas de crecimiento y distintos procesos de cambio de la estructura social (en los que la urbanización entendida en su amplio sentido parece tener ahora un papel preponderante) dan margen a diferentes oportunidades y limitaciones en los sistemas educativos:

1) Países con ingresos por habitante más altos que el promedio regional, tasas medias bajas de crecimiento económico en el último decenio, alto grado de organización, porcentajes relativamente grandes de la población en los estratos sociales medios y niveles educativos bastante superiores al promedio general. Hay poca demanda externa del producto de los sistemas de enseñanza: el sector privado no puede absorber más que una fracción de sus egresados y el sector público solamente puede hacerlo a costa de déficit presupuestario y el aumento de una burocracia que es ya excesiva. Cabe esperar una considerable emigración al extranjero de profesionales y técnicos en los países que pertenecen a esta categoría.

2) Países con ingresos por habitante y tasas de crecimiento entre altos y medianos en relación con el predominio regional con cifras nacionales que encubren grandes disparidades internas; con un proceso acelerado de urbanización y de crecimiento de los estratos medios, pero que aún no llega a los niveles característicos del primer grupo; con niveles de enseñanza que se elevan con alguna rapidez desde posiciones muy bajas. Las instituciones públicas necesitan administradores calificados, economistas expertos en ciencias sociales y otros, que el sistema educativo actual no puede proporcionarles. Bajo auspicios públicos y privados, una gran variedad de mecanismos desarticulados de enseñanza y capacitación, satisfacerán las necesidades inmediatas de especializaciones, en tanto que el resto del sistema continuará creciendo con algún desorden y muchos conflictos internos.

3) Países con ingresos por habitante entre medianos y bajos, pero con tasas de crecimiento altas, gracias a las exportaciones de materias primas; con un proceso de urbanización y de crecimiento de los estratos medios parecidos al del grupo (2),

pero partiendo de niveles mucho más bajos. El crecimiento general de la educación también muestra semejanza con el grupo anterior, pero sus niveles son más bajos y la matrícula está más concentrada en la enseñanza primaria. También aquí será débil la capacidad del sector público para captar una proporción mayor del producto nacional y aumentar así las asignaciones a la educación. En estas condiciones de desarrollo es probable que el impulso más vigoroso para ampliar y reformar la educación provenga de organismos internacionales que comparen los niveles existentes con las necesidades de desarrollo y la capacidad de la economía para ofrecer más educación. Varios de los países latinoamericanos más pequeños, parecen hallarse en este grupo.

4) Países con ingresos por habitante bajos, con poco o nada de crecimiento económico, estratos medios poco numerosos y niveles de enseñanza bajos y casi estáticos. En estos países coinciden la capacidad limitada para financiar la enseñanza con presiones sociales ineficaces para lograr educación y poca capacidad de los sectores ocupacionales para absorber el producto del sistema educativo. Paradójicamente, estos países comparten con los del grupo 1 pérdidas muy altas por emigración de los pocos profesionales y técnicos que logran formar.

La OPS ha tratado de encontrar un mecanismo que permita limitar ese crecimiento. Se han llevado reuniones sobre "Requisitos Mínimos para la Creación de Facultades de Medicina" en Caracas, Venezuela y en Bahía, Brasil (16). Se ha elaborado un instrumento de evaluación de facultades en funcionamiento y de escuelas en proyecto de creación, que está siendo aplicado en los países de la Región.

Un tema que merece especial mención es el desarrollo del bachillerato diversificado (bachillerato profesional, etc.), en muchos países de la Región como expresión de reformas educacionales globales. En el campo de la salud han aparecido así, los bachilleratos diversificados en enfermería, en técnicos de laboratorio, de saneamiento, etc. En algunos países estos bachilleres tienen dificultad en encontrar empleo, ya que los tipos de cargos que les corresponderían están ocupados por profesionales graduados, los que existen en abundancia.

Coordinación multiprofesional

El fenómeno educativo es de por sí complejo. Desde el punto de vista de la sociedad como un todo, la educación se presenta como una función social que influye directamente en todas las demás, al preparar a los hombres para ejercer diferentes actividades. Si se le observa desde una perspectiva cultural, la educación transmite, acrecienta y difunde los valores culturales. Desde el aspecto jurídico-social, la educación es un derecho de la persona humana, como la salud, que debe ser asegurada y reconocida por el Estado. Finalmente, partiendo del educando, el proceso de enseñanza-aprendizaje contribuye al cambio de conducta, proporcionándole informaciones e instrumentos que le permitan investigar, analizar, criticar y reflexivamente plantearse, ante sí y ante los demás, su capacidad de participación en la sociedad, en su comunidad.

La magnitud de este proceso hace necesaria la participación de todos los agentes que puedan colaborar, de una u otra forma, en su desarrollo y ejecución: la familia, la escuela, la educación no formal, el servicio, los medios de comunicación. Cada uno de estos agentes actuará a través de instrumentos que estarán determinados por los objetivos y las realidades educativas concretas de cada tipo de sociedad.

En relación con este aspecto, muchos han sido los intentos por desarrollar la formación multiprofesional del "equipo de salud", como un todo y no en forma aislada, disciplinaria o uniprofesional.

Así, la promoción y apoyo a las llamadas facultades-escuelas de ciencias de la salud y las currículas en "espiral de complejidad creciente con salidas laterales", fueron ejemplos de cambio, tomando como partida el proceso educacional, sin éxito hasta el momento. Creemos que este limitado suceso se ha debido a que se consideró que se podía cambiar la práctica de salud individualista y curativa esencialmente, en una práctica de equipo e integral, a través de los cambios en el proceso educacional. Consideramos que esta práctica de salud es la hegemónica y la que orienta el proceso educacional. También queremos señalar que, aún cuando un sistema de enseñanza está concebido para perpe-

tuar el *status quo* por el solo hecho de crecer más allá de cierto punto, se hará cada vez más difícil la preservación del *status* y de las relaciones ocupacionales existentes.

Si pensamos en un modelo con posibilidad de generar una transformación de la práctica de salud, con la participación del proceso educacional, este deberá estar basado en los siguientes aspectos. La planificación y la programación de las acciones de salud deberían ser una actividad conjunta de las instituciones prestatarias de servicios y de las formadoras. Esta planificación de salud, al necesitar una base centrada en la realidad de la salud de las poblaciones, requiere de una constante investigación epidemiológica, social y operativa, en la cual la "inteligencia universitaria" debería participar intensamente, como primera prioridad de su quehacer investigativo. La definición de perfiles ocupacionales claros por parte de las instituciones de servicio será la base de los perfiles educacionales y de las currículas. Así la evaluación del estudiante no deberá estar centrada solo en la evaluación del estudiante o del proceso educacional, sino en la evaluación del desempeño del egresado, mediante programas conjuntos de supervisión-educación. Estos programas, al detectar problemas de origen educacional, servirán de retroalimentación del proceso formador. Finalmente, la educación permanente o continua basada en el trabajo será el otro nexo entre ambos procesos.

Todo lo anterior hará realidad el planteamiento de que el proceso educacional debe ser una respuesta al proceso de prestación de servicios, pero además participará en la transformación del modelo de la prestación de los servicios hacia formas más acordes con la estrategia de atención primaria.

En relación con América Latina, el punto de partida de la planificación educativa y de recursos humanos ha sido, hasta ahora, la subordinación de ambos objetivos generales de crecimiento del ingreso global. Se ha elegido así una de las alternativas posibles. Es obvio que de los planes sectoriales es posible derivar necesidades respecto a la mano de obra y que el camino seguido es, en sí mismo, lógico y coherente. Pero existe otra alternativa: la de que consideraciones relativas al uso de los recursos humanos y a la política ocupacional pudieran constituir también un

punto de partida para la formulación de los planes generales. La decisión de uno u otro punto de vista parece determinada por razones políticas más bien que técnicas.

Las iniciativas en materia de planificación de recursos humanos no se han basado en una concepción de la planificación general. Lo anterior se aprecia más claramente al comprobar la escasa traducción de las metas de crecimiento en términos de ocupación, productividad y calificación de recursos humanos y la ausencia de políticas ocupacionales explícitas y de absorción técnica que servirían para proyectar las necesidades de educación y calificación.

Para conseguir un mayor respaldo a la formación multiprofesional y, especialmente, a los niveles técnicos, es preciso que se presenten los siguientes cambios: transformación efectiva de las oportunidades ocupacionales, y cambio adecuado en el sistema de incentivos.

Así, por ejemplo, el número de enfermeras no crecerá o, si crece, se detendrá rápidamente por falta de oportunidades reales para ejercer la actividad, o porque las que existen están mal remuneradas o su prestigio social es muy bajo. Igual se puede decir para los técnicos medios en salud que representan el "cuello de botella" de la estructura del personal de salud.

La traducción de las demandas potenciales del mercado ocupacional en necesidades educacionales, plantea dificultades no insuperables, pero que deben tenerse presentes y mencionarse en este contexto. Es, por lo tanto, indispensable para cumplir con las necesidades de personal polivalente, flexible y de fácil adaptación a las situaciones coyunturales, usar combinaciones diversas del sistema escolar y extraescolar. Esto puede dar lugar a que no sea evidente la escasez de personal calificado y que el problema quede más bien encubierto por la sustitución de unas categorías profesionales por otras de menos calidad, de formación incompleta o parcial o por la capacitación acelerada a través de procedimientos extraescolares. Sin embargo, esta es la forma que los países en vías de desarrollo emplean para superar con rapidez las necesidades de recursos humanos.

Se registran, en suma, importantes desniveles entre las calificaciones óptimas requeridas y las del personal disponible.

Pero este es un costo social que hay que pagar y que se puede superar con programas conscientes de educación continua o permanente.

Desarrollo pedagógico

Las tres áreas programáticas que orientan las actividades en este campo son: la planificación y administración de la educación; el desarrollo de recursos metodológicos y tecnológicos que tratan de lograr una mayor racionalización del proceso educacional. Esto ha implicado la elaboración de estrategias para facilitar la cooperación técnica entre países en la preparación, implantación, adaptación y difusión de tecnologías apropiadas en el campo educacional, a base de enfoques innovadores de autoformación, interdisciplinaria e integración docente-asistencial, que constituyen los fundamentos para dar una orientación mejor al personal de acuerdo con la realidad nacional y los planes de salud.

Mención especial merece la estrategia centrada en la creación de "redes de proyectos" en que instituciones y organismos de varios países se dedican a un problema específico y representan a la vez una acción a nivel nacional, una coordinación regional y una cooperación técnica horizontal entre grupos nacionales.

Otras posibilidades para coadyuvar a los cambios las constituyen la creación y adaptación de nuevas metodologías educacionales y el adiestramiento de profesores e instructores en aspectos pedagógicos del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) en Río de Janeiro y de otros centros a nivel nacional, así como los proyectos de provisión de materiales de instrucción, libros de texto, manuales y otros de interés para los estudiantes de todas las profesiones de la salud y para todos los niveles y categorías de personal.

Utilización de personal

Este aspecto del desarrollo de recursos humanos es al que se le ha prestado menos atención. Como decíamos al inicio de este trabajo, las necesidades de personal de salud eran tan grandes que todo el personal encontraba trabajo. Ahora esto no sucede así, y los signos de desempleo y subempleo profesional son patentes. La formación de técnicos medios en salud sin autonomía

de trabajo trae consigo la rápida desocupación e incapacidad del sector salud de ir incorporando promociones sucesivas. La falta de políticas de personal de salud hace difícil la carrera funcionaria y, en el momento actual, la rapidez de los cambios estructurales exige una formación flexible para hacer frente a las transformaciones que se producirán en las ocupaciones y al hecho de que educar es formar integralmente. Ello obliga a aumentar el contenido científico en la formación técnica y los aspectos de destrezas y aptitudes en la formación científica.

Se trata de enseñar no solo una determinada técnica, sino la aptitud para manejar técnicas, inclusive las hoy imprevisibles. En otras palabras, la formación en una atmósfera de tecnicidad. Todo lo anterior está orientado al mejor desarrollo de las comunidades, de una "preformación de la vida por la ciencia", y de la valoración de la ciencia y tecnología como instrumentos de un desarrollo adecuado.

Para detectar las necesidades de educación permanente se precisan programas de supervisión educacional de los individuos en servicio, y como respuesta a estas deficiencias es necesario desarrollar programas de educación continua.

Sistemas de supervisión

Al tratar de definir la supervisión podemos ir desde un concepto simple que describe un proceso común de todas las profesiones y ocupaciones: *el supervisor tiene a su cargo asegurar que otra persona realice una buena tarea.*

Si este concepto se aplica a salud, cuanto más concreta sea una tarea, indudablemente más fácil será reconocerla como bien o mal hecha. Pero como las acciones de salud son, generalmente, menos concretas, sus objetivos son menos explícitos y, sobre todo, sus resultados son difíciles de evaluar. Por lo tanto, las habilidades para lograr las tareas son menos precisas y hacen confusa la supervisión.

La dificultad de definir la supervisión en relación con las acciones de salud proviene, en gran parte, de los *problemas teóricos acerca de la prestación de servicios de salud aún no resueltos, sobre todo en relación con la medición de la efectividad de las acciones de salud*, de lo que se viene llamando "el impacto

de los programas de salud en el nivel de vida del pueblo". Todo esto evidencia la necesidad de investigación como base del proyecto de supervisión para elaborar proyectos de base científica.

Debemos, mientras tanto, adoptar definiciones operativas de la supervisión que sean suficientemente flexibles como para permitirnos trabajar útilmente. Desde una visión histórica e indudablemente derivada de la *necesidad de controlar*, la supervisión es fundamentalmente inspección.

Surge posteriormente la necesidad de entender la supervisión como un enfoque científico que enfatiza la eficacia administrativa y la investigación empírica. La necesidad de supervisión científica da lugar a todo un proceso de investigación operativa. Esta supervisión sin duda, dará fundamentalmente importancia a la "eficiencia y productividad". Además, la supervisión permite detectar en el trabajo innovaciones tecnológicas que luego de ser analizadas pueden generalizarse.

Como reacción a lo anterior, aparece otro tipo de supervisión que enfatiza la dignidad del supervisado. Podríamos decir que los principios básicos de este tipo de supervisión son:

- Protección de la integridad del trabajador;
- Liberación y apoyo del talento del trabajador;
- Supervisión como proceso formativo;
- Supervisión en salud como el medio más eficiente para lograr el desarrollo del personal de salud, no solo en el manejo de un conjunto de técnicas y conocimientos para su trabajo, sino como parte de su desarrollo como persona humana, inserta en una realidad concreta y preparándola para los cambios que esta realidad sufre;
- La supervisión debe conllevar una labor de asesoramiento y, más aún, debe tener la posibilidad de trabajar con el supervisado en la solución de problemas. La supervisión debe contemplar, además, un fuerte contenido de investigación que permita y oriente el cambio;
- Finalmente, la supervisión seguirá siendo parte del proceso administrativo, pero incentivando la dirección participante, el autocontrol y la evaluación formativa.

Recalamos que no nos referimos en ningún momento a un nuevo elemento o a un sujeto específico llamado supervisor. Con-

sideramos que debemos *adiestrar en supervisión a los diferentes miembros del equipo de salud.*

Planteamos, en última instancia, que los países definan sus modelos de supervisión y la forma como desean adiestrar a su personal en estas funciones. Hemos de trabajar en el enfoque metodológico, dándole al personal de los países los instrumentos para el propio desarrollo de sus programas de adiestramiento.

Educación continua

El problema de la educación continua se plantea en un contexto muy específico para América Latina y el Caribe, muy diferente al de los países más desarrollados. Si el aumento de cobertura, regionalización, atención primaria, utilización de auxiliares y participación de la comunidad han de convertirse en realidades concretas, la educación continua del personal de salud debe ser un elemento para la construcción de esta realidad (12, 17).

En todos los países de América Latina y el Caribe se llevan a cabo actualmente actividades de educación continua que contribuyen a la formación, adiestramiento o mantenimiento del personal de salud. La información disponible, induce a pensar que estas actividades representan un significativo y valioso esfuerzo, a la vez que movilizan importantes recursos económicos (12).

El estudio comparativo de los programas de educación continua en los países, muestra que se reagrupan actualmente muchas actividades de carácter muy diverso bajo la denominación general de educación continua. Es esencial que en el futuro se haga una distinción clara —según el objetivo que persiga el programa— entre los varios tipos de adiestramiento que recibe el personal de salud durante su vida profesional (12).

Así, en un mismo programa pueden coexistir varios tipos de actividades, las que pueden responder a objetivos diferentes que, a su vez, determinan diferentes tipos de adiestramiento: en servicio; de regularización; de especialización; de actualización; de reorientación; de desarrollo de personal, y de educación iterativa o recurrente.

El estudio evidenció que los programas son generalmente organizados en función de las necesidades de los grupos profesionales. Cada categoría cuenta con programas específicos; aunque

el mayor número está destinado a médicos y enfermeras, los hay también para odontólogos, farmacéuticos, técnicos o tecnólogos, personal administrativo y auxiliares.

En la distribución de los programas por subsector, se destaca la posición de liderazgo del subsector público en este campo: de 155 programas, 92 son organizados para personal de este subsector, 43 para el semipúblico y 20 para el privado (12).

Un aspecto importante, tanto por sus implicaciones legales y laborales, como por su impacto psicológico, es *la obligatoriedad de los programas de educación continua*. La información disponible sobre 123 programas muestra que la mayoría de ellos son optativos (98). En cuanto a su cobertura, es insuficiente en las áreas rurales y periféricas.

La educación continua o permanente es aquella que privilegia la dignidad de la persona (madura y responsable) y su derecho democrático a dar y recibir aprendizaje según sus necesidades individuales y sociales, dentro de un proceso concebido sin término temporal, a darse en todas las etapas de la vida, sin restricciones sociales (al alcance de todos) y sin exclusión de contenidos y da prioridad a la riqueza de la realidad social como fuente válida de aprendizaje. La educación permanente pretende lograr los siguientes objetivos: debe estar presente en toda la vida del trabajo de salud; se proyecta más allá de la sala de clases; rebasa su acción más allá del sistema escolarizado y reconoce la posibilidad que tienen otras agencias o agentes sociales de ejercer funciones educativas.

El cambio educacional

Debemos iniciar este análisis señalando que la interpretación de los conceptos de educación, recurso humano y desarrollo que le sirven de base, han presentado variaciones y que el significado de estos términos, aparentemente muy claros, se ha ido modificando y extendiendo a medida que la experiencia pone de manifiesto lo inadecuado de las definiciones anteriores.

Así, el concepto de educación incluirá toda la gama de medios optativos o complementarios por los cuales se transmiten el conocimiento y los valores y se modifican los patrones de comportamiento. Los límites de este trabajo impiden examinar deteni-

damente todos los medios de importancia potencial para educar, adiestrar y socializar, como los de comunicación de masas, las organizaciones juveniles, los servicios de divulgación y la familia misma, pero es preciso tenerlos en cuenta.

Este concepto cada día más se diferencia del correspondiente al "proceso de enseñanza-aprendizaje" que tiene una connotación más activa que el de educación. El concepto de "enseñanza-aprendizaje" se refiere más al de "apropiación" del conocimiento, versus la transmisión de este conocimiento. En el primero, el estudiante es el sujeto de su aprendizaje; en términos más clásicos, la educación hace del estudiante un objeto de su proceso.

La formación del personal de salud ha estado orientada sobre todo hacia la creación de grupos de excelencia, dentro de un sistema escolarizado que limita el ingreso de grandes números de estudiantes y, por lo tanto, está divorciado de las necesidades de salud de los países. Posteriormente, la formación de personal se ha ido incorporando a categorías y niveles diferentes como personal auxiliar y colaborador y, en la actualidad, ha logrado, en mayor o menor grado, un perfil propio, pero casi siempre desvinculado de la realidad.

La tarea por hacer puede proyectarse entonces en la siguiente forma: en 1990 se necesitarán aproximadamente 700.000 profesionales de alta categoría en salud —casi el doble del número actual— y su distribución en especialidades diferentes tendrá que ser muy distinta a la actual; habrá que triplicar el personal con capacitación técnica media, modificando la composición interna de esta categoría y adecuando su capacitación a las necesidades cambiantes de los servicios, economías y sociedades, con lo que mejorarían los coeficientes, evidentemente insatisfactorios que ahora existen entre el personal superior y auxiliar de las profesiones de salud.

Para lograr estos objetivos, especialmente en los niveles medio y superior, es preciso mantener tasas elevadas de incremento y modificar de manera radical la composición del producto. Sin embargo, sería un error traducir automáticamente las necesidades en una mayoría matrícula y en recursos adicionales para la educación.

Los nuevos programas de extensión de la cobertura exigen

la formación de personal de todos los niveles y categorías, especialmente técnicos y auxiliares, en forma masiva y acorde con la problemática de salud de cada país. Por lo tanto, la formación de recursos humanos en salud y sus programas objetivos no estarían predeterminados y ordenados en secuencias, ni en términos de modelos sociales y educacionales tomados en préstamo y destinados a un grupo de la sociedad; serían, en cambio, el resultado de la consulta permanente, de carácter integrador y con participación de toda la sociedad.

Este tipo de formación, al estar ligada a los servicios dentro del proceso de integración docente-asistencial, hace de cada estudiante un trabajador. El estar unido al propio desarrollo de la comunidad hace de cada estudiante un conocedor de sí mismo y de su comunidad.

En los últimos años, la expansión de la red educativa no ha venido aparejada con un mejoramiento de la eficiencia interna evaluada por su capacidad de retener a los alumnos. Se ha señalado la escasa capacidad de retentiva de la escuela primaria, pero el alto fracaso estudiantil caracteriza todo el proceso educacional en Latinoamérica, aun en la universidad, lo que indica la falta de correspondencia entre la oferta de educación y los consumidores potenciales y, especialmente, de la juventud proveniente de estratos sociales inferiores económicamente para hacer uso efectivo de ella.

La pérdida (atrición) en las escuelas de medicina llega a proporciones alarmantes en algunos países. Por otro lado los numerosos postulantes que presionan por ingresar en las escuelas solo pueden ser admitidos agrandando las clases, estableciendo turnos múltiples, haciendo inversiones insuficientes en equipo y textos y contratando profesores menos preparados.

Es preciso asegurar que la mayoría, o la totalidad, de los estudiantes se integren al proceso enseñanza-aprendizaje y puedan desempeñar cabalmente las funciones para las que se prepararon. Hay que utilizar estrategias educacionales que permitan alcanzar este propósito. De ahí que la nueva tecnología educacional, aplicada a la formación de recursos humanos, cumple un papel específico y de importancia extraordinaria. Es indudable la influencia que ejerce la tecnología en todos los campos de la actividad hu-

mana. El proceso educacional también incorpora este componente en su desarrollo y resulta importante orientar adecuadamente esta influencia, empezando por definir su campo de acción. Para nosotros el estado actual de desarrollo educacional permite una nueva definición de racionalidad, un nuevo modelo de pensamiento que subraye el aspecto cuantitativo y las relaciones estructurales (técnicas y sociales) entre los "agentes" y los "sujetos" del proceso de enseñanza-aprendizaje, utilizar los criterios de la eficiencia, eficacia, efectividad, o sea, utilizar los recursos con el menor costo y esfuerzo al mismo tiempo que evalúe sus resultados según las transformaciones que se operan para permitir así una mayor oferta de oportunidades educativas.

Es patente e histórica la necesidad de integrar el conocimiento médico, no solo entre las disciplinas de este saber, sino con otras que tienen que ver con el hombre, la sociedad y el medio ambiente que lo rodea. Podríamos aseverar que una respuesta interdisciplinaria representa una transformación real de dicho proceso y como este proceso está inscripto fundamentalmente, en nuestro caso, en la universidad, representa una transformación de dicha institución (18).

Es indudable que en el campo educacional los problemas de interdisciplinarietà no están totalmente resueltos como en el de la investigación. Todavía la optimización de la educación no está suficientemente evolucionada, no se tiene totalmente clara la relación entre un currículo interdisciplinario y la división de tareas de una sociedad, el tipo de calificaciones requeridas y la oferta-demanda de mano de obra. Debemos analizar estos hechos y buscar soluciones. Incorporamos la necesidad de una mayor relación entre estudio y trabajo, entre docencia y asistencia, no solo como estrategia, sino como objeto de estudio y de investigación, que permita solucionar los problemas mencionados.

La ciencia no puede separarse de sus aplicaciones. Entre la formación general y la profesional no hay ni oposición ni separación, sino continuidad, como la hay entre formación profesional e investigación. Los estudios médicos deberían ser la mejor prueba de esto y los vínculos que se estrecharían entre las escuelas, los servicios y la comunidad servirían de ejemplo.

Esto involucra el rechazo de la noción clásica de escuela o

universidad. La única educación digna de este nombre es la autoeducación y las directivas de un educador deben consistir en la orientación de los estudiantes y en proporcionarles ciertos instrumentos de investigación. Aquí tiene razón de ser la nueva tecnología educacional que permite la autoeducación y facilita el proceso de investigación permanente y de incorporación temprana al trabajo.

Si queremos evitar que la educación continua siga siendo teórica, por más "prácticas" que se diseñen, debemos insistir en inscribir el proceso de enseñanza-aprendizaje en la realidad en el servicio. En el campo de la educación en salud, en general, esta situación plantea un cambio en el método de diseño de los planes de estudio, en el cual se pasa del "objetivo de contenido" (conocimientos) al "objetivo del proceso" (esquema de acción) (19).

Para realizar un cambio como el que se propicia, es preciso desarrollar nuevos métodos educacionales y un nuevo tipo de formación de profesores; todo lo anterior, inscripto dentro de un cambio de actitudes y de relaciones entre maestros y estudiantes y entre la universidad y la sociedad (14).

Por lo tanto, el proceso educacional basado en la interdisciplinariedad, en la autoformación y en la incorporación temprana al trabajo o integración docente-asistencial debe ser algo muy distinto a la simple transmisión del conocimiento. Es más bien una formación en "saber-hacer" que solo puede obtenerse por medio de actividades de trabajo-estudio de un nuevo género en las cuales estarán estrechamente asociadas varias disciplinas, donde lo social, lo psíquico y lo biológico estén presentes y unidos a la creatividad e inclusive a la expresión artística. Obviamente este tipo de actividades exige un nuevo tipo de profesor con verdadera formación interdisciplinaria que lo prepare a servir como un "jefe de taller" que no solo enseñe, sino que fundamentalmente "trabaje" (20).

RESUMEN

La primera parte de este trabajo examina la evolución en la Región de la planificación de recursos humanos en el campo de la salud. A pesar del progreso alcanzado en materia de planifi-

cación, capacitación, desarrollo y utilización de los recursos humanos, en especial por el impulso inherente en la extensión de la cobertura, existen todavía grandes obstáculos en los países para llevar a cabo una planificación verdaderamente efectiva. El autor describe las diversas categorías de personal que el sistema de salud requiere y los problemas que se confrontan debido a la falta de articulación entre las necesidades de la población, las políticas de salud y económicas y la red formadora de dicho personal. Observa que este desacuerdo es producto de una planificación inadecuada. Después de examinar las tendencias educacionales en América Latina, el autor aboga porque se desarrollen nuevos enfoques, basados en la interdisciplinariedad, que lleven a una integración mayor del proceso docente-asistencial para así lograr la planificación óptima de los recursos humanos en salud.

REFERENCIAS

- 1- Organización Mundial de la Salud. *Estudio sobre personal de salud*. Serie de Informes Técnicos N° 481. Ginebra, 1971.
- 2- Organización Mundial de la Salud. *Act. Of. Org. Mund. Salud* 35 (1951), 27.
- 3- Organización de los Estados Americanos. *Alianza para el Progreso*. Documentos Oficiales de la OEA Ser. H/XIII.Rev.2 (Español). Washington, D. C., 1961.
- 4- Organización Panamericana de la Salud. Reunión de Ministros de Salud- Grupo de Estudio. Documento Oficial de la OPS 51. Washington, D. C., 1963.
- 5- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Recursos humanos para la salud y la atención médica en Colombia*. Bogotá, Ed. Tercer Mundo, 1967.
- 6- Hall, T. *Health Manpower in Perú*. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1969.
- 7- Ministerio de Salud de Chile. *Recursos humanos de salud en Chile. Un modelo de análisis*. Santiago, 1970.
- 8- Secretaría de Estado de Salud Pública de Argentina. *Estudio sobre salud, recursos para la salud y la educación médica y el profesional médico en la República Argentina*. Serie 7, N° 1, Buenos Aires, 1970.
- 9- Ferrer Denis, J. La profesión médica en El Salvador. *Educ. Méd. Salud* 5(1):53-65, 1977.
- 10- Organización Panamericana de la Salud. *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos*. Publicación Científica 279. Washington, D. C., 1974.
- 11- Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final, III Reunión Especial de Ministros de Salud para las Américas*. Documento Oficial de la OPS 118. Washington, D. C., 1973.
- 12- Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Documento Oficial N° 173. Washington, D. C., 1980.

- 13 - Organización Panamericana de la Salud. *Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe*. Informe Final. Publicación Científica N° 341. Washington, D. C., 1977.
- 14 - García, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Publicación Científica de la OPS N° 255. Washington, D. C., 1972.
- 15 - E/CN 12/800, diciembre, 1967.
- 16 - Informe de la Reunión de Caracas, 197. Informe de la Reunión de Bahía, 197.
- 17 - Educación continua. Informe del Grupo de Consulta OPS/OMS sobre los Programas de Educación Continua para el Personal de Salud en América Latina y el Caribe (diciembre de 1975).
- 18 - Berger, G. *Opiniones y Realidades. Interdisciplinariedad*. México, D. F., Biblioteca de la Educación Superior, 1970.
- 19 - Ferreira, J. R. La enseñanza de las ciencias fisiológicas en la formación del médico. *Educ. Méd. Salud* 9(1):74-89, 1975.
- 20 - Guerra, H. y Vidal, C. La enseñanza integrada de la microbiología en la formación médica. *Educ. Méd. Salud* 12(3):295-307, 1978.

EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y EL PLAN DE ACCION

CARLOS VIDAL ¹

SEGUNDA PARTE ²

Si aceptamos que los tres aspectos fundamentales inherentes al proceso de desarrollo de recursos humanos son la planificación y la programación de los recursos humanos, la capacitación en áreas prioritarias y la utilización del personal, y que estos tres aspectos tienen acciones específicas dirigidas a lograr la meta propuesta para el año 2000, el mayor o menor énfasis que se dé a estas acciones —conociendo las implicaciones que estas acciones puedan tener sobre otras— hará posible obtener una estimación aproximada de la participación de los recursos humanos en la estrategia básica de la atención primaria en salud y del papel que estos recursos tendrán en la extensión de la cobertura de los servicios de salud.

En el Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales, el desarrollo de recursos humanos comprende las siguientes áreas de acción, en las cuales señalaremos a continuación los aspectos más resaltantes a implantarse: a) planificación y programación de recursos humanos, b) capacitación en áreas prioritarias, c) utilización del recurso humano, y d) tecnología educacional.

PLANIFICACION Y PROGRAMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

Es necesario incorporar en las políticas nacionales de salud

¹ Publicado en Educación Médica y Salud, Vol. 18, N° 2, 1984, O. P. S.

³ *Revista Interamericana de Desarrollo Educativo* 12:231, 1978.

en atención primaria una clara definición de una política de desarrollo de recursos humanos en salud, en consonancia con la política nacional de desarrollo de recursos humanos en general.

En el momento actual se debe dar énfasis a la utilización del personal. Los procedimientos de planificación y capacitación no constituyen problemas metodológicos ni prácticos. El empleo necesario y adecuado del personal es la estrategia más importante.

A pesar de que el personal a ser adiestrado es numeroso, este no es un problema real, ya que los países cuentan con métodos, procedimientos, recursos humanos y, en general, una tradición educacional, con todo lo cual se podrían lograr fácilmente las metas numéricas.

El problema numérico radica en la rigidez para aceptar el cambio y las metodologías innovadoras para la formación de gran número de personas. Lo importante es la calidad del adiestramiento; por calidad entendemos la íntima relación que debe prevalecer entre el adiestramiento y las necesidades de servicio y, en consecuencia, entre el adiestramiento y las necesidades de salud de la población.

En función de lo anterior, será necesario estimular y demostrar la importancia de un diagnóstico de base, centrado en la investigación social, epidemiológica, etc.; de los subsistemas de información de recursos humanos, y del desarrollo de metodologías simples y reales de planificación. En situaciones de cambio como las que nos toca enfrentar, el diagnóstico de la situación de los recursos humanos deberá emplear todas las posibilidades, desde aquellas basadas en información confiable, hasta aquellas centradas en el consenso o en aproximaciones sucesivas según se desarrollan las acciones.

CAPACITACION EN AREAS PRIORITARIAS

Para responder a la definición de salud como un completo estado de bienestar, debemos insistir en la capacitación multi-profesional y multidisciplinaria, de un equipo de salud basado en la integración docente-asistencial y en la realidad de las necesidades de salud de las poblaciones, como paso previo a la inter-

disciplinarietà, basada en la selecci3n de problemas y en la investigaci3n.

Los aspectos biol3gicos, t3cnicos, sociales y psicol3gicos deben tenerse en cuenta como un modelo integrado en la capacitaci3n de personal de salud y como respuesta a un modelo de prestaci3n de servicios de salud. Todos estos aspectos deben tener la importancia que les corresponde en cada situaci3n y nivel de adiestramiento. Los curr3culos modularizados son una respuesta educacional a este tipo de formaci3n.

Es de vital importancia lograr una adecuada relaci3n con las necesidades de los servicios. Ello requiere dar 3nfasis a los perfiles ocupacionales (de capacitaci3n) sobre los que se han de desarrollar los planes y programas de ense1anza-aprendizaje, de acuerdo con las 3reas prioritarias, o sea, los contenidos educacionales. Por esto, en este momento conviene tratar sobre algunos aspectos globales que se aplican a cualquier 3rea del adiestramiento de recursos humanos dentro del Plan de Acci3n.

Es as3 que se debe reforzar la importancia de la funci3n conjunta de educaci3n-servicio-supervisi3n en la adecuada respuesta educacional. Esta respuesta precisa la constituyen los programas de educaci3n permanente (centrados en el trabajo) y de educaci3n continua del personal de salud.

Es preciso igualmente revisar y reforzar la formaci3n y la investigaci3n en las 3reas educacionales que apoyan prioritariamente a la estrategia de atenci3n primaria. Por lo tanto, debe hacerse hincapi3 especial en el apoyo a las instituciones y programas de formaci3n en salud p3blica, medicina preventiva, comunitaria y social.

Creemos que es importante para los pa3ses realizar an3lisis serios de las implicaciones que el adiestramiento de nuevos tipos de personal (t3cnico y auxiliar) podr3a tener en relaci3n con la sobreproducci3n del personal universitario (especialmente personal m3dico).

Si nos referimos espec3ficamente a la formaci3n de personal para los niveles primarios de salud, debemos considerar que la formaci3n t3cnica y auxiliar ha tenido un desarrollo desfavorable. No podr3a ser de otra manera, ya que la idea que ha dominado la orientaci3n de los sistemas educativos en Am3rica Latina ha

sido que la educación tiene como fin principal el desarrollo de la personalidad del individuo, fundamentalmente en sus aspectos culturales y espirituales, y la tradición europea durante siglos dio a la educación un carácter elitista y humanista, dedicado a instruir a las clases superiores de una sociedad tradicional. Así, la educación responde al tipo de sociedad que la sustenta. El menosprecio secular por las labores manuales propende a crear un sistema educativo que perpetúa esas condiciones. Esta situación se refleja en la pirámide educacional que, en la mayoría de los países de la Región, es muy desfavorable el desarrollo de la educación técnica.

El desarrollo del nivel auxiliar ha sido diferente, basado esencialmente en la necesidad de cubrir el campo anterior con personal menos calificado, pero de más fácil formación y de menos costo, con una mayor posibilidad de utilización, por los bajos salarios que recibe y porque se aprovecha la gran masa de estudiantes que abandonan la educación formal con solo unos pocos años de educación primaria.

Los cambios que en los últimos años se vienen produciendo en la América Latina, en virtud de la inicial industrialización, el crecimiento demográfico, la urbanización acelerada y el justificado deseo de los más débiles económicamente de participar en la riqueza social, han dado paso al conocimiento de las causas que frenan el desarrollo social, haciendo resaltar las deficiencias de los sistemas educativos tradicionales.

La reforma de los sistemas educativos en América Latina ha promovido la educación técnica, con propuestas específicas para que la formación de personal auxiliar se transforme en una etapa transitoria y estratégica, amparada por una educación permanente, que lleve al individuo, dominado "auxiliar", a niveles de competencia profesional, de acuerdo con su nivel de actuación.

En relación con las metodologías innovativas, debemos considerar el "aprendizaje para el dominio", que conlleva no solo el "saber", sino el "cómo saber hacerlo", o sea, el adiestramiento basado en las funciones que se han de desempeñar en el trabajo. Ello permitirá más tarde el proceso de la "evaluación del desempeño". Para capacitar el gran número de personas que se requiere, será necesario promover métodos innovativos, como los

sistemas de adiestramiento "en larga escala", la autoinstrucción, las "universidades o escuelas sin paredes" (enseñanza a distancia), la preparación de multiplicadores (formación de instructores) y la preparación de materiales educativos de autoinstrucción. Todo lo anterior ha de estar centrado en los problemas o necesidades reales de salud de las poblaciones y, por lo tanto, de los servicios, requiriéndose incentivar y poner en práctica la integración docente-asistencial (trabajo-estudio) y el aprendizaje en servicio.

La capacitación del personal así entendida permitirá su participación adecuada en las funciones de producción, donde el recurso humano constituye un componente vital, si se le capacita de acuerdo con las necesidades de los servicios y con las tecnologías más apropiadas.

A nivel mismo de la comunidad, la participación capacitante, el método psicosocial y los procedimientos orientados a lograr la apropiación del conocimiento médico por la comunidad formarían los pilares metodológicos.

La formación de personal a nivel local también comprende a la propia comunidad y, por lo tanto, debemos ocuparnos del significado de la "educación de adultos". La "edad adulta" constituye una etapa específica de la vida, y los objetivos en materia de educación de los adultos adquieren una riqueza especial, a partir de la concepción de educación permanente.

La educación del adulto debe posibilitar que el sujeto elabore una interpretación coherente y positiva de sí mismo, de su dignidad personal y de los valores que él puede aportar a la comunidad en que está inmerso. Le permite, además, interpretar y relacionar el contexto socio-económico-político-cultural al que pertenece, evitando toda alienación y transformándose en un elemento activo del cambio, del cual es artífice y participante a la vez. Esta es la "educación participante" que se viene poniendo en práctica como base del desarrollo integrado de las comunidades.

En la Conferencia de UNECO, 1972³, en Tokio, se manifestó que la educación de adultos —la "educación participante"— era un instrumento:

- "para fomentar una clara percepción de la realidad y que sirva de socialización y de cambio social (apunta de crear una so-

ciudad consciente del valor del sentido de comunidad y movilizar las energías: la educación de uno mismo y de los demás es una obligación, y está al alcance de todos);

- mediante el cual el hombre pleno (los que trabajan y los que juegan, el hombre como ciudadano y el hombre en su familia) puede alcanzar la plenitud personal, contribuyendo a desarrollar sus cualidades físicas, morales e intelectuales;
- para preparar al hombre a realizar una actividad productiva, a participar en la gestión de los asuntos;
- que permite combatir la alienación económica y cultural y preparar el camino para la aparición de una verdadera cultura nacional y liberadora”.

Queremos, finalmente, reforzar la importancia del adiestramiento en administración en salud, como elemento indispensable en la consecución de los cambios en la organización y en la administración del proceso de extensión de la cobertura de los servicios de salud, dentro de la estrategia de atención primaria que deben proporcionar así como en el desarrollo, manejo y evaluación de las funciones de producción que tales cambios generan.

El énfasis en la capacitación en las áreas prioritarias del Plan de Acción no significa el abandono de la formación de pre y posgrado en ciencias de la salud. Al contrario, esto debe apoyarse, en coordinación con agencias gubernamentales y no gubernamentales.

La formación masiva de profesionales sin una orientación adecuada puede resultar un grave factor de distorsión en el cumplimiento de la meta.

UTILIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

Este aspecto constituye el tema de actualidad en el desarrollo de los recursos humanos. Los problemas de utilización comprenden no solo una distribución geográfica adecuada, sino también la distribución y redistribución de funciones, readiestramiento de personal, definición de los recursos económicos necesarios, etc. Este proceso complejo se refleja finalmente en contradicciones tales como la necesidad de formar gran número de personal, y, al mismo tiempo, en el número significativo del personal de salud

desempleado o con empleo inadecuado. En consecuencia, es necesario buscar nuevos caminos que ayuden al mejoramiento de la utilización del personal para lograr su empleo pleno mediante políticas socioeconómicas adecuadas, la educación permanente, el desarrollo de incentivos y el establecimiento de la denominada "carrera funcionaria".

La utilización adecuada del personal requiere el desarrollo de un proceso de educación-supervisión que, a su vez, será generador de la educación continua. De acuerdo con sus varias modalidades, la educación continua permite la readaptación del personal para cumplir nuevas funciones o el constante refuerzo de las funciones que cumple ese personal, en consonancia con los cambios que ocurren en la dinámica del servicio, como sucede especialmente al aplicar la estrategia de la atención primaria de salud. Lo anterior incluye la evaluación de la formación del personal de salud, a través de los procesos mencionados de educación-supervisión y de educación continua o permanente, diseñados como modelos a nivel nacional.

TECNOLOGIA EDUCACIONAL

La tecnología educacional apropiada debe ser la herramienta que permita los casos mencionados. En un sentido amplio de la palabra, encierra aspectos tales como investigación educacional, planificación y adiestramiento metodológico de los recursos humanos, apoyo pedagógico para un adiestramiento específico, formación de multiplicadores, y producción y provisión de materiales educacionales adecuados.

La tecnología educacional apropiada, como toda la tecnología apropiada, tiene una base científica que deriva de la investigación educacional, la pedagogía, la sociología, la psicología y la epistemología. Constituye un proceso centrado en la creación de nuevos conocimientos, en la innovación de los recursos y en una organización adecuada. Tiene un objetivo preciso que es el mejoramiento de la salud de las poblaciones, a través de un continuo perfeccionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje. En última instancia es un instrumento de análisis y perfecciona-

miento de los diferentes métodos, materiales, equipos y arreglos logísticos empleados por la educación en su progreso, orientado a satisfacer las necesidades de la sociedad, de los servicios y de los estudiantes.

La tecnología educacional participa de todas las etapas del proceso educativo; en la planificación educacional y de recursos humanos (selección de estudiantes); en la delimitación de funciones para estudios analíticos; en el desarrollo de conocimiento (transmisión-apropiación); en el adiestramiento de habilidades específicas; en la evaluación (conocimiento-desempeño); y en los estudios de utilización.

La tecnología educacional, además, crea una nueva dimensión de racionalidad, un nuevo modelo de pensamiento que subraya los aspectos cuantitativos, así como también las relaciones estructurales (técnicas y sociales) entre agentes y sujetos del proceso de enseñanza-aprendizaje; utiliza los criterios de eficiencia, eficacia y efectividad para permitir mayor oferta de oportunidades educativas, evaluando las transformaciones resultantes.

Por último, resumiremos aquí los elementos esenciales de las reformas y transformaciones susceptibles y necesarias de iniciarse en los próximos años en relación al desarrollo de recursos humanos para alcanzar la meta del año 2000.

1. Es preciso definir una política de desarrollo de recursos humanos o sea, tener una visión amplia del futuro, concebido como una finalidad clara; debe ser una respuesta a la estrategia clave, la atención primaria. Para esto, será preciso discernir las vías que a ella conducen, haciendo un esfuerzo por identificar con la mayor exactitud posible el camino que mejor lleve de las intenciones a las realidades.

2. La política que constituye la base inicial donde se efectúan las elecciones fundamentales formuladas en nombre de la colectividad deberá ser hecha en forma conjunta por instituciones formadoras y prestadoras de servicios, con la participación (en grado variable) de la comunidad. Deberá reflejar las opciones políticas, las posibilidades financieras reales, la tradición y los valores de un país y, fundamentalmente, repetimos, la opción sectorial en materia de la estrategia de atención primaria para la extensión de la cobertura de los servicios de salud para todos.

3. El enunciado de una política de desarrollo de recursos humanos es la combinación de un proceso de pensamiento que consiste en establecer la conformidad de los objetivos educativos con los objetivos globales, en deducir los objetivos de la educación de las finalidades de la política de salud en general y en asegurar la concordancia de los objetivos educativos en salud con los correspondientes a los demás sectores de la actividad nacional.

4. Será necesario llevar a cabo un proceso de planificación de recursos humanos que facilite la adopción de decisiones a los diferentes niveles en que apliquen las directrices estratégicas, efectuando para ello los cálculos precisos para cuantificar los términos de las elecciones técnicas y cuidando que exista una relación estrecha entre cantidad y calidad. La planificación de recursos humanos así entendida, deberá ser el resultado, igualmente, de una acción conjunta inter o intrasectorial y no debe limitarse a un conjunto de proyecciones, sino que debe incorporar todas las combinaciones de medios y modalidades de ejecución. Puesto que la realidad social está perpetuamente en movimiento y los instrumentos de análisis pasan por un perfeccionamiento incesante, la planificación de recursos humanos debe tener un carácter de operación continua. Los individuos se preparan de acuerdo con un plan, por lo que periódicamente se podrá determinar esta adecuación y se observarán las discrepancias, lo que permitirá una oportuna corrección.

5. Entre la política y la planificación, las estrategias constituyen el eslabón central, combinan los elementos e instrumentos educacionales en un todo coherente, traducen los objetivos políticos en términos operativos, su finalidad concreta, los recursos susceptibles de ser afectados, los criterios de decisión y los modelos educacionales que se abren como un abanico de posibilidades.

En el terreno de la capacitación, se debe superar la concepción de una educación limitada en su tiempo (edad escolar, tiempo de formación, etc) y encerrada en el espacio (aulas, escuelas, universidades). Considerar la enseñanza formal no como un fin, sino como una parte de un acto educativo total (educación permanente) en sus dimensiones escolarizadas y no escolarizadas. Desformalizar una gran parte de las actividades educativas

sustituyéndolas por modelos flexibles y diversificados, con la participación activa del sujeto del proceso de aprendizaje (capacitación participante). Evitar una prolongación excesiva de la escolaridad obligatoria (pregrado, formación básica), que rebasa las posibilidades financieras y educativas de muchos países, compensándose con exceso por la extensión de la educación continua. Es decir, concebir la educación de salud como un continuo existencial, cuya duración se confunde con la vida misma del funcionario en servicio. Transformar los sistemas educativos "cerrados" en sistemas "abiertos", eliminando gradualmente las distinciones rígidas y buscando interconexiones entre los canales educativos (posibilidades de pasar del nivel técnico al profesional, cambios de contenidos profesionales, etc.).

Conciliar la educación general con la formación técnica; armonizar la formación del carácter y la de la inteligencia. Asociar estrechamente la educación y el trabajo. Desarrollar los mecanismos de integración docente-asistencial mediante la acción conjunta de instituciones de servicio y de capacitación en la programación de actividades educacionales y de servicio, en la implementación de procesos de investigación epidemiológica, social, operativa y, en general, de servicios de salud; en la supervisión y evaluación del desempeño en el servicio de los graduados, como retroalimentación del proceso educacional y en la puesta en marcha de un proceso de educación permanente, basado en el trabajo en salud. Para esto, será preciso organizar la formación de modo que facilite la reconversión, sin abandonar el trabajo, que haga óptima la movilidad profesional y maximice así el rendimiento de la formación técnica en salud, repudiando todo sistema de especialización estrecha y precoz. Al estar basado el proceso educacional en el requerimiento del trabajo en la salud, le da al término "calidad" una dimensión precisa que fácilmente se puede monitorear y evaluar.

Se debe hacer de la tecnología educacional en salud un contenido omnipresente y un método rector del proceso educativo. Desarrollar todos aquellos métodos innovativos que faciliten la formación en "equipo" y, a la vez, individualicen y personalicen al máximo la educación. Preparar a los individuos para la autoinstrucción (autoenseñanza). Acelerar los procesos de enseñanza-

aprendizaje interdisciplinario que respondan al interés bien entendido de estudiantes y de la "salud como bienestar". Acelerar la inserción de nuevas técnicas de reproducción y comunicación científica y tecnológica que contribuyan a democratizar la acción educativa.

Se debe multiplicar el tipo de instituciones de enseñanza desarrollando las más adecuadas a los fines que se persiguen y no al revés. Por ejemplo, incentivar la transformación de las universidades en instituciones de vocación múltiple, abiertas a los adultos al mismo tiempo que a los jóvenes, destinadas tanto a la formación continua como al reciclaje periódico, a la especialización y a la investigación científica.

Finalmente, se debe tener muy presente el problema de la utilización de los recursos humanos en salud, en otras palabras, los grandes problemas de empleo y desempleo del persona de salud que si no son abordados desde el inicio del proceso de definición política, lo señalado en los párrafos anteriores puede transformarse en un todo utópico.

RESUMEN

Con el presente artículo concluye un examen exhaustivo del desarrollo de recursos humanos en las Américas. Esta parte está dedicada a analizar las acciones específicas en relación con el tema, enunciadas en el Plan de Acción, constituidas por cuatro áreas principales: planificación y programación de los recursos humanos, capacitación en áreas prioritarias, utilización del recurso humano y tecnología educacional. El autor discute las posibilidades y los obstáculos actuales y futuros de cada una de estas actividades y los pasos que han de darse para reconciliar las necesidades con las realidades.

Es primordial que las autoridades nacionales de salud definan claramente la política de desarrollo de recursos humanos en salud, dentro del marco de la política general de desarrollo. De igual manera se debe insistir en la capacitación multiprofesional y multidisciplinaria del equipo de salud y recalcar la importancia de la función educación-servicio-supervisión que por lo general

resulta en la educación permanente y continua, educación que permite a su vez la utilización óptima del personal.

Pero nada de lo anterior será posible sin una tecnología educacional apropiada que sirva para innovar, analizar y perfeccionar todo el proceso educativo y así satisfacer tanto las necesidades de la sociedad como las de los servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA

- OPS. *Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias*. Documento Oficial N° 173. Washington, D. C., 1980.
- Ø OPS. *Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales*. Documento Oficial N° 179. Washington, D. C., 1982.

**GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE LA FORMACION
DE RECURSOS HUMANOS Y A. P. S.**

- 1 - "Práctica médica y recursos humanos", Mario Testa, *Salud y Sociedad*, N° 4, 5 y 6, Córdoba.
- 2 - "La medicina y los médicos del mañana", *Cuadernos Médico Sociales*, N° 2, Rosario.
- 3 - "Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina", *Cuadernos Médico Sociales* N° 8, Rosario.
- 4 - "La 'fuga de cerebros médicos' y la salud en América Latina", *Cuadernos Médico Sociales* N° 12, Rosario.
- 5 - "El médico general y la atención primaria de la salud", *Cuadernos Médico Sociales* N° 26, Rosario.
- 6 - "La educación médica en la Argentina", *Cuadernos Médico Sociales* N° 32, Rosario.
- 7 - "Hacia la proletarización de los médicos", *Cuadernos Médico sociales* N° 35, Rosario.
- 8 - "El personal de salud - La lucha por la salud en Cuba", Leopoldo Bernal y José Figueroa, Edit Siglo XXI, *Colección Salud y Sociedad*.
- 9 - "El personal sanitario auxiliar en los países en desarrollo y socialistas - Perspectiva mundial de los sistemas de salud", Milton Terris, Edit. Siglo XXI, *Colección Salud y Sociedad*.
- 10 - "El subdesarrollo de la salud: distribución de los recursos humanos - Salud e Imperialismo", Vicente Navarro, Edit Siglo XXI, *Colección Salud y sociedad*.
- 11 - "Anotaciones acerca de un nuevo enfoque en el marco conceptual de la currícula de estudios para la formación de recursos humanos en el sector salud", Jorge Cordon y Luis Tercero, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* N° 14, sept. 1979.

- 12 - "La formación del médico en la A. P. S.", Cosme Ordoñez, *Mimeo*, Cuba, 1983.
- 13 - "Investigación sobre personal de salud: análisis de prioridades y orientaciones de política", Luis Stulhman y Francisco Codina, *Educación Médica y Salud*, vol 19, N° 1, 1985
- 14 - "Conferencia Panamericana sobre planificación de recursos humanos en salud" Ottawa, Canadá, 10-14 de septiembre de 1973, numerosos artículos y ponencias.
- 15 - "La práctica médica", Hugo Mercer, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* N° 84, abril-junio 1976, UNAM, México.
- 16 - "El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención, Antonio Sergio Da Silva Arouca, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* N° 84, abril-junio 1976, UNAM, México.
- 17 - "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud", Eduardo Menéndez, *Cuadernos Médico Sociales* N° 21, Rosario.
- 18 - "El trabajador primario de Salud", O. M. S., 1981, guía de trabajo.
- 19 - "Planificación del personal de salud: principios, métodos y problemas", O. M. S., 1979.
- 20 - "La formación y los servicios de los 'feldshers' en la U. R. S. S. O. M. S., *Cuaderno de Salud Pública* N° 56, 1975.
- 21 - "Estrategias educativas para las profesiones de la salud", O. M. S., *Cuaderno de Salud Pública* N° 61.
- 22 - "Formación de personal de salud", O. M. S., *Cuadernos de Salud Pública*, N° 70 y 71.
- 23 - "La partera tradicional en siete países", O. M. S., *Cuaderno de Salud Pública* N° 75.
- 24 - "Necesidades de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la A. P. S.", *Cuadernos de O. M. S. Informe técnico* N° 717.
- 25 - "Recursos Humanos en Salud - Atención de la salud", *Edit. El Ateneo*.
- 26 - "La educación médica en la América Latina", Juan César García, *O. P. S.*, publicación N° 255, año 1972.

**DISCUSION DE UN CASO ASISTENCIAL
DEL CENTRO DE SALUD DEL BARRIO SAN PEDRO
(LA MATANZA)**

COORDINADOR :

Lic. Susana Belmartino

*Historiadora. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales
de Rosario.*

Sra. María. — Hemos hecho una síntesis del trabajo realizado con una familia, que hemos tratado en el barrio. Se trata de un niño de un año y tres meses, que integra en la actualidad una familia compuesta por madre semianalfabeta de 30 años, padre alcohólico de 38 años con trabajo inestable, cuatro hermanos vivos, uno fallecido por desnutrición, vivienda precaria sin agua, con letrina, viven en un terreno fiscal; dos niños en edad escolar que no concurren al colegio, con antecedentes de haber sido internados por desnutrición. Consulta por primera vez en el centro de salud a los tres meses y medio, por catarro de vías aéreas, observándose una desnutrición de primer grado. No estaba vacunado, presentaba una irregular historia alimentaria. La segunda consulta fue a los cuatro meses, por deshidratación moderada debido a diarrea aguda. En el centro se le realiza rehidratación oral y se cita a un nuevo control. Tres semanas después concurre presentando nuevamente diarrea. Se indica dieta y control en 48 horas. Dado que la madre no concurreó al control en el centro el día fijado, se realizan visitas domiciliarias a cargo de médicos y agentes de salud. La madre, incómoda por tantos controles, decide irse a casa de un familiar en Morón. A los siete meses vuelve nuevamente al centro. El niño presentaba vómitos y diarrea; se indica una dieta y un control de peso todos los días; a esto le siguieron nuevos episodios de diarrea y desnutrición ya de segundo grado. Se decide su internación dado que no se conse-

guía mejorar el estado de salud del niño. La mamá rehusó la derivación que se proponía del centro al Hospital Matanza, y se compromete a llevar al niño al Hospital Penna, donde había nacido. A las 24 horas, se realiza una visita domiciliaria a cargo de agentes de salud verificándose la no concurrencia del niño al hospital; aludiendo la madre que se encontraba con indisposiciones que le habían impedido concurrir y diciendo que al día siguiente lo llevaría al Hospital Matanza. En estas 24 horas el niño desmejora su estado; se lo lleva al hospital donde queda internado. A los siete días de internación la mamá lo saca voluntariamente del hospital diciendo que no aumentaba de peso. Decide llevarlo a una curandera quien le dice que tiene pata de cabra y que debería encerrarlo durante nueve días para que se cure. Las referencias que teníamos era que el padre era alcohólico y que cuando ella no estaba tomaba demasiado. Decidimos hacer una visita a la casa, y se observó que el padre había lavado a los chicos, limpiado la casa y estaba preparando la comida. Nos cuenta que tenía dos chicos que no iban al colegio por falta de elementos, que él estaba trabajando en el Mercado Central de donde traía los alimentos para los chicos. Tratamos de conseguir los útiles, previo aviso al colegio, haciéndole saber las circunstancias que estaba pasando esta familia, para que los pudieran retomar. Siguen las visitas domiciliarias durante los días que la madre faltó del hogar, y en ningún momento se lo encontró tomado, el hombre estaba sobrio y lo único que nos causó mala impresión fueron unas fotos de mujeres, fotos pornográficas. La casa era muy precaria y decía que con eso tapaba los agujeros; le hablamos al señor, le hicimos entender que no era lo correcto para la educación de sus hijos que tenían siete u ocho años los más grandecitos. Las sacó de la pared. Las visitas por lo general eran al mediodía, para ver si los chicos comían todos los días. En una de esas visitas el padre nos dijo que estaba muy contento por el trabajo que habíamos estado haciendo con ellos, y que no lo teníamos que dejar para que la familia no llegara a un total estado de abandono.

Hoy en día la mamá está embarazada. El nene, después de largo trabajo que nos costó, lo hemos sacado adelante. No tiene un crecimiento totalmente normal, está muy bien alimentado, camina, habla, tiene todas las cualidades de un chico normal; la

desnutrición que tenía la hemos logrado levantar. La mama, a pesar de tener el centro a tres cuadras de la casa, no hemos logrado que asista a ningún control de su embarazo.

Dr. Pérez Maldonado. — Conozco el caso particularmente, porque estuve ligado con esta familia. Lo más importante, es el seguimiento de los agentes de salud durante la semana, cuando el médico no estaba; el resultado fue bastante positivo. En un momento se hizo una experiencia comunitaria muy linda en la cual se presentó el caso en un Ateneo, donde estaban presentes los agentes de salud, los médicos de la sala, y parte de la comunidad. Se hicieron dos Ateneos e independientemente se elaboró una estrategia que fue la que contó María, de seguimiento en la casa, del cuidado del chico fundamentalmente a cargo del agente sanitario y parcialmente del médico, dando estos resultados.

Sra. Cristina Pérez. — Nos quedó una gran incógnita. Es el día de hoy que no sabemos quién lo curó, si el curandero o el centro de salud.

Otro dilema es saber hasta qué punto hicimos bien, porque esta mujer se sentía muy invadida por nuestra preocupación de ir continuamente a la casa; en realidad a veces hinchábamos demasiado, pero era realmente porque veíamos que la situación era muy crítica. Nosotros sabemos que la madre no se controla, porque las vecinas nos dicen. Entonces, ¿qué hacer ante esa situación?, ¿insistir?, dejarlos, seguir yendo a la casa? Esto me gustaría que se charlara entre todos.

Público. — ¿En algún momento, se le llevó al marido el problema de que la mujer no se atendía?

Sra. María. — He tenido oportunidad de ir a la casa y hablar con el señor estando ella, y me dijo: “Yo la mando, lo que ella quiere hacer, que lo haga, y lo que no, no”.

Público. — Por el relato parecía que había mejor comunicación con el papá; que todo lo que dice la mamá es dudoso, una mentira que ustedes no creen.

Sra. María. — La preocupación nuestra era que ella venía al centro llorando, a decirnos que su esposo tomaba demasiado, que

le pegaba a ella y a sus hijos, que se quería ir de la casa. Ella se sentía acosada, pero no lo dijo ella, sino el esposo, que se había ido a Morón porque no le gustaba que fuéramos a la casa todos los días. Con los dos se hablaba, se les decía a ambos las cosas. Lo que no hemos podido es sentarnos a hablar de frente a frente; no lo hemos logrado.

Público. — ¿Qué distancia hay con estos vecinos? ¿Cuánto tiempo hace que ustedes están trabajando como agentes de salud en este barrio?

Sra. Pérez. — Pertenece al centro de salud de San Pedro. Tenemos nueve años de residencia en el barrio. Nos formamos como agentes de salud construyendo el centro. Vamos detectando por estar ahí, o por las referencias que nos traen los vecinos. Lo que llamamos “familia de alto riesgo”, es con quienes nosotras trabajamos; sería demasiado el esfuerzo para poder abarcar todo, porque somos muy pocas trabajando.

Esta señora vive a tres cuadras de mi casa, a una cuadra y media de la casa de María, y a tres cuadras del centro de salud. Es un radio muy cercano al nuestro, no está distante. Era cualquiera de nosotros quien se trataba de acercar a la familia.

Público. — ¿Se hizo algún diagnóstico claro del chiquito?

Dr. Maldonado. — En realidad cuando lo vimos en consultorio, era un chico desnutrido, con episodios de diarrea. Se le había hecho un examen mínimo de orina, un coprocultivo. La diarrea era por mala técnica en la preparación de la alimentación, y el medio social en que vivía, no se trataba de un chico que tuviera alguna enfermedad de base, pensábamos que era del medio; por eso la acción terapéutica no era del médico. En mi opinión es la del agente de salud que es el que va, insiste, habla y al fin y al cabo termina revirtiendo la situación. A pesar de que esta familia sigue viviendo en el mismo medio, que son cuatro chapas, piso de tierra, dos colchones y duermen todos juntos, esto no se ha cambiado.

Público. — ¿Tuvieron en la comunidad varios casos de resistencia como el de esta señora en cuanto a que se sentía invadida?

Sra. María. — No hemos tenido casos de rechazo, al contra-

rio, la gente viene a nosotros y a veces no nos alcanza el tiempo para atender a todos. Van a nuestras casas; depende como sea el caso, se espera, si es urgente, hay que salir.

Sra. Pérez. — A veces vemos que no tenemos la respuesta, o la solución y que la persona se respalda demasiado en nosotras.

Público. — ¿Había signos claros de desnutrición en el resto de la familia?

Sra. María. — Hubo un chiquito que falleció por desnutrición y otros dos de los niñitos componentes de la familia, estuvieron internados con signos de desnutrición.

Público. — Ustedes dijeron que hay momentos en que la comunidad recarga en ustedes la solución o el encausamiento de muchos de sus problemas. Eso implica que se las está cargando con un cierto poder de resolver cosas. ¿Cómo encaran el problema de la participación?, porque me imagino que a través del tiempo podría llegarse al caso en que la sobrecarga hacia ustedes haga que la gente deje de participar, y que ustedes se transforman en resolvedores de problemas o en modelos de agentes sanitarios hegemónicos.

Sra. María. — A veces se nos hace incómodo, no podemos resolverlo. Somos cuatro agentes de salud y una colaboradora neta que la tenemos prácticamente desde que nos iniciamos. A su vez vamos buscando gente para que nos ayude, a la cual le volcamos los problemas de fácil resolución.

Público. — ¿Se reúnen con la comunidad y le exponen los problemas que ella les está planteando a ustedes?

Sra. María. — Con la comunidad no; lo hacemos entre nosotros y con la comisión de la sociedad de fomento.

A continuación se realizaron grupos de trabajo que incluyeron en su discusión el análisis de esta presentación que se encuentra en el siguiente capítulo.

**GRUPOS DE TRABAJO SOBRE LOS TEMAS
TRATADOS HASTA EL MOMENTO
GUIA DE DISCUSION**

Defina en términos sencillos qué entiende por A. P. S. y mencione riesgos y/o beneficios de su implementación.

¿Considera el grupo que la participación popular sirve como un aporte a la problemática de salud-enfermedad? Cite ventajas y desventajas.

Grupo 1. — Participaron una asistente social, una psicóloga, una sociólogo, una antropóloga, un agente sanitario, y un médico.

Entendemos como A. P. S., una estrategia de asistencia en salud que parte de la coparticipación de un equipo de salud y la comunidad, en función de la prevención y/o asistencia espontánea, o a través de la demanda oculta o manifiesta de la misma, inserta en un plano integrado de salud y adecuada a la realidad de dicha comunidad.

Una de las ventajas que veíamos, es, que a través de la A. P. S., se incidía en un nivel mayor de concientización del derecho y del compromiso de cada individuo y del grupo para con la salud del mismo. Se transforma en una fácil accesibilidad geográfica, económica y cultural. Un mayor desarrollo del sentimiento solidario de dicha comunidad y de la interrelación de los distintos grupos de la misma.

Algunos errores que se pueden cometer es que cualquiera de sus estamentos adquieran características de sobreprotección o paternalismo. O que se convierta en una medicina de segunda, sectorial, o marginal.

La participación sirve como un aporte a la problemática de la salud-enfermedad, siendo una parte indisoluble. Sirve para una definición ajustada para dicha población, de la real problemática de la salud. Marca los objetivos básicos, fija los medios y estra-

tegias adecuadas, define las prioridades. De lo contrario podría transformarse en una participación ilusoria, manipuladora o no protagónica.

Grupo 2. — Nos referimos a lo que plantearon María y Cristina. La primera pregunta qué nos planteamos: fue ¿no han hegemonizado la acción, el conducir, y el saber, al punto de dificultar la participación?, ¿no se estaban acercando a asumir un rol como el médico?

Hay muchas maneras de pensar A. P. S. Nuestra definición es que es una acción, una estrategia, para satisfacer las necesidades básicas de salud de la población, no dejando de lado la situación económica-social-política. Su herramienta es la participación.

La participación implica escuchar a la población. Una de las personas del grupo dio un ejemplo: aplicar un sistema de vacunación porque es bueno, o más bien presentar riesgos y beneficios, y dejar que saquen su propia conclusión. Es muy importante ver si la comunidad quiere tomar la propuesta que llega, si es una demanda real de la comunidad o no. El riesgo sería que el agente, perdiendo su condición, se transforme, tomando papeles similares a los más tradicionales como el del médico por ejemplo, y no persista en su papel de coordinador y rescatador del saber popular. Otro riesgo es que esta A. P. S. ponga parches a un sistema, con la cual se estaría disimulando un montón de problemas del mismo, caracterizado como subdesarrollado y dependiente.

La participación es un ejercicio cotidiano, que no tenemos incorporado; que implica comprender la forma de pensar de todos, ver qué significa cada cosa para cada uno. Porque las mismas palabras tienen un significado diferente para cada persona. Hay muchos grados de participación, se puede avanzar o no, en este proceso.

El rol del profesional frente al proceso de participación, sería ofrecer alternativas, ofrecer su saber, no dejar todo a cargo de otras personas, para que de la interacción surja el resultado que tenga que salir.

Volviendo a la preocupación del comienzo, Cristina y María se sentían abrumadas, sobrecargadas por el trabajo. Estos son indicadores que muestran que ellas también están preocupadas

por ver si se está logrando una organización autónoma por parte de la comunidad para que pueda tomar a su cargo estos problemas, de manera que ellas puedan ir compartiendo, ir cediendo este terreno para que otros lo tomen en sus manos. La otra preocupación es si uno o ellas tienen la escucha suficientemente abierta para ver qué es lo que piensa y vive la gente. Por ejemplo, el caso de la mamá con dificultades profundas, si se logra establecer un diálogo no solo para convencerla sino para que pueda entender desde dónde surge esta visión.

Estas dos preocupaciones, la de la autoorganización de la comunidad y la de la escucha, se ligaron en una solución que sería: buscar que se organicen grupos del propio barrio que se hagan cargo de estas tareas.

Grupo 3. — Como definición de A. P. S., establecimos que es una estrategia: proceso dinámico y participativo que tiende a atender las necesidades físicas y psicosociales que una comunidad establece; por lo tanto se desarrolla desde y con la comunidad, constituyéndose en la puerta de entrada a un sistema de salud. No encontramos riesgos en la implementación de la A. P. S. en sí, sino que los riesgos están en cómo se interpreta el concepto de A. P. S. Esto se refiere a confundirlo con atención precaria, atención benéfica solo para sectores marginales. Otro riesgo es la implementación de la A. P. S. a partir de un modelo médico hegemónico, que deje de lado la participación de la comunidad, que los agentes de salud y los médicos actúan según ese modelo que queremos desterrar del sistema de salud.

Que un sistema de A. P. S. esté dentro de la comunidad favorece la accesibilidad al sistema de salud y la concientización de la población de cuáles son sus necesidades. Favorece el compromiso de la comunidad para resolver sus propios problemas, sin esperar que le lluevan las soluciones, sino buscándolas por propia iniciativa y lograr un aprovechamiento adecuado de los recursos humanos y materiales con los que cuenta la comunidad.

La participación popular no es solo un aporte a la problemática de la salud-enfermedad, sino que es una herramienta necesaria para lograr la A. P. S. Sin ese aporte de la comunidad no hay A. P. S. posible. Esta participación surge en todos los niveles de implementación de la A. P. S.: el planteo de las ne-

cesidades, en la planificación de la estrategia, en la toma de decisiones, en la ejecución y en el control de los resultados obtenidos.

Las ventajas del aporte y la participación de la población es que favorece su compromiso, obliga a la población a comprometerse en la solución de sus propios problemas, logrando con esto una valorización de los logros, de los objetivos conseguidos. Permite rescatar el respeto por las pautas culturales de la comunidad y es además un proceso educativo que tiende a enriquecer a todos los participantes de ese mismo proceso. Permite un aumento y afianzamiento de un nivel adecuado de participación. Es decir, que la comunidad, participando, aprende a participar. Como desventajas, está la posibilidad de que exista autoritarismo en las decisiones; que se obligue a la comunidad a adoptar determinadas conductas o determinado plan que considere que no son necesarios, o que no logre entender o darle utilidad, que sea solo una participación pasiva de la comunidad, que sirva para pedir, para demandar y para esperar pasivamente que le lluevan las soluciones; que la comunidad no sepa participar. Solo participando va a aprender a participar.

Grupo 4. — Analizamos lo que consideramos tres pilares de la A. P. S.: la participación popular, la extensión de cobertura y el uso de tecnología apropiada.

Se cumple la verdadera participación comunitaria, si participa la familia. La integración comunitaria sería una de las claras y saludables formas de la participación popular. Se planteó que interactuaban un sistema informal de salud con un sistema formal. En el caso que plantearon María y Cristina creemos que es la familia la que se hizo cargo del problema, fue la familia quien lo curó eligiendo el tipo de atención que tenía a su alcance, ya sea la curandera como la sala. Lo curó su familia por la actitud de participación que tuvo. Hubo una extensión de cobertura ofreciendo un mayor nivel de complejidad que fue tomado o desechado por la familia. Que hubo participación popular no cabe duda ¿Por qué se toma como ejemplo de A. P. S., las experiencias de las zonas llamadas "marginales", o de bajos recursos? Porque el hecho de la solidaridad y la alta cohesión social se da más en zonas marginales.

La calidad de la A. P. S. exige una altísima complejidad, una

alta calidad que trasciende el enfoque biológico, que tienda a un enfoque socio-psico-cultural. Puede hacerse una mala A. P. S., aún con el intento de una visión de medicina familiar. Eso no garantiza que haya una buena calidad.

¿Hasta que punto el agente de salud se convierte en un observatorio de los médicos? Que un equipo de salud cuente con agentes sanitarios no asegura lo participativo. Si no hay participación, no existe resolución. Aún en el modelo más autoritario existe la participación, en cuanto a la elección que la persona hace de ir al recontra-neurocirujano a que le haga una tomografía computada. Para que se dé un vínculo, son necesarios dos. En él existen componentes mágicos, como el hecho de depositar toda la capacidad de curar en la magia de una determinada persona, ya sea de la curandera o del médico; porque el médico también tiene un pensamiento mágico: creer en medicamentos, en aparatos, en lo que él mismo receta. Como conclusión, creemos que la magia está en el vínculo.

Grupo 5. — La heterogeneidad de nuestro grupo nos llevó a una larga discusión, por lo cual llegamos solamente a la mitad de los temas. Definimos A. P. S. como una estrategia de detección, de búsqueda de los casos-problema, haciendo de esto un abordaje integral a través de un equipo, que llegamos a definir como transdisciplinario; que no sólo atiende las causas coyunturales inmediatas, sino que no olvide las causas estructurales que están por detrás de aquel problema. Dimos ciertas características de ese equipo: un equipo en proceso de desarrollo permanente, dando espacio para la reflexión cotidiana, como posibilidad para la autocrítica; tratando de encarar el problema de salud en todos los niveles donde se manifieste.

Definimos muchos riesgos pero no tuvimos tiempo de dar demasiadas ventajas: la reproducción en chico del modelo médico hegemónico; servir como un placebo o tranquilizante social que está relacionado con otro riesgo el de terminar siendo el equipo de A. P. S., la barrera que impida abrir nuevos canales de participación; quedarnos en atender el problema coyuntural olvidando la necesidad de intervenir en las causas profundas del problema salud, el riesgo que asume el equipo al hacerse cargo de esta situación y el riesgo que corre ese equipo de frustrarse al no po-

der resolver los problemas. Como beneficios: que el equipo mismo tenga la posibilidad de abrir esos canales de participación. La inserción de los equipos de A. P. S. podría servir a una redistribución del poder en la comunidad donde se está trabajando. Pero lo que para algunas personas puede parecer un riesgo, para el equipo en sí lo definimos como un beneficio. El conocimiento de las situaciones de riesgo es lo que lleva, en definitiva, a la disminución de la morbi-mortalidad.

Lic. Belmartino. — Lo que me parece fundamentalmente valioso, es esa dinámica de conclusiones, en la que la A. P. S. se une al problema de la participación, en que la participación se define como una estrategia de A. P. S.; y pareciera que no se puede pensar la A. P. S. sin participación de la comunidad. También me parece valioso de subrayar la participación, como ejercicio cotidiano, como un ejercicio que se aprende haciéndolo, no algo que debamos definir previamente, no algo para lo cual tengamos que armar estructuras especiales, sino algo que tiene que pasar por nuestra práctica de todos los días. También me parece importante que participar significa escuchar al otro, tratar de comprender cuáles son los móviles y los valores del otro. Me parece importante que la participación tenga que servir para rescatar el saber popular. La participación no puede ser solamente una difusión o una distribución del saber médico científico, sino que también habría que utilizarla para rescatar aquellos valores del saber popular que nos pueden servir. En esos términos me parece muy inteligente la idea de que la magia puede estar en cualquiera de estas relaciones, que los placebos se encuentran en cualquier lugar, no solamente los médicos disponen de placebos.

Todos han coincidido en las ventajas y desventajas. Las desventajas se centran todas en no reproducir el modelo, en el sentido de, no solo no medicalizar, sino tampoco reproducir las condiciones de autoritarismo, de paternalismo, de beneficencia. Entre las ventajas, por supuesto, la concientización, el compromiso, la accesibilidad; no sólo en términos de atención médica, sino de un mayor conocimiento de los problemas y una mayor posibilidad de acceder a las herramientas aptas para resolver estos problemas. Muy importante es también el estímulo de los vínculos solidarios en el interior de las poblaciones.

Público. — Cuando hablás de equipo, ¿a quién te referís en concreto?, ¿la comunidad no está incluida?

Grupo 5. — La comunidad entra en ese equipo. Llegamos a la conclusión de que la tendencia, a veces utópica, es la conformación de un equipo en el cual tenga parte la comunidad. En mi caso en particular, no puedo pretender trabajar en el medio del monte de Misiones con un psicólogo, un sociólogo; sí con el agente sanitario, sí con la participación de la población, sí con enfermeras.

Público. — Lo que había entendido es que se excluía a la comunidad en la conformación del equipo, que solo estaba integrado por médicos, sociólogos y psicólogos. El resto del grupo estableció concretamente que lo fundamental para la A. P. S., era la participación de la comunidad, y en el planteo de ustedes, esto no se había escuchado.

Grupo 5. — Es así como lo mencionás, pero es un problema de énfasis. Queríamos definir cuáles tenían que ser las necesidades o las características del equipo técnico para hacer una atención integral; a partir de lo cual nos enredamos en la definición de las capacidades básicas indispensables para que esa atención integral se formalice.

Pensamos que no basta unir un médico, un sociólogo y un asistente social, sino que hay que conformar la dinámica del equipo. La idea de la multidisciplina no es que cada cual aborda el problema desde su disciplina, sino que se elabora un lenguaje común y se abordan los problemas en común. Esa sería la diferencia entre multidisciplinario, y transdisciplinario.

Público. — ¿Cómo podrías definir la figura de la comunidad en concreto?

Grupo 5. — Cuando hablábamos de las ventajas que la A. P. S. podría brindarnos como estrategia, definíamos que la salud de cada población, en principio la define cada población. Es obvio pensar que la participación de cada uno de los integrantes es trascendente para llegar a un mínimo común denominador que establezca las prioridades, los objetivos por alcanzar, las metodologías a implementar, los recursos con que se cuenta, y por ende

cómo se va a aplicar, cómo se transforma en realidad. De ahí que es trascendente el vecino, el cura, cualquiera que habite la región. Todo esto tiene sentido a través de una participación real.

Público. — No es tarea nuestra definir cuál es el perfil de participación de la comunidad. Si lo que se pretende es el desarrollo de la participación, los técnicos deberemos conformarnos con ser meros facilitadores del desarrollo de esa conceptualización, que tendremos que hacerla entre todos.

Público. — No se porque se hace tanto hincapié en los equipos por un lado, y la comunidad por otro; si partimos de ahí es una base errónea, como si el equipo fuera una manga de paracaidistas que se depositan en una comunidad y que no tiene ningún nexo con ella.

SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA

(Mesa redonda)

COORDINADOR:

Dr. David Pattin

Jefe del servicio de Psicopatología del Hospital de Niños.

PANELISTAS:

Dr. Vicente Galli

Director Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Dr. Mario Timinesky

Jefe del servicio de Psicopatología del Hospital de la Matanza (Provincia de Buenos Aires).

Dr. Fernando Ulloa

Médico Psicoanalista

Dr. Hugo Cohen

Director del plan de Salud Mental de la Provincia de Río Negro.

Lic. María Martha García

Vicedirectora del Departamento de Salud de la Escuela de Psicología Social "Pichon Rivière".

Dr. Pattin. — Me voy a referir a dos componentes que se han desarrollado en estas jornadas; tecnología apropiada y recursos humanos no tradicionales. Tecnología apropiada se ha enunciado, como aquello que tiene que ver con aparatos, infraestructura, o método de diagnóstico o tratamiento. Es generalmente relacionado con complejidad alta o baja, y por supuesto con la variable de la necesidad de la comunidad. Uno de los elementos que hay que considerar dentro de la tecnología apropiada, que no se ha enfatizado de manera importante, es el conocimiento, la investigación, el saber; parecería que esto es algo que no se



Mesa de Salud Mental y A. P. S. — (De izquierda a derecha:) Dr. Hugo Cohen, Lic. María Martha García Vecchi, Dr. David Pattin, Dr. Fernando Ulloa, Dr. Vicente Galli.

mide en términos de costo o beneficio; sin embargo el trabajador de salud mental insume alto costo y esfuerzo en una capacitación cuyo beneficio para la comunidad no está del todo evaluado como importante. Teniendo en cuenta aquellos modelos de identificación que se proponen para este logro de conocimientos ¿de qué manera están al servicio de A. P. S.? A esto se une la cuestión de los recursos humanos no tradicionales, respecto de la tradición de formación: ¿para qué? ¿para quiénes? ¿cómo? ¿de qué manera esto está incluido en la A. P. S.? Hay una serie de elementos concretos que hacen a A. P. S. y a la definición de salud que sin lugar a duda no podemos soslayar; debemos preguntarnos si nuestra capacitación y todo nuestro interés formativo no está alrededor del polo que tiene que ver con la enfermedad, lo asistencial, lo terapéutico. Estos son algunos de los temas que vamos a intentar desarrollar.

Dr. Ulloa. — Este problema de la salud mental es sumamente complejo. Hay un viejo dicho que dice: “los problemas complejos tienen soluciones erróneas, en general sencillas y fáciles de entender, el problema es cómo se alude a lo sencillo y fácil sin caer en lo erróneo”.

La A. P. S. es una actividad clínica. En la metodología clínica se organizan los datos de un campo para leerlos, para administrarlos. En clínica, uno de los errores principales o más comunes se da cuando se pretende tomar teorías, que son sencillas y eficaces en tanto son parciales, se las pretende globalizar y desechar un recado clínico que dice que las ideas clínicas son de recambio, se usan mientras sirven después se las descarta y se pasa a otras. Voy a tomar una teoría sencilla y fácil de entender que está perdida dentro del edificio teórico del psicoanálisis; se refiere a lo que Freud conceptualiza como neurosis actuales. ¿Por qué tomo esto como una buena introducción? Porque las neurosis actuales, primero responden en contraposición a las neurosis transferenciales, donde un conflicto arcaico o infantil ecllosiona en un momento dado; las neurosis actuales responden a situaciones actuales, a situaciones que están operando en ese momento, a situaciones que como Freud dice, no se las analiza, requieren medidas higiénicas; además en las neurosis actuales estas causas actualísimas inciden tóxicamente tanto a nivel corporal como a nivel mental, crean situaciones de morbilidad, de mortificación corporal tóxicas, dice él, y crean además un descenso de la inhibición en el aparato mental. Yo agregaría que las neurosis actuales son aquellas que nos conducen a las raíces más primitivas de la enfermedad mental, que es la falta de producción de alegría y de inteligencia.

La institución de la ternura materno-infantil, es el escenario donde el sujeto entra en la historia; es la oportunidad de primerísima prevención; es el escenario donde entra el pediatra; como además el sujeto no tiene historia todo es actual, en todo caso la que imprime la historia es la madre. La ternura es el antecedente arcaico mayor de la relación médico-paciente, de la relación clínica; los cuidados maternos son el oficio del cual todos nos hemos beneficiado, es el antecedente del oficio más viejo del mundo, quizás no sea la prostitución sino es el hombre que

cuida al hombre que sufre. La ternura se opera desde dos dimensiones, desde la empatía: la madre sabe por qué llora el niño; y desde el miramiento, que es mirar con amor, con interés algo que sabe ajeno aunque haya salido de las propias entrañas; la empatía es el antecedente de todo lo que podemos definir como intuición clínica, todo lo que es el basamento que va más allá de la técnica, de la actitud médica; el miramiento, es el recaudo técnico, ético, que permite mantener el respeto por la genidad del sujeto, aún en su invalidez enferma.

Hay un concepto que quiero recuperar, es de un analista donde convergen todas las escuelas analíticas, que además de ser analista nunca dejó de ser pediatra, siempre estuvo andando en una realidad. Desarrolla la capacidad de estar solo del niño, cómo una madre logra la capacidad de autonomía de estar solo del niño, el niño con una madre que desde la empatía y el miramiento ni lo avasalla, ni lo abandona; supongan un niño que está descubriendo su mano en una actitud autoerótica, está sintiendo sus sensaciones, la madre no lo invade diciendo: "qué linda manito que tiene el nene", ni aprovecha para irse ya que el chico está entretenido con su mano. Ese niño empieza a desarrollar su capacidad simbólica, empieza a registrar su cuerpo, y en un momento el cuerpo, según Freud, aparece representado mentalmente, y una nueva instancia aparece que es el yo ideal. Ahí empieza a funcionar la simbolización, el conocimiento del mundo y del propio sujeto, el pensamiento. Empiezan las raíces arcaicas de la inteligencia, además del autoerotismo como la autonomía del placer que también es una raíz arcaica de la alegría. El médico tiene una presión bastante semejante frente al paciente; cuando fracasa la empatía y el miramiento, empieza a aumentar la morbilidad, el enfermo además de su enfermedad empieza a estar en una situación de neurosis de angustia. En la neurosis de angustia, un individuo desde su invalidez depende de algo que lo rechaza, depende a su vez de algo que él mismo rechaza.

El segundo punto es el síndrome de violentación institucional: vamos a hablar ahora del hospital. Hace muchos años que trabajo en instituciones como psicoanalista; en uno de mis trabajos hospitalarios que hace 25 años sostengo, por supuesto he acumulado fracasos, no totales, sino que me han ido

permitiendo conceptualizar mi práctica, perfeccionar las metodologías y sobre todo reconocer los límites posibles de un trabajo psicológico con un sujeto o con una institución. Uno de esos límites es la pobreza crónica de recursos, los operadores clínicos con mucha frecuencia se transforman en administradores pasivos de la pobreza, o en administradores represivos de la pobreza. Una manera de definir una institución es la materialización del acuerdo de dos o más grupos con distintos grados de pertenencia y de poder; cuando este acuerdo se rompe, se da un fenómeno muy curioso y universal, que es fácilmente reconocido, los grupos de mayor pertenencia, los operadores clínicos, frente al de menos pertenencia que son los pacientes, se transforman en sitiados y los de menos pertenencia en sitiadores; los operadores clínicos trascienden insensiblemente a transformar su metodología y sus instrumentos en baluartes defensivos, y degradan al paciente a la categoría de perturbador. Ante esta situación ¿qué le pasa a un sitiado?, entra en lo que el psicoanálisis define como neurosis de angustia, empieza a degradar su vínculo formal, desaparece toda capacidad de sublimación a través de su trabajo, empieza a tener los efectos tóxicos frente a esta pobreza crónica, porque el acuerdo se rompe por esto, por haberse superado por el tope operativo de pacientes, por el autoritarismo. Entonces el sujeto sitiado empieza a producir efectos tóxicos tanto corporalmente como mentalmente, lo único que se le ocurre es tirar aceite hirviendo sobre las murallas, pierde imaginación para salir de esa situación, se pierde la inteligencia singular. La gente no entiende o pierde la capacidad de entender; cuando un grupo de gente pierde la singularidad individual de entender, desesperadamente trata de entenderse, trata de establecer standar de entendimiento a través de normas formales, estupidizantes. Este descenso de la imaginación, de la alegría, el aumento de la morbilidad física, el desgano, este aburrimiento, esta resignación, esta desesperanza los transforma en síntomas institucionales. Los sitiadores que han demandado desde su debilidad, no son sitiadores porque avanzan, sino porque no tienen a dónde ir, renuncian a la expectativa de ser atendidos en su sufrimiento y se conforman en ser atendidos en su expectativa de ser atendidos; esto está sintetizado en la frase clásica: "ya fui al hospital",

que viene con el deterioro de ese pasaje. Esta situación de descenso de la inteligencia, de síndrome de violentación institucional altamente enfermante sobre los operadores clínicos, y de hecho enfermante sobre la enfermedad, sobre los propios pacientes, tiendo a enfrentarla con lo que defino "la comunidad clínica", que es crear condiciones epistemológicas de ruptura de esa caracteropatización alienada donde la gente ha zozobrado y ha tomado como normal a lo anormal. Si en la ternura, el sujeto está articulado familiarmente, ahí se han determinado fenómenos de morbilidad, y es una oportunidad en la producción de salud; si en el síndrome de violentación institucional el sujeto está articulado institucionalmente, zozobra, se enferma por pérdida de alegría, por pérdida de identificación o inteligencia.

El tercer elemento que voy a tomar es el sujeto articulado socialmente, el sujeto político. Voy a hablar desde mi práctica con los derechos humanos; lo que quiero describir es el efecto trágico, siniestro, para esto tengo que hacer alusión a lo que se conoce como represión integral. En la represión integral, el sujeto represor no reconoce absolutamente ninguna ley, ni natural, ni jurídica. Es el amo y señor del sufrimiento, de la vida y de la muerte. Frente a esta situación, el reprimido (para tomar un elemento gráfico, vamos a tomar lo que acontece en una mesa de tortura), entra en una situación trágica, en tanto entre a la situación llamada "vinculación dual", que no se refiere a dos personas sino a dos sistemas; el sujeto depende, para que termine su tormento o para seguir viviendo, de algo que rechaza totalmente. Esta situación no solo crea un estupor, sino que paradójicamente y analizando a torturados (esto apareció muchas veces) pasa a ser su fortaleza para mantener el silencio, para sobrevivir. Se ilustra mucho más si vemos lo que pasa con el círculo inmediato al que está en la mesa de tortura, que es el familiar, que en el estupor trágico de los acontecimientos tiene dos pensamientos, uno muy nítido: "ojalá todavía viva", pero al mismo tiempo frente al tormento avanza un pensamiento mucho menos nítido: "ojalá ya haya muerto, y haya dejado de sufrir"; esta es la situación terrible de ambivalencia trágica que lo aproxima además al lugar del represor. Lo importante de esto, es que a medida que el círculo se va alejando, desaparece el efecto trá-

gico y empieza a aparecer el efecto siniestro, que es cuando convive familiarmente con algo que es secreto, que se lo conoce aunque se lo ignore. En la medida que se va alejando el tejido social, no solamente por ese alejamiento de que la mesa de tortura es un secreto, sino por el efecto siniestro que provoca lo que se conoce como negación. Durante años hemos visto cómo la gran mayoría de la sociedad negó lo que era evidente; en la denegación se niega que se niega, el sujeto hace una doble negación, entonces aparece esa canallesca frase que seguramente hemos estado próximos a decir: "en algo andaría", elípticamente en la mesa de tormento es: "algo ha de saber, torturémoslo".

Esta situación, en la patología de la ternura, lo que zozobra es la simbolización, las raíces de la inteligencia; si en la patología de la institución lo que zozobra dentro de la caracteropatía alienada, precisamente también es dentro de la negación, la capacidad de zozobrar, de advertir la ritualización, el hábito, entonces también hay un descenso de la inteligencia, de alegría. En el efecto trágico siniestro, lo que zozobra es otra forma de la negación desde el estupor, el pánico, desde la denegación. Dije que la situación trágica siniestra era de dos y que está ejemplificada por el extremo de la relación amo-esclavo o torturador-torturado, pero que está también ejemplificada por la soledad del familiar que no tiene a donde recurrir frente a la desaparición de su familia; ¿cómo se rompe el dualismo trágico? con la inclusión de un tercero solidario (conformando los organismos de derechos humanos). Hay un ejemplo que es mucho más actual: el poco respiro democrático permitió un fenómeno inédito del que fuimos testigos todos estos días, "en la plaza codo a codo, juntos somos más", la multitud de personas que no cedieron a efectos siniestros.

Lo que recupero es la falta de producción de alegría desde la patología de la ternura cuando impide la simbolización, tomo la caracteropatización alienante, lo anormal del cotidiano institucional que se incorpora como normal, la falta de inteligencia, tomo el efecto siniestro; son tres producciones de producción de inteligencia. Otro viejo dicho que tomé del mismo libro que no me acuerdo el autor dice: "El quantum de inteligencia (yo agregaría de alegría) del globo terráqueo permanece constante, lo

que aumenta es la población”; es una formulación aristocratizante falsa, que en realidad no permanece constante, disminuye. Los efectos trágicos no están referidos exclusivamente a la represión que nosotros, y muchos países soportan, están referidos a bombas, a convivir con algo que supuestamente nos defiende pero que al mismo tiempo nos mata, referido a todo lo que pasa en este momento. Hace años en una mesa redonda, en la época del proceso hablando de estas cosas dije: “En este momento, a esta hora hay más de 10.000 personas en el país que están bajo tormento”; en este momento podría decir que hay más de 10.000 personas que están golpeando las puertas de los hospitales, muy malos con muy pocas posibilidades de ser atendidos; esto también lo conocemos, pero lo vamos denegando porque no podemos convivir con la miseria. Diría que no es cierto que la inteligencia y la alegría permanecen constantes, sino que disminuyen.



Mesa de Salud Mental y A.P.S. — (De izquierda a derecha:) Dr. Hugo Cohen, Lic. María Martha García Vecci, Dr. David Pattin, Dr. Fernando Ulloa, Dr. Vicente Galli, Dr. Mario Tirrines Ky.

Dr. Cohen. — Quisiera hacerme vocero de un importante número de trabajadores de la salud mental, que en distintas provincias de nuestro país, más cercanas o más alejadas, estamos desarrollando comprometidos en esta nueva línea, en esta nueva alternativa que se nos abre y se nos ofrece.

En el año 1980, plena dictadura que todos recordamos, tres delirantes tuvimos la idea (después nos dijeron delirantes) que teníamos que hacer algo en cuanto a la situación en ese momento de los médicos residentes, porque no cobrábamos, porque nos pagaban mal, porque el hospital se cerraba, porque no había nivel científico, porque éramos una mano de obra barata. Curiosamente fuimos tres residentes de psiquiatría, dos del Hospital Moyano y yo del Hospital Lanús, que tuvimos la fortuna de poder comenzar una experiencia, que luego se transformó en una instancia nacional, representativa de 5.000 médicos residentes de todo el país; tuve la suerte de presidir lo que hoy es la CONAMER, durante cuatro años, que significó una de las experiencias vitales más importantes de mi vida. ¿Por qué traigo esto aquí, en este momento?; por el compromiso afectivo que me liga con este sector de los médicos jóvenes, y por una situación que todos estamos atravesando y viviendo hoy en nuestro país. Así como en 1980 tuvimos que echar mano a la lucha y al compromiso, a través de la solidaridad de un sector pequeño de los profesionales, los médicos residentes, para que a partir de las reivindicaciones que planteaba recién, en última instancia pudiésemos vencer a la dictadura. La urgencia de retomar esa actitud, los trabajadores de la salud si de alguna manera pudimos entre todos hacer un aporte para derrotar una dictadura, hoy el compromiso reforzado de tener que afianzar la democracia y no solamente esto, sino profundizarla para que realmente podamos llegar a un nuevo país donde esa realidad sea concreta, en esto que compartimos “Salud para todos en el año 2000”.

La provincia de Río Negro es la tercera en extensión en cuanto a superficie, cerca de 240.000 Km.², tiene una densidad poblacional promedio de 2 hab. por Km.², en total son 450.000 hab., el promedio es interesante porque hay zonas donde no llega a haber 0,1 hab. por Km.², es una población dispersa, con características que no se dan en otras provincias, hay cinco polos de con-

centración. Así como tenemos un modelo del centralismo porteño, en cuanto que aquí se concentran una cantidad de recursos, también eso se reproduce en las provincias, hay una capital, alguna ciudad y después muy poca población. En Río Negro no se da así; tenemos regiones donde se concentra la población, algunos hablan de cinco provincias no solamente por esta característica poblacional sino también por la diversidad de la geografía climática, cultural y social. Hay un aspecto muy importante que es las grandes distancias, yo estoy en el Ministerio de Salud que está en Viedma, y la distancia que tengo hasta Bariloche (localidad de la provincia) es superior a la que tengo de Viedma a Buenos Aires; planteo esto porque cuando veamos las acciones que estamos desarrollando, uno de los factores de riesgo que tenemos en la salud en general, es la comunicación. La estructura sanitaria de la provincia está conformada en cinco zonas sanitarias, con hospitales de área programa, que cubren toda una zona geográfica, con una infraestructura sanitaria de un menor a un mayor nivel de complejidad. La intención es ir desarrollando las acciones que se vinculan directamente con la población, con el barrio, aportando los elementos más necesarios y de menos complejidad. En la medida que no puedan ser resueltos en estos niveles básicos, se va accediendo hasta el hospital cabecera. Tenemos 27 hospitales en total en toda la provincia de distintos niveles de complejidad, la máxima complejidad es nivel 6, que es bastante pequeña si la comparan con los centros urbanos como Buenos Aires. De estos 27 hospitales de área programa, dependen 220 centros periféricos; de los 27 hospitales solamente 10 tienen trabajadores de salud mental, quedarían 17 sin personal especializado, el promedio es de 1 psiquiatra cada 40.000 hab. y 1 psicólogo cada 4.000 hab., en este promedio están incluidos todos los profesionales que están viviendo en la provincia.

¿Cómo veo la realidad de salud mental en Río Negro? Tenemos un acuerdo compartido con el conjunto de los trabajadores de salud de la provincia, el alcoholismo es la principal problemática de salud mental en Río Negro, si pensamos que en Chubut y Río Negro la principal problemática es la hidatidosis, que implica un 4 % en cuanto a la incidencia; vemos que el alcoholismo lo triplica; mencioné la hidatidosis, porque es la zona del mundo

donde se manifiesta esta problemática. La primer dificultad es el alcoholismo, después un conjunto de dificultades no diagnosticadas claramente todavía, en cuanto al crecimiento y desarrollo de la niñez. Tiene un peso importante la hipoestimulación, derivada de factores socio-culturales-económicos, retardos madurativos, oligofrenias, etc. Estos son los principales problemas que hemos decidido encarar en la provincia de Río Negro.

El departamento de salud mental, se constituye a partir del advenimiento de la democracia, y recién hace dos años con mi llegada, se lo incorpora activamente a la estructura del Ministerio de Salud. A partir del año 1985 el coordinador del departamento sale del hospital del que dependían, y se instalan en el Ministerio de Salud Pública; esto no implica solamente un cambio geográfico, sino fundamentalmente nuevas perspectivas para poder operar. El departamento de salud mental quedó conformado hace dos meses; pasó de ser una estructura unipersonal a un equipo de trabajo conformado por cuatro divisiones: organización de servicios de salud mental, interinstitucional, formación de promotores de salud, alcoholismo y otras acciones; esta es una división de tipo operativa, en la práctica lo importante es que todos tenemos que ver con cada una de ellas, estamos vinculados a partir de nuestra práctica. ¿Quiénes están a cargo de cada una de estas divisiones? De la división de salud mental, una psicóloga, una antropóloga social a cargo de la división interinstitucional, quien fue responsable además en su primera etapa del plan de alfabetización de la provincia; en la división de promotores de salud, un agente sanitario con una buena experiencia en la zona andina de la provincia, y en la división de alcoholismo y otras acciones, un paciente recuperado que coordina los grupos institucionales de alcoholismo en nuestra provincia.

Cuando hablamos de organización de servicios de salud mental, no entendemos servicios con la estructura tradicional específica, sino como las acciones o prestaciones que se desarrollan en salud mental. Todo trabajador de salud puede realizar actos en salud mental, con una capacitación adecuada, es más, sin esa capacitación desarrolla acciones en salud mental, trabajos de salud; trabajador de salud no es solamente el médico y la enfermera, también es el chofer, la mucama, la cocinera, el agente

sanitario, el personal de administración, todos ellos los entendemos como trabajadores de la salud. ¿Cómo es esto de que un chofer trabaje en salud mental? o ¿Qué sabe una mucama o una cocinera de salud mental? ¿Qué estudió de Freud? o ¿qué sabe de otras corrientes? Son recursos no tradicionales, lo entendemos no como una mera modificación o reforma o una variante de los operarios tradicionales en salud mental, sino que este recurso no tradicional pretende ser una transformación profunda de la concepción del trabajo en salud. De esta manera se cambia el eje principal del funcionamiento, cambiamos los actores y el escenario del trabajo en salud; el actor principal del trabajo hasta hoy en salud es el médico y el escenario es el hospital; aquí se transforma como protagonista fundamental el individuo, cuyo escenario por supuesto es la población, la zona donde esta persona vive. Esto va acompañado de un sin número de cuestionamientos, de una crisis que en primer lugar tiene que ver con nosotros mismos, los trabajadores de salud. La alternativa que se nos plantea es un cambio de actitud en las modalidades tradicionales de nuestro trabajo, y un replanteo consecuente de nuestra posición frente al quehacer cotidiano. Uno de los programas que tienen que ver con esta división (organización de servicios de salud mental) son los llamados equipos de patrulla. Si bien tiene una connotación represiva, pensamos que esa no es su intención. Los equipos de patrulla tienen que ver con los 17 hospitales en que la psico-cosa no está presente. Formamos estos equipos móviles, con trabajadores de salud mental de la zona, o sea que se integran con miembros de los distintos servicios que se trasladan a estos hospitales, en general rurales, a atender o asistir. Este es el enfoque tradicional. Lo que intentamos es ir a capacitar en la urgencia de salud mental. En una primera aproximación reuníamos a todos los trabajadores de la salud, desde el chofer al director del hospital, donde abordábamos la capacitación en el manejo del episodio agudo y nociones básicas de psicofarmacología, que insisto, impartíamos a todos los trabajadores de salud del hospital. En general los médicos son los que más rechazan y boicotean esta posibilidad de apertura de compartir un conocimiento con el conjunto del equipo de salud. Es una realidad que corresponde al quehacer médico en distintos países del mundo. Esta tarea, si

bien es reciente, contempla que al cambiar las operaciones, deben cambiar también los indicadores, y no tenemos todavía indicadores adecuados. Tenemos algunos datos de la realidad que nos permiten tener un conocimiento concreto de lo que estamos haciendo: disminuyó el número de derivaciones; mejoró el sistema de derivación que se hace a los hospitales que tienen personal de salud mental; se empezó a contener en los hospitales los casos de delirium tremens o de intoxicación alcohólica, que son los cuadros más frecuentes; se empezó a generar un intercambio de comunicación, a generar una red. Saber quién deriva y quién recibe es trascendental, más aún con la distancia que existe de un hospital a otro. Estos equipos de patrulla salen cada cuarenta días de las distintas zonas sanitarias, y en el día se trasladan a distancias que oscilan en los 600 Km.; en el día se sale, se trabaja con el hospital rural y se regresa al hospital cabecera. El trabajo que encaramos en estos hospitales, es la incorporación no sólo de los trabajadores de la salud, sino de todos aquellos personajes de la comunidad que desarrollan alguna tarea vinculada a la salud: agentes sociales de los municipios, algunos intendentes, curanderos y otros líderes que existen en las comunidades. Con ellos intentamos ver el aspecto que hace al compromiso social con la salud mental de cada una de las comunidades.

Dentro de la división interinstitucional, están los llamados "espacio reflexión" que desarrollamos con las escuelas. Encaramos esto en función del diagnóstico de situación. Tradicionalmente se abarrotan los pocos servicios de salud mental de la provincia con una cantidad de niños con derivaciones por problemas de aprendizaje, de conducta, etc. Entendemos el problema del niño en la escuela, no como un problema del niño en sí (si bien reconocemos que hay casos puntuales que deben ser asistidos), sino al niño como emergente de una situación de crisis, que refleja a la institución. En todo caso, si tenemos que operar, no va a ser con el niño, sino en primer término con la institución que está derivando, que es la generadora en principio del conflicto que se nos aparece a través de este niño-problema. Obtuvimos, por calendario escolar en toda la provincia, el tercer miércoles de cada mes sin clases, para que cada escuela pueda reunirse y llevar adelante esta actividad que implica que los trabajadores

de la educación de cada una de las instituciones puedan reunirse con el apoyo técnico correspondiente y con la intención de analizar o descubrir cuáles son las problemáticas y qué pasos habría que dar para resolver los problemas planteados.

Con respecto a los grupos institucionales de alcoholismo, los que mejor pueden atender esta problemática son los pacientes rehabilitados, recuperados. Se los entrena en el servicio de salud mental del hospital de Roca, que estuvo a cargo hasta hace poco tiempo del Dr. Pellegrini, y también en el valle medio de la provincia. De esta manera hemos generado una red de grupos de autoayuda o autogestión que tienen la posibilidad de basarse en un recurso que existe en todas las comunidades, que puede ser capacitado, que resuelve y que aporta soluciones al problema del alcoholismo.

En cuanto a la formación de promotores de salud y otras experiencias, hemos comenzado con programas radiales en distintas localidades, con la idea fundamental de revertir el modelo tradicional: "enseñar al que no sabe, al ignorante". En los medios de comunicación tienen que participar sus verdaderos protagonistas; si vamos a tratar el tema alcoholismo, que hable el enfermo recuperado, que seguramente va a saber mucho mejor que nosotros cuáles son las vicisitudes y cuáles las alternativas para salir de los problemas que aparecen. De esta manera permitimos la aparición de otros líderes de la comunidad. Esto tiene que ver con una concepción del trabajo, que compartimos, que está presente en los "espacios reflexión", en los grupos de alcoholismo, en las tareas de patrulla, en lo que es el recurso humano no tradicional en salud, en lo que entendemos como trabajadores de salud.

En todas las comunidades existen recursos de salud. No existen individuos carenciados, sino en todo caso, hay una cantidad de individuos que no saben que saben. Nuestra intervención o acción debe consistir en posibilitar la aparición de ese conocimiento. Todos tenemos un conocimiento producto de nuestra historia, de las vivencias internalizadas, de las situaciones que hemos atravesado. La posibilidad de que aparezca y operativizar este conocimiento en los distintos sectores de nuestra comunidad, sería a partir de la investigación participativa, que tiene un objeto

de estudio que hace a las condiciones materiales de la existencia del individuo. A partir del trabajo grupal este conocimiento individual se puede transformar en un conocimiento colectivo que permita a su vez, luego del diagnóstico de la situación, transformar esta realidad diagnosticada previamente. El proyecto de trabajo de la A. P. S. M. es un proyecto de transformación, y no un trabajo de control social, como pareciera que es el de los trabajadores de la salud y en general el de los profesionales. No hay un modelo médico hegemónico, hay un modelo profesional hegemónico que tiene que ver con nuestras universidades. Se trataría de cómo manejamos nuestro saber, de la circulación social que se permita y posibilite a nuestro saber. Es claro que no tenemos capacitación en esta nueva alternativa; es bueno recordar que no hay definiciones; que las estamos haciendo con nuestro trabajo. Aquel que plantee que A. P. S. es clara o que tiene la "precisa", está bastante alejada de lo que significa A. P. S. M. o A. P. S. es una crisis, es una autocrítica de las modalidades habituales en nuestro quehacer cotidiano. No tenemos una receta, no tenemos un libro, tenemos la práctica y la responsabilidad social de compartir nuestro conocimiento.

Les voy a leer una carta que me mandó un agente sanitario que tiene el rol de supervisor a la A. P. S. El coordina el grupo de agentes sanitarios de los hospitales. Está en un hospital rural, en la línea sur, la zona más pobre de nuestra provincia:

"Tengo el agrado de dirigirme a usted, con el fin de contactarnos como acordáramos oportunamente, es decir cuando usted diera esa charla tan importante en el hospital de Maquinchao (la persona que dirige esta carta es un descendiente mapuche, uno de los integrantes del consejo aborigen de la provincia), charla sobre lo que es de su competencia. Le aseguro que si el tema fue importante, lo fue mucho más, al menos para mí, el hecho de que usted dejara entrever ese respeto que siente por las personas, por sus costumbres y sus culturas. Solo así creo yo, se puede trabajar y se puede esperar frutos.

"Señor, bajo el lema: 'No quiero que me den una mano, sino que me saquen las manos de encima', que es lema de mi raza, hago propicia la oportunidad para saludarlo atentamente".

Un primer planteo, una primera puerta que tenemos que

abrir, si es que nos animamos a enfrentar la A. P. S., sería este desafío de empezar a sacar las manos de encima.

Lic. García Veci.—Tengo muchos años de trabajo institucional y como decía Ulloa, acumulo bastantes frustraciones y experiencias negativas. También puedo contar con algunos relatos que me resultaron gratificantes, pero lo importante de esto es que todavía sigo con ganas de hacer prevención y A. P. S.: las vicisitudes todavía no pudieron con nuestro espíritu.

El trabajo de prevención y A. P. S. tiene varios problemas: primero, que hay que tener una vocación muy firme; segundo, son trabajos que son muy mal remunerados, cuando lo son. En la mayoría de los casos salir de la institución y hacer trabajo en la comunidad es ad-honorem, lo que contribuye a deteriorar el ya desgastado ejercicio del trabajo institucional; tercero, que trabajamos con miedos que son casi dominantes al salir al exterior. La seguridad que brindan las cuatro paredes del consultorio es tan grande, que desarrolla una verdadera fobia a salir de ese trabajo; el abandonar ese campo que es aparentemente seguro, crea una gran ansiedad, por lo cual hay mucha gente que se niega a hacerlo.

Los médicos generan mucha resistencia a trabajar con equipos interdisciplinarios (el criterio de Cohen lo respeto, porque está describiendo un trabajo en una comunidad con características muy especiales). Pero no es solo la figura del médico, sino de todos los profesionales que defienden su compartimento con miedo a ser invadidos. Yo que trabajo en una escuela de psicólogos sociales, dentro de esa ideología, hay problemas entre los departamentos. Tenemos la tendencia de compartimentar tanto las cosas, que se vuelve negativo y poco operativo; es uno de los obstáculos grandes para integrar un equipo.

Otra dificultad es la distancia sideral que hay entre la teoría aprendida mal o bien en la Facultad, y la realidad de la situación hospitalaria, y el hospital en la comunidad. Los conceptos son tan teóricos que no nos sirven en la práctica. No es casual el auge de Lacan en este momento, después de años de represión. En realidad la A. P. S. solo se puede hacer en ámbitos de democracia. La técnica de no acción, de no ayuda, tiene mucho que ver con la restricción del trabajo en la comunidad. Hay hospitales

o instituciones que funcionan con modelos de consultorios privados de barrio Norte, y aunque el trabajador de salud mental no lo quiera reconocer, es un modelo casi idealizado al cual se tiende. Lo importante es hacer esfuerzos para adecuar la información y la formación que necesitamos para la aplicación en el modelo comunitario. El primer obstáculo es romper con el modelo de la figura de nuestra terapia individual y privada; el otro obstáculo que he observado en la formación de terapeutas, es la dificultad de unir el sentir con el pensar, para llegar a una armonía operativa. En las "distancias óptimas" se ha llegado a tal grado de deformación patológica como la "distancia máxima". Tenemos vicios de nuestra formación donde lo emocional hay que eliminarlo. "¡Cómo puede ser que un psicólogo se conmueva!". Una de las cosas que nos decían en la Facultad: "Hay que tener equilibrio emocional", ¿qué era control emocional?, abarcaba el no llorar nunca, por eso nos queremos quedar con el paciente detrás del diván, cara a cara no, porque la mirada requiere algo. Otra cosa es el miedo a la pérdida de mi tranquilidad anterior a la situación de no compromiso afectivo y a ese consultorio idealizado que lo llamo "el cuartito azul de la primera pasión" con un paciente sano, situaciones que no existen más. Por esto es que es necesario instrumentarse rápidamente con técnicas operativas que sirvan para la A. P. S.

Tengo una sólida formación psicoanalítica de la que no reniego, pero sobre la cual he tenido que ir incorporando una serie de vicisitudes, que a los jóvenes que recién se inician quisiera aliviarles. Nuevas técnicas de acción que no son incoherentes, pero que hacen a la curación a nivel institucional. Primero ver lo que hay, con qué cuento, cuáles son las necesidades y a partir de ahí adecuar la situación. No se trata de movilizar y dejarlas así, de crear situaciones que después no se puedan recuperar.

El trabajo hospitalario generó mucha angustia e impotencia. Yo como trabajadora de hospital he sentido la desesperación de no poder hacer nada. Cuando Ulloa hablaba del sitiador y del sitiado pensaba para mí: "¡Cuántas veces estuve en un rol o en otro!". En el último hospital que estuve, antes de que me echaran, fui contratada para hacer prevención, pero no pudimos hacerla por la restricción inmediata que vino de la política exterior y por el

gran estado de carencia de esa población; pero no acabaron con nosotros, sino con el intento en ese momento de hacer prevención. Cuando uno llega a los momentos de depresión, por ejemplo en esta experiencia en la que había tantos casos desesperantes me dije: "Esto me pasa por no ser médica", porque siempre que me deprimó pienso en la misma idea. Porque si fuera médica le daría algunas pastillas y sentiría que hago algo, aunque estas fueran de menta". Estas son situaciones de encierro, donde me sentía sitiada. No podía salir a la comunidad; el deterioro institucional y la falta de salidas son realmente asfixiantes. Por eso es importante introducir en la formación del terapeuta y del agente corrector en general, técnicas de terapia breves que vayan a la acción, muy pensadas, muy estudiadas, pero que tengan objetivos a alcanzar. Por ejemplo: si tomamos las neurosis actuales es mucho más fácil operar cuando no aplicamos un modelo que es para otro tipo de neurosis. Esto nos lleva a deterioros institucionales, donde nosotros como miembros de la institución caemos en el estereotipo y hacemos alianza con el estereotipo de la otra persona que viene a buscar ayuda. Es cuando decimos que el paciente nos ha convencido de que él no tiene remedio y lo que es peor: que nos convence de que nosotros tampoco tenemos remedio. Esta es una situación de alto grado de angustia, de mucha desesperación por eso es el fenómeno del año pasado en el Borda, que habían entrado 400 residentes y en menos de un año no les quedó ninguno.

Nunca se cansen de querer a la gente, aunque a veces nos traten mal. Cuando uno quiere a la gente puede ayudarla, y puede darse cuenta que ese paciente, más que una melancolía, tiene una hambruna de varios días, y que la dieta carenciada de proteínas es la que está generando ese cuadro. Cuando podemos romper con la compartimentalización, podemos ir a consultarle al médico, y funciona bien la interconsulta, trabajamos con la asistente social y vamos con ella a hacer un diagnóstico familiar al domicilio (que para los que no lo han desarrollado todavía, es el mejor diagnóstico que conozco). Nunca se cansen de ayudar a mejorar al otro, porque de paso nos podemos mejorar nosotros; tomo una palabra que dijo Ulloa, "la ternura". La resonancia afectiva que

esto nos crea, cuando uno quiere afectivamente, cuando uno se compromete afectivamente, es cuando mejor lectura tiene.

Acá se habló de costos. ¿Cuántas instituciones y en qué servicios se prepara gente para trabajar en ámbitos comunitarios? Si los hay, son muy pocos, y los que estamos en eso nos sentimos realmente muy solos porque es un trabajo difícil y duro. No estoy hablando de salir a la comunidad, sino de formar trabajadores de la salud para eso. El otro día recibí una invitación para hacer trabajo comunitario. Llamé al equipo de terapéutas y les dije que me dejaran un mensaje de cuántos tenían realmente ganas de trabajar, por supuesto que era gratuito. No me llamó nadie; porque es una realidad, tienen necesidad de sobrevivir, de pagar el alquiler del consultorio, su propia terapia, son gente joven con hijos chiquitos y no les queda espacio para hacer trabajo comunitario.

Les quiero agradecer la invitación por varios motivos: uno, porque extraño el hospital. Del último salí en la época de los milicos, despedida por hacer trabajos de grupos. Decían que si no éramos comunistas lo parecíamos; siendo negra por nacimiento, me faltaba ser judía para irme del país. Otro motivo es que me encanta trabajar con la vocación de una frase de Ramón Carrillo, y sobre todo trabajar con la bendición de la democracia, porque sin ella es imposible hacer trabajo de prevención, sobre todo cuando la vimos tan peligrada la semana pasada, sobre todo cuando hemos tenido una reacción social tan extraordinariamente rica, que en vez de correr a comprar leche condensada, se corrió a la Plaza.

Dr. Timinesky. — Lo que les voy a presentar brevemente, es la experiencia suscita de 30 años de trabajo en el partido de la Matanza.

Soy un convencido, a partir de la tarea de campo, que una teoría sirve en la medida que es útil. En la medida en que una teoría empieza a hacer agua y no puede dar respuesta a ciertos problemas que se presentan en la consulta o en el trabajo en la comunidad, hay que empezar a pensar que esa teoría se está poniendo vieja. Es conveniente buscar otra que pueda dar respuesta en ese momento a esas necesidades. Tampoco pensar que esa es la panacea que va a solucionar todos los problemas, pero

por lo menos va a permitir integrar la tarea y poder realizar algo más operativo en el lugar en el cual uno trabaja. En ese sentido comparo la teoría Ptolomeica con la teoría de Copérnico. Durante 1400 años la teoría ptolomeica fue útil y fue usada por todo el mundo científico y civilizado de ese entonces, hasta que llegó un momento en que el desarrollo de las lentes y el conocimiento del universo fue aumentando a partir de los viajes. La teoría ptolomeica empezó a hacer agua, por lo que tuvo que aparecer otra teoría que pudiera dar respuesta a las necesidades de ese momento, y apareció Copérnico.

En Matanza estuvimos tratando de dar respuesta a la demanda de la población. Matanza tiene una particularidad muy linda: no fue nunca civilizada por el hombre blanco ni por las distintas escuelas tan en boga en ciertos momentos. "Villa Freud" por ejemplo, es un territorio donde se podían hacer experiencias en vivo y poder entender qué demandaba la comunidad, o qué quería la comunidad de nosotros. Empezamos con el modelo psicoanalítico clásico de entrevistas individuales de tres veces por semana, después hicimos la terapia grupal durante mucho tiempo. Constantemente veíamos que teníamos enormes dificultades de poder responder a la demanda porque era imposible (creo que es una realidad absoluta). Nos vimos obligados a salir a la comunidad. Tuvimos la suerte de haber contado con una antropóloga, un sociólogo y una asistente social, de poder conocer desde otro punto de vista cuál era la lectura que hacían ellos de la realidad del partido de la Matanza.

Estoy convencido de que, si bien existen los hechos reales, todo depende del modelo que uno arma sobre ese hecho real. El modelo que usamos y que nos da resultados en este momento, es el modelo sistémico. Eso no significa que sea la panacea universal que nos dé la respuesta absoluta de todos los interrogantes que se nos plantean constantemente; pero rompe con el modelo médico hegemónico, permite el trabajo transdisciplinario más que multidisciplinario o interdisciplinario, donde no hay una ciencia única poseedora de la verdad absoluta, donde todos trabajamos en un mismo nivel. La paradoja es que no es así, porque yo soy el jefe y yo mando, pero por lo menos la intencionalidad (yo sé que estoy paradojeando) es que haya un funcionamiento transdisci-

plinario. En el equipo participan médicos, psicólogos, asistentes sociales, antropólogos, sociólogos, enfermeros y agentes sanitarios. Ninguno de nosotros tiene la verdad absoluta, partiendo todos de un lenguaje común para poder entendernos, que es la teoría general de los sistemas.

Trabajando en el hospital, nosotros ahora, otros antes, vimos como el control social y el poder médico condicionan y marcan las conductas profesionales y las del equipo de salud. Me voy a referir siempre en términos de salud, no de salud mental, porque quiero salir del dualismo salud mental-salud física, porque la salud es una; o hay salud o no la hay. Pero esa dicotomía es algo que nos vendieron hace mucho tiempo, que trataron de armar a partir de la medicina psicosomática que nunca se terminó de unir. Nosotros tratamos de trabajar con un concepto de salud global. El hospital es nuevo, por lo cual no tiene historia como el Borda o el Moyano. No hay una historia sobre metodología de funcionamiento, la hacemos sobre la marcha, lo cual nos permite ser sistémicos, ya que esperamos la retroalimentación y a partir de ahí vamos elaborando los cambios o las conductas necesarias. Incluso en este momento estamos tratando de cambiar la terminología psiquiátrica, en vez de usar esquizofrenia que de por sí lleva un montón de bagajes de psicofármacos, electroshok, encierro, aislamiento, etc., estamos tratando de crear una nomenclatura diferente a pesar de la OMS, porque así tratamos de ver si nuestros principios e ideas van a poder ir manejándonos dentro de una lectura diferente de esa realidad.

Estamos haciendo un trabajo de investigación en este momento en el partido de la Matanza sobre poder y marginalidad, en escuelas, juzgados y hospitales, partiendo de ciertos conceptos de Foucault y de Vancelo: "Así como otros autores, Adorno y Horkheimer analizan la problemática de la autoridad de la familia a la luz de las contradicciones de los aspectos no racionales de la organización familiar y las orientaciones valorativas sociales de racionalidad, cabría también pensar, en el contexto de las instituciones sociales, en la contradicción entre las normas supuestamente racionales que reglan el sistema y las modalidades específicas de conducción de los establecimientos plagados en ocasiones de elementos irracionales o arbitrarios. El complejo

tutelar se separa para Vancelo en tres instancias: la judicial, la psiquiátrica y la educativa, a partir de que se implanta el control de los elementos refractarios al orden dominante. La indagación acerca de cómo se efectiviza el complejo tutelar en las instituciones llevará a detectar el cómo del poder, cómo opera, cómo se ejerce y a través de qué mecanismos.

Las conceptualizaciones actuales sobre el poder alejan la idea de que éste emana de un punto dado, para plantearlo como un haz de relaciones más o menos organizadas. Es importante detectar las condiciones de ejercicio de ese poder que siempre supone movimientos de retorno, que constituyen efectos no programados a partir de las estrategias organizativas.

A partir de la teoría sistémica suponemos que el orden sale del desorden, y bienvenido el desorden. Cuando trabajamos en situaciones médicas, psiquiátricas o psicológicas fomentamos la visión de crisis, porque suponemos que la única forma de salir de ésta es a partir del aprendizaje de la situación de crisis. Por eso suponemos que es un elemento paradójico el uso de distintas drogas que buscarían frenar la crisis, para después ver cómo se sale de ella. De la crisis se sale a partir de un aprendizaje, que es lo que nosotros tratamos de lograr, siempre que el poder hospitalario nos lo permita.

Foucault define el funcionamiento institucional como el desarrollo de dispositivos de vigilancia constante, que ponen el acento, como en la escuela, en el papel disciplinario más que en la función específica de la enseñanza que le compete. Estudiar este plus de vigilancia, que no obedece a los fines explícitos llega a tematizar la gubernamentalidad, entendida como conjunto de prácticas, instituciones y saberes a través de las cuales se instrumenta el ejercicio del poder.

En un reciente trabajo nuestro sobre la actitud de las escuelas frente a la conducta droga-dependiente, observamos la tendencia a la expulsión de los jóvenes que no pueden ser contenidos. El paso previo a esta medida es la conceptualización del individuo-conflicto como desviado. Este etiquetamiento supone una concepción individualista de causalidad lineal, acerca de fenómenos que son esencialmente grupales, que abarcan a la totalidad de la institución en un momento determinado, pudiendo tales pro-

cesos enroscarse acertadamente solo a partir de un modelo de causación circular. El etiquetamiento está basado en la cicatrización, modalidad que consiste en visualizar los conflictos individuales y grupales desde la óptica de la nosografía psiquiátrica, sin tener en cuenta los determinantes contextuales de esa conducta. Esta conceptualización está al servicio de la necesidad de controlar la desviación a través de la represión y de la angulación de las diferencias. Los psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, han invadido las instituciones para convertir lo cotidiano en enfermedad y así controlar dicha cotidianeidad. Para los modelos hegemónicos médico, jurídico y escolar, las situaciones críticas deben salvarse reprimiendo las conductas reactivas que se dan frente a las situaciones que las desencadenan. La penetración capilar del autoritarismo en la sociedad, según la expresión de O'Donnell, es lo que indica la persistencia de un modelo que la democracia como estilo político, no ha podido erradicar. Tal vez la secuela más grave del modelo autoritario sea la crisis de legitimidad en lo relativo a los órdenes institucionales, que se manifiestan en la desestimación de los canales participativos. Democratizar el sistema institucional, significa especialmente volver a crear ámbitos concensualmente desistematizados, en los que pueda ejercitarse la participación como modelo generador de acuerdos respetados. En lo que concierne a la vida institucional, por el contrario, el cuestionamiento a la legitimidad denuncia la falta de consenso acerca de un mecanismo de poder, y la falta de oportunidad de participación tendiente a romperlo. En síntesis el haz de relaciones que conforman la práctica institucional se realiza acorde a un código que regula la producción de la verdad. Este ordenamiento de lo verdadero y lo falso, consiste en una práctica desde la cual se elaboran programas explícitos, prescripciones programadas y programas implícitos que rompen el control y comportamiento de los individuos.

El objetivo del trabajo que estamos realizando actualmente, es estudiar la correlación entre las estructuras sociales institucionales (escuela, juzgado, hospital); en las que se valora más la función disciplinaria que las funciones reflexivas y autocuestionada y participativas; y las estructuras mentales definidas desde la familia, como conducta que adquieren significado a partir de su

relación con el contexto. Los resultados de este trabajo van a ser aplicados a un plan de A. P. S. M. que fomenta la participación de la comunidad. Tradicionalmente la A. P. S. se instrumentó también con pautas autoritarias que han llevado al fracaso de los planes de salud, debido a la transmisión de un modelo médico que produjo efectos contrarios a los esperados. A partir del hospital y de la enfermedad como referentes, indujo a la pasividad y por lo tanto al fracaso de los planes. La A. P. S., específicamente salud mental, comprende el conjunto de actividades basadas en una vasta gama de conocimientos culturales. Las personas y los grupos deben participar activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social”.

Estas ideas que estamos desarrollando en Matanza, significaría que nuestra entrada en dos comunidades, que estamos instrumentando en estos momentos, es a partir de ideas participativas y no nos interesan los conceptos de alcoholismo o droga-dependencia, sino en qué forma la comunidad puede instrumentar conductas alternativas, por lo cual la conducta de alcoholismo o droga-dependencia no tengan sentido.

Dr. Galli. — Si hablamos de que permanentemente como país estamos en un profundo y difícil trabajo de transformación institucional, si hablamos de que estamos transitando desde el autoritarismo a la democracia, si en estos días hemos vivido un conjunto de hechos que son paradigmáticos de los cambios que se han ido dando en nuestra organización nacional en estos tres años, con todos los interrogantes y preocupaciones que esto todavía nos deja, lo que tenemos que tener en claro es que la comprensión y la transformación de los modelos autoritarios y profesionalistas de funcionamiento, hacia los que tenemos que tener un respeto y una aproximación cordial, en la medida en que tienen muchísima eficacia, un alto grado de conocimiento tecnologizado que sirve para muchísimas cosas. Pero también tenemos que reconocer que en su forma de funcionamiento no da cuenta de los problemas de salud y enfermedad de la población, ni responde a las necesidades globales en salud. Esta transformación, o esta búsqueda de entender y de ir poniendo en ejercicio práctico lo que se entiende por estrategia de A. P. S., es nuestro aporte a la transformación democrática del país, y no solamente porque sea algo que pasa en

nuestro país, los sistemas asistenciales están en crisis en todo el mundo, aún en los países más desarrollados y con mejor tecnología, con cobertura amplia para toda la población.

En nuestra lengua, llamarle estrategia de A. P. S. quizás se preste a confusión. Tenemos que estar haciendo permanentemente las discriminaciones de un primer nivel de atención, hasta con escuela primaria que implica después una escuela secundaria y terciaria; quizá el nombre más adecuado en español sea estrategia de atención prioritaria y corregir algo que está en el documento de ALMA-ATA donde define a la estrategia de A. P. S. como puerta de entrada al sistema, que es un resabio del modelo entronizado en la asistencia hospitalaria y del cuidado de la enfermedad para tender a entender que estrategia de atención prioritaria tendría que ser el sistema del cual se podrían hacer derivaciones para consultas especializadas, con retorno al sistema de atención prioritaria.

Sistema de atención prioritaria implica no solo pensar en las comunidades como algo externo, alejado, al cual tenemos poco acceso, sino pensar también en el propio hospital como una comunidad particular, habitada por una población regular que son los trabajadores de salud del hospital, desde el peón del patio al doctor; y con una población variable, que es siempre una población en riesgo desde el punto de vista de su salud mental. Las personas que consultan en el hospital, sea por derivación adecuada o inadecuada, por el solo hecho de estar consultando tienen una situación de ansiedad. Cualquiera que conoce la vida interna de un hospital, o que recorre una sala de espera, o una cola donde están sacando número para ser vistos en un consultorio, cualquiera que ve la familia de un adulto joven que tiene un problema grave, cualquiera que ve la familia de un niño que está internado en este hospital, podría darse cuenta fácilmente que casi toda la población transitoria del hospital, es población en crisis, desde el punto de vista de lo que en ese momento genera ansiedad, preocupación sobre el futuro; una cantidad de sentimientos mezclados de culpa, de terror, de ansiedad, de odio y de dependencia, que es lo que legitima el modelo de sometimiento al autoritarismo del modelo hospitalario, y lo que nos legitima a nosotros en de-

tentar el lugar de ser depositarios de conocimientos y los artífices del arte de curar.

La estrategia de atención prioritaria como proyecto, como utopía, como ilusión hacia la que tenemos que caminar transformando hitos identificatorios, a veces logrados con mucho esfuerzo, tendría mucha eficacia para nosotros, nuestro proyecto personal es poder aceptar ser sacados del lugar de dioses o de intermediarios de los dioses, ser sacados del lugar de los recipientarios del conocimiento y de ser los artífices del arte de curar, para aceptar ser exclusivamente catalizadores de procesos de reparación a partir de las capacidades potencialmente existentes en los cuerpos individuales, familiares, grupales y sociales. Nadie tiene el arte de curar. Este es un modelo que viene de la herencia de los hechiceros; aun el más hábil cirujano, que puede realizar una artesanía manual prácticamente incomparable, tiene el arte de su habilidad manual y el arte de la indicación precisa de lo que está haciendo cuando lo hace bien, pero el que se cura es la persona con su proyecto de vida, el que se cura es la persona con el grupo social que lo sostiene y con un ambiente comunitario que le hace vivir esperanzadamente, que a partir de ese acto la vida va a tener sentido. Sabemos muy bien que en aquellas personas mayores y aún en los niños, cuando por alguna razón se ha perdido la voluntad de vivir, no hay artífice del arte de curar, no hay dueño de conocimiento que logre rescatar esa vida, aunque los terapistas intensivos metan sus respiradores y todos sus esfuerzos para mantener en vida, lo que ya no tiene proyecto vital.

Es cierto que hay acciones específicas para cada uno de los problemas que tienen mayor asentamiento corporal o mayor asentamiento mental, pero tenemos que entender que no hay nunca una dicotomía entre esos asentamientos de la sintomatología o del indicador más manifiesto, como tampoco deja de haber en esa sintomatología una indicación muy clara del contexto social, de la situación socio-económica, de la historia laboral de la familia o de la persona en cuestión y de la historia profesional e institucional del lugar donde una persona es atendida.

Con estos prólogos propongo pensar sobre A. P. S., reflexionar lo que pueda ser entendido como las definiciones en salud, desde las que parten los distintos modelos asistenciales. La his-

toria en esto podría ser muy larga; se podría hacer una referencia a la forma de conceptualización oriental entre salud física, mental y contexto social, ámbito religioso, ámbito de las cosas materiales, donde todo está muy integrado y donde no hay demasiada compartimentación como tenemos en el mundo occidental. Pero como estamos en el mundo occidental, y en 1987 y hay que partir de alguna forma o desde algún momento para esta manera de reflexionar, parto de lo siguiente: Cuando se definía salud como la ausencia de enfermedad, entronizó a las personas que realizaban acciones de salud, para recuperar la salud como los cazadores de síntomas, porque en esta definición el objetivo es la alimentación de la enfermedad, importando poco qué pasa con el objeto soporte de esa enfermedad. Un ejemplo paradigmático en la historia de la medicina en ese sentido, es la época del purgante drástico, en la cual por las teorías catárticas como solución a las enfermedades entendidas como intoxicaciones, se usaban purgantes drásticos, sanguijuelas, hemorragias, para una cantidad tremenda de patologías; evidentemente si una persona estaba con hidropesía, con ascitis, o con edema agudo de pulmón y se le hacía un purgante drástico no cabe ninguna duda que la sintomatología manifiesta de retención de líquido disminuía, y seguramente disminuía en un primer momento la sintomatología de la insuficiencia cardíaca; pero tampoco cabe ninguna duda de que morían como moscas a raíz de los trastornos electrolíticos. En la vieja clínica francesa, los que tenemos más de 45 años, habremos leído alguna vez lo que en aquella época se decía: "Se murió, pero se murió sano", había logrado pasar la enfermedad o lo que se entendía por enfermedad en aquella época, muy empírica, pero donde ya había una entronización del poder médico. Se trataba lo que se entendía por enfermedad de tal manera que si la enfermedad dominaba, si la persona que llevaba esa enfermedad se moría era un accidente secundario, porque no había soportado la recuperación de la enfermedad. Esto que parece ser un modelo muy cruel, muy antiguo, lo podríamos usar para reflexionar sobre la multiplicidad de prácticas médicas actuales, por ejemplo: cuando frente a una enfermedad cancerosa la realización de cirugía amputadora, la incursión de los citostáticos o los inmunosupresores, con los síndromes de inmunosupresión que gene-

ran otra enfermedad, que la mayor parte de las veces puede ser de alivio o recuperación para la enfermedad originaria cancerosa; pero muchas veces le paga el tributo a esta lucha por erradicar la enfermedad, generando otro tipo de enfermedad o discapacidad, que en general no se consulta a la persona con la afección ni a la familia si están decididos a encarar esa segunda parte de la enfermedad.

Cuando la definición de salud es ausencia de enfermedad, el escenario para la lucha contra la enfermedad y los síntomas es el hospital, el actor principal es el médico y el objetivo como decía es la eliminación de esa enfermedad. Tiempo después se descubrió que la salud no solo era la ausencia de enfermedad, sino que había que agregar un plus de confort y de seguridad ambiental; este es un modelo de la época de la industrialización y no fue por cariño a las personas, sino para que rindieran más laboralmente. Tenemos que rescatar que somos miembros de un tejido social, donde las transformaciones socio-económicas nos van generando funciones, modos de representar la realidad y no implica una responsabilización individual o del sector médico, implica tener que hacer análisis sociales, económicos e históricos de nuestras formas de funcionamiento. Cuando se definió salud como la ausencia de enfermedad más un plus de confort para mejorar el rendimiento, el equipo médico se amplió, aparecieron los paramédicos, los arquitectos, asistentes sociales, aparecieron profesiones vinculadas a lo que aparecía como necesario para mejorar determinada cantidad de confort, apareció el color verde en las oficinas, la música funcional en la fábrica, como una manera de disminuir la incomodidad del trabajo, pero para aumentar el presentismo, la producción y no necesariamente para cuidar a las personas. Cuando este modelo funciona el escenario sigue siendo el hospital, pero el hospital ampliado en el sentido de entender que hay otras instancias del sistema asistencial que son bocas de entrada para el hospital que están cerca de los lugares donde la gente trabaja, tratando de que no se enfermen en el lugar de trabajo, haciendo reconocimiento del ausentismo laboral, tomando medidas para evitar que sea mayor. En este momento y desde hace algunas décadas, el esfuerzo mundial está destinado a buscar implementar la tecnología, lo institucional y la formación

de personas vinculadas a salud, partiendo de una definición de ésta que es bastante distinta; si la salud se la define como un balance entre el hombre, los otros y el contexto, los actores dejan de ser los profesionales de la salud para pasar a ser la propia comunidad, sus distintos integrantes, inclusive todas las profesiones vinculadas con la ciencia del hombre como representantes y voceros de aspectos habitualmente no registrados por los profesionales de la salud (filósofos, políticos, sacerdotes, los líderes naturales); serían los representantes de esos actores que es la comunidad; el escenario deja de ser el hospital para pasar a ser la propia organización social; el objetivo no es la erradicación de la enfermedad sino que es la interpretación y la asistencia de la misma a través de entender las causas que la determinan, de tal suerte de poder hacer un abanico amplio de acciones que no solo están regidas a la especificidad del acto médico o psicoterapéutico, sino a encarar en conjunto participativa y protagónicamente, todas las causas que hacen que una determinada comunidad tenga prevalencia de tales o cuales patologías; esto implica, dentro del enfoque de crisis, entender a la sintomatología como manifestaciones de crisis que hace no solamente a los individuos, sino a su conjunto poblacional. Desde allí tiene sentido decir que la estrategia de atención prioritaria, la decisión sobre las prioridades y sobre la metodología de abordaje, no es exclusivo resorte del poder médico en el sistema asistencial, sino que tiene que ser discutido y decidido en conjunto con los protagonistas, con los actores de esa organización social.

La elección de tecnología, de costos, tiene que ser algo también discutido en conjunto, porque el cuidado de la salud, la asistencia a la enfermedad no es un subproducto del desarrollo.

Entonces uno descubre, cuando piensa en estas cosas que la salud es compatible con tener algún tipo de discapacidad, es compatible con tener algún tipo de enfermedad en el otro modelo. Por eso me parece muy válido entender que desde esta estrategia hay que revisar los modelos nosológicos, las clasificaciones de las enfermedades, no para cambiarles el nombre solamente, sino para cambiarle una forma de aproximación; si uno entendiese que en el mundo de esquizofrenia es grave pensar en algo para marginar y excluir, y es poder pensar en un grupo del cual esta

persona, con estas manifestaciones, aparece como indicativo de algo que pasa en ese grupo, que pasa en su contexto, evidentemente la aproximación va a ser muy distinta a la erradicación, a la amputación de esta persona; fíjense que coincidencia: durante la época del proceso, el modelo que se utilizó, fue el de los locos que había que eliminar de la sociedad, o del cáncer que para eliminarlo podía ser necesario herir tejido sano. Los 30.000 desaparecidos, o los 8.800 que incorporó la justicia, cuyos familiares directos y todo el tejido social quedaron afectados por la intromisión de un modelo absolutamente autoritario, cimentado en la medicalización de la vida, y el aspecto de crisis o de conflicto representado por aquellos que aparecían como enemigos del sistema, que el sistema intentó hacer desaparecer; son una clara muestra de hasta dónde puede llegar el modelo autoritario, de entender la salud como ausencia de enfermedad, cazando los síntomas y haciéndolos desaparecer. Cuando todos estuvimos habitando el campo de concentración en el que se convirtió nuestro país, los efectos multiplicadores que tenían este tipo de acciones concretas, generaron amputaciones en nuestras formas de registro, en nuestros pensamientos, en nuestros proyectos de vida; este es uno de los efectos buscados por los que manejan los sistemas tiránicos asesinos desde mucho antes que se pudiese instrumentar psicológicamente, sociológicamente para comprenderlo; empíricamente se sabe que se puede dominar a un conjunto de personas grande o chico, si se realizan tareas de escarmiento, de amenaza, de pánico en un grupo de esa pequeña o gran comunidad. Este sistema generó amputaciones, silencios, enagenaciones, carencias de proyectos, desconfianza en relación con todos los que nos rodeaban: "podíamos ser denunciados o denunciadores", y generó una cantidad de efectos específicos producto de ese tipo de funcionamiento. Aquí también apareció el mismo problema, la madre de un desaparecido, el cual vuelve torturado de un campo de concentración, quebrado ¿es un enfermo?, en el sentido tradicional de ubicar del otro lado del mostrador a esta persona que tiene esta patología, ¿o son producto del fenómeno social? Esto se ha visto muy claramente en los grupos de salud mental de los Organismos Defensores de los Derechos Humanos, en el propio Grupo de Asistencia a Víctimas

del Terrorismo de Estado, tuvimos oportunidad de discutirlo con mucha gente de otros países, inclusive muchos haciendo su propia autocrítica de haber comenzado a trabajar con modelos muy médicos. en el sentido este de salud-enfermedad.

Esta experiencia límite tiene que servirnos para sacarla de un contexto acotado, de su contexto de situación catastrófica y puntual, para entender que si ese modelo de salud —enfermedad y esa forma de intervención se dio en esas circunstancias, es porque tenemos facilitada la manera de representar la realidad y de actuar con ese modelo. Si alguien sufre o está enfermo, tenemos que hacerlo dejar de sufrir; si alguien está triste porque perdió a alguien, está de duelo y no se consuela, está de duelo patológico; entender que un duelo por un desaparecido no es un duelo por un muerto con reconocimiento social y con ceremonia social por despedida, lleva mucho tiempo y algunos todavía no lo entienden, entonces ese duelo es supuesto, no es un duelo patológico en el sentido tradicional, es un duelo especial, por las condiciones sociales de esa pérdidas, que no es una muerte reconocida, legitimada socialmente.

Semana Santa. Todos hemos visto a la población discutiendo con los amotinados de Campo de Mayo, enfrentando las armas y los caras embetunadas; todos hemos visto a la gente saliendo en familia, con los chicos hacia la Plaza, y la dificultad que hubo el domingo para frenar que mucha más gente fuera a Campo de Mayo. Como indicadores de transformación social es sumamente importante, pone un hito fundamental en cuanto a indicación del primer vencimiento importante colectivo del terror; es un estímulo interesante, para que nosotros no tengamos miedo para afrontar lo que puede ser, la profunda transformación en nuestras entidades profesionales, tenidas como concepción imaginaria mucho antes de ser profesionales, y asentadas fuertemente en la medida en que nos vamos acostumbrando al ejercicio de la profesión; no tenemos que tener temor a enfrentar en conjunto y solidariamente, reflexionando comunitariamente sobre cuál es el tipo de servicio que le prestamos a la comunidad y de qué manera podríamos ampliar e instrumentar distintas modificaciones para ser realmente más útiles. Si no somos los dueños del conocimiento, si no somos los artífices del arte de curar, si

somos catalizadores, que paradójicamente en relación al catalizador de un proceso químico, es un catalizador que se transforma simultáneamente con aquellos que va ayudando a transformar; realmente podemos tener un proyecto, no solamente esperanzado, sino realmente entusiasmante de lo que puede ser nuestra perspectiva de trabajo de salud, de profesionales de distintas disciplinas, tratando de construir no solo una transdisciplinaridad con la que estoy totalmente de acuerdo, sino que sirve para rescatar los conocimientos comunitarios que generalmente despreciamos y no valoramos, que son la única fuente en la que se puede cimentar cualquier tipo de ejercicio de esta estrategia, como una estrategia de transformación, de crecimiento social y humano. Es nuestro aporte a la transformación del país, nos va a llevar generaciones, pero ser partícipes de una época bisagra es algo que hace a un eje tan central de la organización social, a un cambio que hace no solamente de ideología sino de técnica, que implica rescatar todo lo positivo que se tiene para poder articularlo y utilizarlo de otra manera; nos convierte en un grupo de personas que tenemos la suerte de tener un proyecto tan interesante.

Público. — ¿Cómo se articula el sistema de salud con el de minoridad? ¿Cómo el sistema de minoridad se flexibiliza para no necesitar arquetipos, para que pueda dar respuesta a lo que en la sociedad está dando vueltas?

Público. — Hay un tema que en general eludimos especialmente en momentos de conmoción afectiva institucional-política, que nos compromete, pero que nos hace deslizar desde el campo específico que tenemos, a otro nivel. Sinceramente no creo que la prevención en salud mental, pase por la participación política, porque sería desconocer la causación de las enfermedades mentales, sería esperar de algunos países en los cuales se ha dado una transformación política, revertido la política económico-social, esperar un estado de salud mental que en realidad no existe.

Una cosa que no tenemos que olvidar, es la causación de las neurosis, que tiene que ver con las estructuras familiares en la cual el complejo de Edipo, la condición de exogamia y la prohibición del incesto, han sido prescriptas como predisponen-

tes a las neurosis, y no creo que la participación política de ninguna especie modifique esa situación. Se cree que tenemos que pensar, por ejemplo, cuando pensamos en la prevención de la neurosis, cómo accedemos a este nivel de conflicto intrafamiliar, que según ha descrito Freud es el causante de las neurosis.

Si proponemos otro tipo de accionar, es porque tenemos otra teoría y no la he escuchado, no he escuchado una teoría que me explique la de la neurosis a partir de los problemas sociales generales, en abstracto o en concreto referidos a la situación de dominio en nuestra sociedad capitalista.

Hay otro nivel de atención que implica un esfuerzo mayor y más puntual, que es la prevención de la psicosis ¿se puede prevenir?, ¿cuál es la causación?, porque tampoco he observado en este planteo que aparece como novedoso, cambiarle el nombre a la esquizofrenia. Escuchamos las propuestas de la antipsiquiatría, los experimentos que han hecho con los pacientes psiquiátricos, dejarlos hundirse hasta el fondo para que después renacieran como representantes de la libertad y del cuestionamiento social; no he visto a ninguno de ellos curado.

Nuestra tarea es mucho más ingrata, más puntual y más dificultosa, pero apunta a descubrir las causas de estos trastornos que tienen que ver con la organización del yo, que tiene que ver con lo que planteaba Ulloa de las primeras relaciones madre-hijo a partir de lo cual se va estructurando el yo de una persona, de manera que en algún momento le permita soportar tensiones extremas y en otros lo hace fracasar y desorganizarse. Hay momentos en que entramos en la indefinición de qué es salud, qué es enfermedad; nos olvidamos que sufrimiento no es enfermedad, nadie ha planteado que sufrir por alguna causa externa sea sinónimo de enfermedad; la enfermedad, desde nuestra área, viene de algo de sufrir, de algo que no tiene que ver con la realidad externa, sino que es un proceso interno.

Dr. Ulloa. — No sé si coincido en totalidad, pero quisiera recuperar una cosa. Usted recupera la especificidad del quehacer psicoanalítico; sea un sistémico o un psicoanalista, el problema no es practicar teorías, sino desde el soporte teórico instrumental conceptualizar la singularidad de la práctica.

Dr. Galli. — Coincido con el rescate de la especificidad de la práctica ¿cómo contextualizar esto a partir de un método cimentado en una teoría? Con otros saberes, con otros conocimientos, con otras metodologías que también logran transformaciones, sin que sea necesario la aplicación del método psicoanalítico estricto o sus derivados.

Acá no se hizo ninguna propuesta antipsiquiátrica, a mi me gusta esta propuesta, pero no cambia la pregunta básica, es muy encerrada en la propia lucha directa contra la psiquiatría tradicional; y si bien hay una cantidad de acciones y operaciones que se hacen a partir de la antipsiquiatría, en la medida que se defina como tal, está produciendo una pelea en relación con algo que es un indicador, un síntoma de un problema mucho más global.

Primer problema: no hay sociedades enfermas, esto es un modelo médico que ya se utilizaba en la época del proceso, donde lo que enfermaba a la sociedad era lo ofrecido por la guerrilla y por las ideologías que la habían sostenido, donde lo que enfermaba era la gente que hacía grupos o comunidad terapéutica, porque sonaba a filo comunista, o cosa parecida. La sociedad tiene determinada forma estructural de funcionamiento no sirven las categorías de salud y enfermedad físicas o mentales para entenderlas, sino que hay que usar otro tipo de categorías (sociológicas, políticas, económicas) para caracterizar los funcionamientos, la integración o desintegración de los distintos actores y grupos sociales. La psiquiatría de guerra comenzó en la primera guerra mundial y se expandió en la segunda guerra mundial; en la primera guerra se observó que había batallones, en los que aparecían muchísimas neurosis de guerra y otros en los que no aparecía prácticamente ningún caso, la primera explicación que encontraron, era que no había neurosis de guerra en aquellos batallones en los que el psiquiatra estaba cerca de la trinchera, y que de esa forma no se marginaba al que tenía neurosis de guerra hacia escalones más preservados, porque descubrieron que si los sacaban del frente de batalla y lo trataban atrás del frente, nunca más querían volver. Entonces se hizo un *approach* tecnológico poniendo al psiquiatra cerca de la trinchera, para resolver las neurosis de guerra. Freud tiene magníficos trabajos sobre las neurosis de guerra. Pero posteriormente

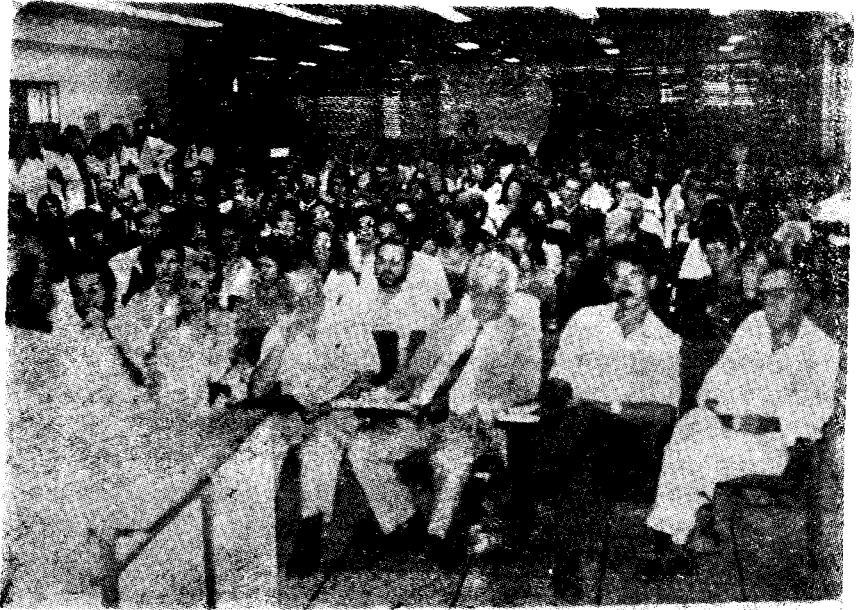
se llegó a entender, que los batallones que no tenían neurosis de guerra, era porque tenían mejores vínculos solidarios con los oficiales y con los suboficiales que estaban en contacto con la tropa, que participaban en un proyecto compartido, así fuera el de un escuadrón suicida, en el sentido de que no había tanto autoritarismo militar, sino que había autoridad militar e integración del grupo. Esto se vio también en la guerra de Vietnam, las tropas americanas sufrieron un descalabro espantoso, a partir de sostenerse en el autoritarismo, en un proyecto de guerra no compartido por la gente, del apuntalamiento de las actitudes belicosas en base a estimulantes, que generó que fueran liquidados muchísimos oficiales, grupos por sus propias tropas, donde la carencia de proyecto compartido hizo que la tropa se diezmará mucho más, aún siendo la mayor parte mercenarios, mucho más de lo que se suponía. Tenemos que tener mucho cuidado, de no catalogar a las sociedades de enfermas o sanas de acuerdo a este modelo, porque las posibilidades que existan siempre algunas patologías reconocibles, aún así cambia el porcentaje el índice de prevalencia según las condiciones en que esta situación está siendo vivida.

Hay una definición de salud de la OMS que es muy discutida, que es esa que habla del perfecto bienestar físico, mental y social, que válidamente se la critica como una definición utópica, fragmentada, que habla de una especie de ideal inalcanzable; sin embargo es interesante estudiar la historia de cómo se originó esa definición de la OMS. El 80 % del primer grupo de médicos de naciones unidas que organizó la OMS, finalizando la segunda guerra mundial habían sido soldados de la resistencia en Francia y en Alemania, habían sido personas que estaban jugados bélicamente entonces le llamaban completo bienestar físico a estar en las mejores condiciones físicas posibles para poder seguir combatiendo contra la invasión nazi; completo bienestar psíquico, a estar convencidos de que aquello que estaban haciendo era lo mejor que podían hacer; como completo bienestar social, a tener la certeza de que si caían, su grupo de pares iban a cuidar de sus familiares y sus hijos. Esa es la historia de la tan discutida definición de salud de la OMS, no significa un estado utópico, significa reconocer que las guerras han existido siempre,

que la violencia y las injusticias existen siempre, que los mejores desarrollos tecnológicos de la humanidad sirven tanto para beneficiar, como para dañar y dominar. Esta es la discusión en relación a nuestro conocimiento y nuestra tecnología. Nuestras prácticas específicas son magníficos instrumentos de cambio y de transformación, pero también pueden ser magníficos instrumentos redundantes de aislamiento, de apaciguamiento y de explicación endógena de lo que tiene explicación contextual.

Es muy claro que se puede diferenciar actividad política específica de práctica profesional específica, quizá lo que no se pueda diferenciar es que en cualquier práctica profesional hay un compromiso político, no con una política partidaria sino con una política en relación con el sistema de salud que esa práctica está sosteniendo. No llevo el caso a la exageración de lo que puede haber sido la utilización en la URSS de la psiquiatría, como forma de control de los cuestionamientos del sistema, que también lo podríamos llevar al mundo occidental, en cualquiera de los países del mundo, puede haber excesos, atrocidades, perversiones en la utilización de la tecnología. No es un problema de que los países de un lado o del otro tienen mejor psiquiatría o utilizan mejor o peor la tecnología; en cada país, en cada situación histórica, en cada contexto, en cada momento se tiene que encontrar la mejor forma de sus técnicos para el funcionamiento, en el sentido de buscar el desarrollo y la transformación de ese país, lo cual implica tener que revisar no solamente la utilización de tecnología, sino patrones éticos con los cuales ha sido utilizada y se utiliza.

No estoy de acuerdo que haya que esperar un mecenazgo estatal, ese es un modelo de estado paternalista, benefactor, ya ha hecho crisis no solo en nuestro país, sino en muchísimos países del mundo en Latinoamérica en particular. No significa que el Estado no tenga responsabilidades, pero significa describir al Estado como una organización de la administración de lo público, absolutamente integrado con lo que los distintos actores y grupos sociales vayan haciendo; si estamos buscando una reforma de la administración del estado, es porque tiene una inercia, una pesadez y una fragmentación que todos conocemos en carne viva; pero para hacer esa transformación, no podemos esperar



Vista del público durante las Jornadas.

pasivamente que aquellos que están pensando la reforma del estado, propongan el modelo y después nosotros funcionemos adecuadamente, sino que es un modelo dinámico que tenemos que construir permanentemente. El solo hecho de plantear la reforma del Estado, implica romper la inercia de algo absolutamente fijado durante muchísimo tiempo, para entender que el Estado tiene que tener una organización adecuada a cada uno de los tiempos, hacer una reforma total ahora puede significar hacerla dentro de 10, 12 ó 20 años, y reiterarla permanentemente según sean las necesidades. Pero todos somos partícipes para construir eso, aún en nuestras instituciones, donde hacemos prácticas asistenciales específicas, donde tenemos una cantidad de registros, que pueden ser más útiles para aportar a esa transformación, de una manera tal que no esperemos mecenasgos de arriba, sino que construyamos desde todos los niveles, bajos e intermedios, estas transformaciones.

Dr. Ulloa. — A mí no me interesan tanto las neurosis de guerra, me interesan los guerreros psicóticos, que andan sueltos, son portavoces, son instrumento de un sistema político imperialista o autoritario; hay una sola respuestas, que es política, no hay una respuesta psicoanalítica, ni estatal, hay una respuesta política; algo de eso empezamos a ver en los últimos días.

**EXPOSICION DE EXPERIENCIAS
EN SALUD MENTAL DE:**

SAN MARTIN DE LOS ANDES: Dr. Willie Arrue

RIO NEGRO: Dr. Hugo Cohen

CIUDAD-FEDERAL (Entre Ríos): Dr. Raúl Caminos.

Años 1967-1977

(Previamente se proyectó un cortometraje realizado por los profesionales del Hospital de San Martín de los Andes sobre la problemática del alcoholismo).

Dr. Camino. — La experiencia que les voy a relatar se efectuó en una pequeña localidad de la provincia de Entre Ríos, llamada Ciudad Federal. La experiencia es como la antípoda de la problemática de la A. P. S. Se efectuó con pacientes psicóticos crónicos con aproximadamente 10 años de evolución de enfermedad promedio, traídos del Borda o Moyano y algunos de hospitales psiquiátricos de la región. Se cumplió con la asistencia de todos los pacientes internados del litoral.

Esto, que actualmente se llaman colonias para la internación de crónicos comenzó de cero, desde el lugar físico hasta la formación del personal y el sistema. Ahí había existido un cuartel que estaba abandonado, hasta que el ejército lo dona a Salud Pública con el fin de efectuar algún tipo de tarea sanitaria. Voy a parar allí por razones económicas y por un proyecto que había tenido siendo residente de psiquiatría en el Borda que es el siguiente: "Sostengo que ciertas psicosis aún muy crónicas, de las llamadas funcionales, tienen recuperación, no curación, pero sí recuperación". Quería verificar esta hipótesis, la única manera de hacerlo era dirigiendo un servicio o en este caso concreto un hospital. La población era mixta, sin ningún tipo de separación física entre hombre y mujeres, salvo donde dormían. No había alambrados ni paredones para impedir que hombres y mujeres

se junten, porque cuando se quieren juntar lo van a hacer haya o no alambres o paredones.

En realidad un colega me dijo: "Vea Camino, váyase para allá, tenga a los enfermos más o menos bien alimentados, cómprese unos campitos tome unas vacas, unos corderos, llévese unos pacientes y cuiden el lugar; y viva bien". Lo que me interesaba era poder ejecutar un proyecto que desde el punto de vista técnico, en salud mental o en psiquiaría se llama comunidad terapéutica, que es hacer que la institución hospitalaria o cualquier institución se convierta en terapéutica, que produzca acciones beneficiosas o terapéuticas para los que están dentro; y no me refiero solo a los pacientes, sino que estas acciones tienen que ser también para el personal, el staff, el director, los visitantes y la familia; es un concepto global, totalizador. La hipótesis de trabajo era la siguiente: Los pacientes mentales crónicos, los viejos locos, están en parte locos por su enfermedad y en parte locos por lo que la institución produce; a esto lo llamamos "hospitalismo", "institucionalismo", etc. Hay otra parte que es en sí misma la estructura de la persona, el aparato psíquico alterado, que a pesar de lo que actualmente se sostiene (que estas estructuras son muy fijas, si bien medianamente flexibles) a mi criterio desde la clínica y desde la práctica de todos los días, las estructuras medianamente se modifican a través de las terapias ya sean individuales, grupales o sociales, como es el sistema que se creó en la Provincia de Entre Ríos.

La experiencia fue totalmente criolla, no hubo mayores influencias técnicas de afuera; ni iban porque Federal queda a trasmano, y porque era el único médico psiquiatra para la asistencia de los 400 pacientes y 260 empleados. Todo lo que hice allá lo hice por necesidad práctica, el hacer tenía una idea, no voy a entrar en la epistemología de la ideología científica, el campo operativo, el campo táctico, porque me parece complicar las cosas. A mí me prometieron un staff de 20 residentes, 8 psiquiatras, 3 clínicos, 2 asistentes sociales, etc. Cuando fui a preguntar qué pasó con el personal, lo habían pasado a otros hospitales por razones políticas y de conveniencia del funcionario del momento, así que dije: "Camino, te quedaste solo, vamos a ver qué hacemos". Lo que tuve que hacer es ver la situación en la cual

estaba, un médico psiquiatra solo y aproximadamente 160 personas que no tenían la menor idea de lo que era un hospital psiquiátrico, lo que era un enfermo, lo que era un loco, nada. Felizmente ocurrió esto, porque esta institución logró un 82 % de altas, no fue porque yo pusiera la mano y curara, fue porque esta institución funcionó como una totalidad terapéutica, que permitió la recuperación de la salud del 82 % de los pacientes. El resto quedó. Es la mejor demostración de que el sistema, como sistema en sí, es terapéutico. Si existen otras técnicas (en buena hora que así fuera) el potencial terapéutico aumenta mucho más. Lamentablemente no tenía ningún otro recurso más que la organización de la colonia como instrumento terapéutico, no podía efectuar terapia grupal, ni terapia individual, apenas si ponía algo en la historia clínica. No había posibilidad de hacer terapia familiar, porque era el único médico y supuestamente el único que sabía. En realidad no sabía nada de cómo funcionaban estas instituciones porque no había hecho nunca una comunidad terapéutica, yo también empezaba de cero.

La comunidad terapéutica es sencillita y barata. Se preguntarán por qué no habrán prosperado en nuestro país. Yo tengo una teoría: porque es sencillo y barato, porque atenta contra el orden médico, en una comunidad terapéutica decrece, disminuye o se mezcla con otros poderes; sale del orden médico y eso tardé mucho en entenderlo. Uno cuando está haciendo un cambio no tiene mucha idea de lo que está pasando, sabe ciertos objetivos parciales para ir logrando, y después se va dando cuenta; no tuve a nadie que me apoye con una experiencia similar, lo que quedaba atrás lo repensaba y de esa forma iba modificando.

La comunidad terapéutica es una técnica social, la incluiría dentro del marco de la socioterapia, vale tanto la comunidad terapéutica como técnica y sistema terapéutico para hospitales de crónicos (como el que a mí me tocó dirigir), como para hospitales de agudos. También vale este sistema para organizaciones cerradas tales como ejércitos, hospitales generales, sala de clínica médica, sala de cirugía, etc. (menciono más la parte médica, porque ahí es donde el poder médico más se juega). El modelo que tomé no fue el modelo de la antipsiquiatría, que también es un modelo que va en contra del hospital psiquiátrico tradicional,

custodial y enfermante. El modelo tomado fue el de un inglés que se llamaba Max Ulongs que hizo las primeras comunidades terapéuticas en Escocia, luego andubo por los EE. UU., y luego vino acá con todo lo que había hecho. Nosotros ya estábamos trabajando en esta línea y me ilustró bastante. No conocí en aquellos momentos las experiencias de los franceses porque no había llegado literatura en español, así que tomé el modelo inglés y aún creo que es valioso cuando se instrumenta bien. Lo primero que hay que tomar en cuenta al implementarlo es la totalidad, que todo, aún los elementos físicos forman parte de este sistema, que como todo sistema, todas las partes tienen que ver entre sí, de manera tal que lo que ocurre en un lado influye en otro. Esto es de mayor importancia sobre todo en lo que se refiere a conflicto, donde hay personas hay conflicto, entre dos, entre grupos, entre bandas, entre sectores, entre profesiones, la institución con el pueblo, el pueblo y las instituciones con los otros pueblos, con la provincia, con la nación, con la intendencia, etc. Si uno tiene claro que el conflicto que se produce en la cocina va a influir en el lavadero, por vía directa o más posible por vía indirecta, uno va a tratar de saber resolver rápidamente el conflicto con los participantes del momento o con otros que tengan que ver. Como comunidad es un sistema donde cada parte funciona interactuando con la otra (esto incluye a las personas) se intenta, al menos en el modelo que yo usé, hacer un tipo de sociedad donde las separaciones sean mínimas, las diferencias sean mínimas. No es que se ignoren sino que se hacen mínimas. Esa famosa separación de loco y sano existe pero en una mínima expresión, en la expresión necesaria de reconocer quién es el que está enfermo y quién es el que está sano, pero no más allá. Cuando vine a Buenos Aires, el director me comentaba: "Cuando los pacientes piden cigarrillos hay que decirles, ustedes allá y nosotros acá", y luego nos adoctrinó: "Ellos allá porque son locos, nosotros acá porque somos sanos". Allá no era así, las diferencias se respetaban pero eran mínimas, que es lo que llamamos "horizontalización". Los niveles jerárquicos casi ni existen, salvo en ciertas cuestiones operacionales. Como director no podía dejar de firmar los cheques para que cobren, o los presupuestos, o las notas para Salud Pública eso era inherente, salvo eso, en el resto

yo era igual a los otros. En una comunidad terapéutica cabe aquello de la revolución francesa: igualdad, libertad y fraternidad. Esta horizontalización tan linda para describir, es terrible para los médicos, que estamos educados con un modelo de patrón, de liderazgo absoluto y vertical; en la horizontalización precisamente lo que se pretende es eliminar este tipo de liderazgo, que a nosotros, médicos, nos cuesta mucho.

El proceso de comunitarismo en esta colonia fue tomado primeramente por los pacientes, después por el personal de mantenimiento, maestranza y limpieza (peones, caballeriseros, chancheros, cocineros) que entendieron rápidamente que los pacientes eran personas, que había que tratarlos bien, si andaba mal lo mandaban a la enfermería. La horizontalización se hizo inversamente proporcional al caudal intelectual, profesional, titular y curricular de los integrantes de la institución. Esto lo viví personalmente, era el promotor del funcionamiento de esta rueda, pero lo que no sabía era cuánto me costaba dejar la mochila del título. Hasta que lo entendí: estaba caminando por un playón pensando, creo que estaba deprimido, entonces viene un epiléptico bastante deteriorado físicamente, pero bastante recuperado mentalmente que me golpeó y me dijo: "Vamos, Don Camino, arriba ese ánimo". Desde allí fui entendiendo que las cosas eran distintas, que la mano médica era una, pero que había otra mano que fui descubriendo que era la social, donde el conductor o líder o jefe de esas instituciones hospitalarias o comunidad terapéutica cambia, además de médico es otra cosa, siempre que respete lo que dice, si uno dice que es horizontal se hace horizontal; esto significa además que la carrera de mando se hace mínima.

Además de la horizontalización, existe el liderazgo múltiple que es otra cosa que nos cuesta a los médicos, donde hay que permitir que otros manden porque lo saben hacer mejor que uno; por ejemplo, si no está mirando cómo arreglan las cloacas, no puede dar indicaciones: "Ponga el caño así, o para allá", porque lo mandan al diablo, los médicos no estudiamos de cloaquistas, salvo los que hacen gastroenterología. Es muy común en nuestro medio que algunos colegas muy prestigiosos hablen de todo, sepan de todo, siempre me pregunto: ¿Estará Santo Tomás?, no se puede saber de todo; los médicos tenemos que saber, que si no

repartimos el liderazgo nos quedaremos solos, la gente dirá: "Sí doctor, sí doctor" y hará lo que quiera.

El otro elemento de esta técnica es la participación activa de todos, nadie afuera. Siempre hay alguno que zafa, que son los administrativos, que no sé si entraron en el sistema comunitario, pero todo el resto del personal, aún el cura, entraron a funcionar comunitariamente. La participación es activa en lo posible, pero hay algunos pacientes esquizofrénicos crónicos con 15 años de locos que veía quietos, tirados, y me preguntaba si a esa gente le haría algo, si todo eso le serviría para algo. Vimos cambios espectaculares en algunos pacientes, en otros no vimos nada. Los cambios espectaculares que son los que más atraen, tienen una explicación simplemente: eran las instituciones donde los pacientes habían estado las que habían provocado el grado de deterioro; en la medida en que se les permitió ser personas (sostengo y sostendré por una cuestión filosófica) estos pacientes fueron mejorando; porque la psiquiatría tradicional o no, cuando olvida que el enfermo es una persona y lo utiliza como objeto de estudios experimentales, sociales, etc., el paciente no mejora.

Dónde se ve el grado de participación de los pacientes? en algún ámbito o espacio, que es otro de los elementos de la comunidad terapéutica: "Las asambleas comunitarias". Max Ulongs las hacía todos los días, opinaba que cien personas era el ideal. Yo no podía dividir las 400 personas, así que reunía a todo el mundo y allí se discutían todas las cosas del hospital, desde la comida, las situaciones interpersonales, los noviazgos, los embarazos, los chicos, las visitas, el cura, la religión, el director, etc.; todo era discutido en estas asambleas. No tenían patrón hora, que es tomado del psicoanálisis que lo ve como bueno porque se gana un montón de dinero; pero en esos hospitales donde hay un solo médico y tanta gente, el patrón es el mes, en un mes se pueden hacer muchas cosas. Los días de la asamblea, que eran los lunes, miércoles y viernes por la tarde, se disponía todo ese tiempo para la asamblea; donde a la hora recién comenzaba lo interesante. Las asambleas eran deliberativas y resolutivas, casi nunca se votó porque no hacía falta, se creaban acuerdos mínimos o máximos que permitían una mejor convivencia entre todos, incluyéndonos a nosotros (supuestos normales). El grado de par-

ticipación era amplísimo, por ahí había doce o trece personas paradas en el centro discutiendo y planteándole cosas a los grupos, al director también, cuestionando cosas, proponiendo; uno medio se asusta al principio, dice: "Los locos que van a hacer"; los locos cuando empiezan a mejorar hacen lo mismo que uno, discuten, protestan, demandan, piden, se organizan. Lo que pretendía era que el paciente se preparara dentro del ámbito del hospital, para que cuando saliera pudiera medianamente conectarse, que no sé si se cumplió del todo, porque nos faltó un sistema externo de apoyo, que no existe en nuestro país. En las asambleas existía lo que nosotros llamamos "coterapia o factor terapéutico de paciente a paciente", cuando un loco le dice a otro: "Yo estuve como vos, yo también oí voces, vi platos voladores, pero eso eran cosas de la enfermedad, ahora se han ido", es muy distinta la resonancia para el paciente de lo que le dice un compañero que estuvo igual que él, a lo que le diga un médico u otra persona que nunca estuvo alucinada. Inicialmente las asambleas las dirigía yo, pero con el criterio de la horizontalidad y la pretensión de que se realizara un cogobierno. Esto significa que el paciente gobierne, significa la participación de todos en las cosas de todos; por ejemplo la limpieza, viejo tema hospitalario, las mucamas corriendo a los pacientes con los trapos de piso, insistí en que no se hicieran ese tipo de cosas, total si la sala estaba muy sucia iba a saltar alguno que dijera: "Basta de suciedad, limpiemos todos", así logramos la participación de muchos, la solidaridad, lo grupal y lo terapéutico, en las cosas de la institución.

Posteriormente a la asamblea, teníamos una evaluación sobre cosas prácticas que se habían visto en la misma, donde detectábamos cosas muy importantes que estaban ocurriendo o que iban a ocurrir en el hospital de acuerdo a la dinámica que había tenido la asamblea. Pero no era la única reunión, y digo reunión, porque se nos prohibía expresamente hacer asambleas. Cuando vino la onda Levington me mandaron un memorándum que decía: "Nada de asambleas, nada de cosa grupal" entonces hacía reuniones de pacientes, de personal, que en realidad funcionaban como grupos. Los grupos que existían eran: de estaff, de los jefes, de mantenimiento, de estadística, administrativo, etc.; que tenían como función discutir el presupuesto, el cual se discutía meses,

esto permitía una participación del personal, después nadie podía decir: "A mí no me dieron", porque tenía la oportunidad de participar. Otro grupo que existió siempre, fue el de enfermería. Considero al enfermero como la columna vertebral del hospital, es mucho más que el dedito meñique del médico, sostienen el hospital, porque son 24 horas que están con el paciente; nosotros, terapeutas ¿cuánto estamos? una hora con suerte, tres horas si nos gusta el caso; el que lleva el hospital todo el día es el enfermero. La reunión de enfermería era capital, se hacía una mensual con todos los turnos. Se hacía también una reunión con este personal anónimo, aparentemente terapéutico, que es el personal de mantenimiento, una vez por mes; seis horas, donde cada uno de los miembros del hospital iba contando su experiencia con los pacientes que tenía a su cargo.

Además del sistema social, se implementó un sistema técnicamente llamado de "rehabilitación" laboral. Cerca del 92 % de los pacientes trabajaban en el hospital, los que no trabajaban era porque no querían, o porque eran muy viejitos. Estos pacientes trabajaban con los empleados, que actuaban como terapeutas; estos terapeutas respondían por lo que habían hecho con los pacientes. Podría contar la anécdota del tractorista, que para mí estaba medio chiflado y que recuperó a dos hebefrénicos: el tractorista al ser tan desorganizado, tenía una buena captación de los otros desorganizados que eran los hebefrénicos, este hombre recupera (no sé cómo, todavía estoy estudiando) dos hebefrénicos. El paciente no iba a trabajar en su profesión anterior, iba a trabajar con cierta persona determinada, que tenía alguna característica personal que favorecía al paciente.

Todo esto conforma lo que es la cultura terapéutica, que no es ni rígida ni fija, ni para siempre, es cambiable y se modifica con el tiempo de acuerdo a las circunstancias que está viviendo la institución; hace falta mucha elasticidad y firmeza, hay ciertas cosas que se van sedimentando y que se van haciendo cultura real, se transmiten en la institución de los viejos a los nuevos, con las modificaciones que se van haciendo con las nuevas propuestas. Entre estos aspectos de la cultura terapéutica estuvo, por ejemplo, el hecho de que los pacientes pudieran ingresar a ser miembros del hospital en forma rentada, con legajo. Se pudo

lograr que de 24 cargos vacantes, 12 pudieran ser ocupados por ex-pacientes; ahí se planteó cómo se sentía el paciente siendo empleado, porque ya no era paciente, salía de ser paciente a ser empleado. Fue muy interesante como esa gente fue logrando un alto grado de rehabilitación. Logramos también que cuando había que proponer ascensos, lo hiciéramos grupalmente todo el personal, con la presencia de los pacientes que no tenían ni voz ni voto, miraban, cada cual defendía su postura, su jefatura; logramos que el personal pudiera intervenir activamente, que no tuviera miedo de decir qué quería, qué no quería, a quién quería, etc.

Dos aspectos más de la vida: tuvimos hijos entre pacientes, las relaciones sexuales estaban controladas; se habló siempre de eso, mueve, promueve y provoca la vida; fue un tema nunca vedado. Tuvimos aproximadamente 17 hijos, con algunos padres que se dieron a conocer y otros que no. Tuvimos algunos casamientos fracasados, porque no pudimos hacer un seguimiento; el que se quería casar se proponía ante la comunidad y la comunidad opinaba; igual se hacía con los novios, se proponían y la comunidad decidía, se puede o no, conviene o no, este está bien, este está mal, este se va a aprovechar; había violadores, prostitutas, tuvimos de todo, es como una sociedad común, tuvimos un solo homosexual, porque donde hay hombres y mujeres es raro (lo digo así porque en la cultura entrerriana es muy valorado el machismo).

Otro aspecto que quiero mencionar son las muertes. En los hospitales psiquiátricos, cuando se moría alguien, por lo menos así lo vi en el Borda, lo ponían en una carretilla, lo tapaban con una lona, se lo llevaban y nadie más hablaba del fulano. Allá se hacía un velatorio, venía el cura a tirar el agua, le decía los rezos, acompañaba después a hacer un sepelio con el colectivo y el tractor. El cementerio nos donó un sector donde estaban "enterrados" nuestros pacientes. Allá había gente religiosa, que el día de los muertos iba por grupos a rezar por sus compañeros muertos.

Con respecto a la religión en sí, teníamos un capellán católico, cuyo trabajo era la confesión de la gente, la lectura de los sacramentos cuando se fueran a morir (total, yo no soy creyente, pero si voy al cielo, si es que así es, que me esperen unos cuantos allá. mal no va a venir). Lo otro era la misa, el cura decía pa-

vadas, pero la predicación para los psicóticos me parecía un aspecto de mayor importancia; entonces le dije al cura que íbamos a tener que discutir el sermón, y el cura empezó a sermonear bien (dentro de la religión). La misa no era obligatoria, iban 30 ó 40 pacientes; solo en las grandes fiestas como Santa Rosa iban todos. Como había protestantes, trajimos un pastor, un hombre admirable, iban tanto los evangelistas como los católicos; al cura y al pastor les dije: "Proselitismo acá no". No pudimos traer rabinos, porque no conseguimos. El aspecto religioso que es un aspecto común de cualquier cultura, lo tuve en cuenta.

Tengo el orgullo de decir que nuestros pacientes, junto con el personal tenían equipos de fútbol, no era paciente contra personal, sino que se elegían mutuamente salía un equipo que jugaba en los torneos de los pueblos en los cuales se ganaron varias copas; teníamos bandera, camiseta especial, banderín. Los 25 de Mayo desfilaban con nuestra propia caballería; el paciente participaba activamente de toda la vida popular, iban a las milongas de las escuelas. Hacíamos viajes periódicos (hasta que se inundó) al Paso de la Patria, a la pesca del dorado. Iban aproximadamente 30 ó 40 personas entre pacientes y personal. Se vivía en carpa y nadie sabía que eran pacientes y convivían. En las fiestas los pacientes tomaban un poquito de vino (que venía bien). Logramos hacer campamentos en las costas del Gualaguay, que es el río más importante de Entre Ríos; hicimos cinco campamentos por temporada durante 4 ó 5 años; hasta que una vez el comandante del regimiento blindado nos dijo que no, y no hubo más campamentos. La característica era que el paciente dirigía el campamento, los profesionales y el personal éramos visitantes, nos alojaban en lindas o feas carpas, organizaban desayunos, merienda, cena, tomar la medicación, las actividades, nosotros nada; era otro tipo de dinámica, pacientes habitualmente autistas en los campamentos se recuperaban.

Esto es la experiencia, la reflexión que hago es la siguiente: dimos 82 % de pacientes de alta; todavía sigo pensando qué pasa con los pacientes crónicos, los locos crónicos que salen ¿a dónde van en un país como el nuestro que hay subdesempleo?, ¿dónde son recibidos?, habitualmente vuelven al hospital, no tienen otro referente. Así como existe la prevención primaria, antes que se

enferme población en riesgo, la prevención secundaria, intervención inmediata, la prevención terciaria, que es lo que hacíamos nosotros, aislar en lo posible la secuela de la enfermedad, debería existir una figura sanitaria que sería una prevención cuaternaria, que no tiene que ver con la primaria, porque el loco cuando se recupera queda con secuelas, entonces tiene que ir a un lugar social, no hospitalario, donde sea alojado, medianamente cuidado y se le den oportunidades laborales. Todavía nosotros estamos llegando a eso; a raíz de un decreto ministerial de salud mental han aparecido nuevas figuras institucionales, entre las cuales está OSPAL, que es donde deberían ir estos pacientes crónicos.

Público. — Lo que contó el Dr. Camino es, a mi entender, una expresión concreta de A. P. S. En el contexto del modelo médico hegemónico eso hubiera requerido acciones médicas de alta complejidad a nivel farmacológico, a nivel de diagnóstico o a lo que se llama psiquiátrico institucional, como estamos acostumbrados a ver.

Dr. Camino. — Ojalá hubiera tenido algún sistema o algo que se parezca a la A. P. S., porque el problema que existía era que dábamos de alta porque mejoraban los pacientes, había un criterio de alta, pero nadie quiere emplear a un loco, nadie quiere saber nada con un loco; por eso a los que son pacientes míos, hospitalarios o no, les aconsejo que cuando van a solicitar trabajo, no digan que están en tratamiento psiquiátrico, porque son rechazados automáticamente. No existió en Entre Ríos un programa de salud mental, no sé si hay programa de A. P. S. M. en este país.

Público. — ¿De dónde son originarios los pacientes que integran la comunidad terapéutica?, ¿son de la zona o vienen del resto del país? ¿Qué participación le dan ustedes al grupo familiar o al grupo humano en el cual se movió el paciente?

Otra pregunta para Hugo Cohen, esta película es de la experiencia de San Martín de los Andes; sé que están trabajando con un criterio bastante parecido en General Roca (provincia de Río Negro). Además de los 600 Km. que los separan, ¿cuál es la diferencia que ha encontrado con la película?

Dr. Camino. — Hace nueve años que yo no estoy allá, mandaron un médico del proceso que paró todo, como había hombres y mujeres eso era muy peligroso; se sacó a todos los hombres aptos para el trabajo y la colonia quedó con pacientes muy crónicos.

Los pacientes provenían inicialmente de Capital Federal, (Borda y Moyano), pero sus lugares de origen eran las provincias. Las patologías eran las llamadas psicosis funcionales, fueron seleccionadas, porque me querían mandar todos los oligofrénicos y dementes; en aquellos años creía que el retardo mental no tenía muchas posibilidades, después en un viaje a Dinamarca pude ver cómo funcionaban y me di cuenta que sí tienen posibilidades.

Cuando los pacientes de Buenos Aires tuvieron el alta, empezamos a recibir pacientes en general del litoral, aunque también vinieron algunos del sur, de Comodoro Rivadavia. Dentro de ellos seleccionábamos a aquellos que tuvieran cultura campera, ya que la colonia era una unidad de rehabilitación rural; la gente que era muy de ciudad, o se cansaba, o la teníamos que trasladar a un hospital de ciudad.

Era muy difícil que la familia se trasladara para hacer un tratamiento familiar, el problema era la distancia; aún ahora está desconectado de las grandes rutas, es dificultoso hacer caminos en la zona. Cuando venía alguna familia la alojábamos en unas casas que pertenecían a la colonia; la familia se alojaba con el paciente, y en la medida que pudieran, se quedaban todo el tiempo que quisieran, de esta manera la familia participaba de todas las actividades de su pariente, en el trabajo, en las asambleas, en los grupos; veía. En dos casos de esquizofrénicos jóvenes, fueron retirados y traídos nuevamente, porque opinaron en la asamblea que era indignante e infamante que sus hijos les faltaran el respeto; uno de ellos murió luego de una tuberculosis.

Cuando se los estaba por dar de alta, se citaba a la familia, con el compromiso nuestro de que el paciente podía volver en cualquier momento, siempre iba a tener una cama. Los pacientes muy crónicos, de 20 años de enfermedad, que han perdido contacto con su familia, vuelven con ellos pero no se pueden adaptar y vuelven a la colonia. Había un grupo de 40 pacientes que se denominaban "los libertos", que no eran pacientes, tenían una

sala para ellos solos, eran la autogestión; de ahí salieron los empleados, porque no pudieron reinsertarse al grupo familiar. Un detalle: muchos pacientes cuando salían no reconocían el dinero, cada vez que cambiaba la moneda se mostraba en la asamblea, porque los pacientes no habían visto dinero desde que habían sido internados.

Como no tenemos en nuestro país un sistema de seguimiento social —hay otro seguimiento, pero no social— un sistema de asistencia social nacional, no podíamos saber nada de los pacientes que se les daba el alta, que venían a la Capital Federal o a sus provincias. Lo que sí hicimos fue un seguimiento de los pacientes de la provincia de Entre Ríos, mensualmente salía un vehículo con enfermeros que hacía un recorrido por los departamentos de la provincia, visitaba a los pacientes y veía cómo estaban.

En la cultura criolla cuidan mucho al paciente, lo visitan, quieren que se lo dé de alta, hay una gran protección familiar. De las culturas, las más particulares, son los gitanos, hubo que internar un jefe gitano y tuvimos que internarlo con toda la tribu; fue muy interesante, porque el hombre mejoró rápido.

Dr. Cohen. — Voy a dividir la respuesta en dos partes. Desde el punto de vista fundamental en cuanto al enfoque de la problemática, lo compartimos. Willie relató una experiencia localizada en una región de la provincia de Neuquén y yo puedo comentarles una intención nuestra, en cuanto a desarrollar o lograr una estructura provincial de la prevención y rehabilitación del alcoholismo.

Tomamos los grupos institucionales de alcoholismo, como una modalidad que ha dado buenos resultados que consiste en capacitar la coordinación de los grupos con estos pacientes que se rehabilitan. Lo interesante es que a partir de la experiencia de patrulla, hemos tenido la oportunidad de encontrar este tipo de recursos sin necesitar ir a las comunidades extrahospitalarias, porque en todos los hospitales había un enfermo, o un chofer, o una mucama que era alcoholista. También había médicos, hasta directores de hospitales, lo que pasa es que ellos no se ofrecen, mejor dicho ellos públicamente no se presentan como alcoholistas. Los que sí se presentan como tales son esta otra parte, que son los grupos de trabajadores de la salud, que en algunos casos

hemos logrado capacitarlos en las pasantías por el servicio de Gral. Roca, luego han vuelto y se han insertado en las distintas localidades. Así comenzamos con esta red, en la que ya hay siete grupos en siete localidades de la provincia; la intención es continuar con al extensión de este trabajo.

Desde el punto de vista íntimo, específico, en qué consiste esta capacitación, cuáles son los fenómenos propios de estos grupos, acá está Jorge Pellegrini, que desde el servicio de Roca las puede contar mucho mejor en qué consiste este tipo de tarea.

Dr. Pellegrini. — Hay una cantidad de puntos de contacto, con los cuales me siento muy identificado con el trabajo que conozco de Willie. El trabajo comenzó siendo hospitalario, dentro de un hospital general, lo único que teníamos en claro era que queríamos trabajar no solo en alcoholismo, sino con pacientes alcohólicos. En estos tres largos años que llevamos de trabajo, hemos participado de varias jornadas en donde se insiste mucho en el trabajo preventivo, pero siempre he preguntado lo mismo, ¿qué va a pasar con los dos millones de alcohólicos en la Argentina?; me preocupa ese tema porque plantear los aspectos preventivos, desligados de una tarea asistencial concreta, es creer que con la palabra se va a curar algo que se resuelve con la acción. Hago esta advertencia, porque en nuestro país se está dedicando una gran cantidad de recurso humano en salud, a una tarea que se enuncia como de A. P. S., pero lo que en realidad está generando es una expectativa y una demanda que luego no es cubierta; no hago un enfrentamiento entre trabajo preventivo, asistencial y de rehabilitación, ambos aspectos tienen que estar muy articulados. Si no se trabaja con pacientes —que yo digo que son pacientes, por la paciencia que nos tienen— si se entra en esa dicotomía, de hecho se está desperdiciando el principal recurso humano para la A. P. S., que son los pacientes que luchan por su rehabilitación. Si nosotros vamos a hacer A. P. S. mirándonos el ombligo, vamos a dormir más tranquilos, pero los que no van a dormir más tranquilos son los alcohólicos que padecen el problema.

Nuestro trabajo se ha sintetizado en una propuesta “los grupos institucionales de alcoholismo”. Institucionales, porque seguimos operando desde el hospital, no porque despreciamos el

trabajo en el terreno, como se dice habitualmente; observamos que se fue haciendo una especie de sinonimia entre A. P. S., como atención que consiste en ir a tocar a la gente en los barrios, y el viejo modelo médico al cual hay que desterrar, que es el trabajo hospitalario, es una sinonimia absolutamente equivocada. Si uno quiere hacer A. P. S., si quiere modificar la esencia de la atención médica, eso pasa por los barrios, por los centros periféricos, por el río y por el hospital. Si no vamos a una dicotomía de trabajo, donde se opera una modalidad en los barrios, pero cuando hay que derivar al hospital la modalidad de trabajo no ha cambiado y siguen pateando pacientes. La lucha es dentro de una institución global, a la cual llamamos Salud Pública.

Con esas ideas empezamos a trabajar la tarea terapéutica, que además tenía que ser también terapéutica para los agentes de salud, porque la modalidad de abordaje de médicos, enfermeros, mucamas, choferes y demás yerbas del hospital frente al paciente alcohólico, no es para nada terapéutica; más bien la modalidad de abordaje consiste, en encerrarlo para que siga chupando y termine en clínica médica con diagnóstico de cirrosis hepática, cuyo origen es el alcoholismo. En las historias clínicas de nuestro hospital había una figura consagrada que era el alta disciplinaria, los alcohólicos que joden van a parar a la vereda, pero como no se podía formular de esa manera, había que buscarle un eufemismo; de esto no eran culpables quienes escribían estos historiales, en todo caso se trata de una orientación médica que tenemos que pugnar por cambiar, con una experiencia diferente, no desde seminarios y simposios que también sirven, sino cambiando la práctica cotidiana, a partir de una tarea con los pacientes en el hospital, que le permita a la gente ver que hay un camino posible.

Los grupos se reúnen todos los días; en un principio lo hacíamos en el comedor del hospital, hasta que fue tan conflictivo, que fuimos a parar a un corredor, que como obstaculizábamos el paso finalmente logramos un espacio en el hospital. No lo cuento como anécdota sino como un punto de referencia muy importante, porque no va a haber espacio en la cabeza de la gente para la problemática del alcoholismo, si resignamos la pelea por el lugar en las instituciones hospitalarias para afrontar

este problema. Hasta el año 1984, la estadística del hospital registraba en las salas generales como principal diagnóstico, la hidatidosis, que en la provincia de Río Negro viene bastante bien en el ranking; después las enfermedades pulmonares, entre ellas la tuberculosis, y después otro tipo de cuadros, el alcoholismo no figuraba. A fines de 1984, cuando llevábamos un año de trabajo, se vuelve a hacer la estadística en las salas generales y los pacientes con diagnósticos de alcoholismo superaban el 50 %; ¿qué quiere decir esto?, ¿que en el año 1984 emborrachamos a toda la provincia? Eso no es así; significa que la institución había sido sorda y ciega para ver y oír el problema que actuaba en las propias salas generales. Vimos que un objetivo muy sencillo, que era que el hospital afrontara un segmento de la realidad que estaba negando, se había cumplido, por lo tanto nos parecía que ese aspecto terapéutico institucional estaba cubierto.

No somos un servicio de perialcoholismo, sino que somos un servicio de salud mental. En este momento trabajamos en esta tarea, un compañero como agente sanitario y yo, que soy médico psiquiatra. Este agente sanitario es un alcohólico en recuperación, desde hace nueve años, coordinador de Alcohólicos Anónimo, institución de la cual es necesario que aprendamos mucho.

Para nosotros, el papel de los profesionales y técnicos, es garantizar en el hospital que la puerta se abra y se cierre, que haya un espacio para la reunión de los pacientes. Un paciente hace un mes y medio dijo: "Para mí este grupo tiene una cosa que es la que me hace volver, su carácter democrático". Sin ningún otro tipo de connotación extrahospitalaria, a lo que se refería él, era que nos veía como aquellos que tratábamos de descentrarnos de un lugar, en el cual socialmente somos siempre ubicados más allá de nuestra voluntad. El paciente en recuperación, apuntala su proceso en la medida en que sea capaz de multiplicar la experiencia cuando se va del hospital; no hablamos de alta, hablamos de externación hospitalaria cuando el paciente fue internado, si no lo fue nunca, no hablamos ni de internación ni de alta. Apuntalamos todo proceso que signifique que los pacientes salgan del hospital y multipliquen la experiencia como pueden, hasta donde les dé el cuero.

No es un signo de fracaso que el paciente recaiga, lo que a

nosotros si nos habla de un error o de un fracaso, es que si el paciente recae no vuelva al grupo, no vuelva al hospital, porque nos hace pensar que el ámbito no le es confiable. Hemos armado una red de trabajo con Alcohólicos Anónimos. Estamos en total desacuerdo con tantas polémicas que hemos escuchado, o grupo terapéutico o Alcohólicos Anónimos o medicina; medicina hay una sola, que es la que cura, y si esa la practica Alcohólicos Anónimos macanudo, si la practicamos nosotros o los dos, macanudo. El asunto es que frente a dos millones de alcohólicos, o sumamos los esfuerzos, o seguimos discutiendo cosas mientras los alcohólicos se maman.

El grupo institucional de alcoholismo es —no sé si un modelo de trabajo, no me animo a decir tanto— una experiencia replicable y multiplicable en la provincia de Río Negro. No sé cómo podrá ser en otros lugares, tampoco creo que Río Negro sea un país aparte, pero nuestra población registra la presencia de afluentes criollos, gringos e indígenas (de origen mapuche). Para saber quiénes son nuestros pacientes tenemos que saber qué sistema de creencias y convicciones tienen. Nos parece que los errores principales provienen de adjudicarle a los pacientes que piensan como nosotros, y en realidad ni sienten, ni piensan, ni actúan como nosotros. Podemos darle desde el punto de vista de la cultura oficial, un valor, un sentido y un contenido al alcohol que nuestra gente paisana no comparte, y mucho menos nuestra gente indígena. De la forma en que la gente piensa, del sistema de creencias y convicciones que nuestra gente tiene, depende hasta la modalidad de enfermarse. Es necesario conocer que lo médico, cada vez tiene barreras más extensas o límites cada vez más extensos; “el que sólo sabe medicina, ni medicina sabe”, decía Avelino Gutiérrez maestro argentino de la medicina. Si uno va a trabajar en alcoholismo, o va a trabajar en salud en general, es necesario estudiar y aprender muy a fondo de qué cultura somos portadores, de qué ideas y sistema de creencias y convicciones son portadores esos pacientes, que atendemos en el hospital. Para aprender eso, la mejor biblioteca que uno puede consultar, es esa biblioteca ambulante que pasea por los pasillos del hospital y que en general no consultamos.

Público. — José Carlos Escudero habla de que hacer A. P. S.

en salud mental es una tarea difícil, porque entiende que es entrar a trabajar con la comunidad, darle pautas de organización y trabajar conjuntamente en el desarrollo de sus propuestas. Eso implica una evolución de esa comunidad, que haga, que empiecen a pedir más cosas, que superan la salud mental y la física, para entrar en un concepto amplio de lo que es la salud.

Somos muchos los que estamos queriendo acercarnos a la A. P., el miedo fundamental desde grupo organizador es cuáles son los obstáculos, cuáles son las cosas que hay que vencer para poder hacer A. P. Hemos usado reiteradamente un concepto que es la participación popular, lo hemos resaltado y ha quedado claro el respeto que hay que tenerle a esa comunidad, pero hay un principio que no ha salido: cuáles son los factores de poder que se oponen a esto que resulta tan claro, que resulta tan sencillo y que es tan fácil aparentemente de hacer. Le pedirá al Dr. Camino, que anecdóticamente cuente cuál fue su final en Federal, que creo que va a reflejar bien lo que estoy preguntando.

Dr. Camino.— Mi final fue así —podría haber sido más trágico—: habiendo venido el proceso, me mandaron una cantidad de directivas que nos ordenaban una cantidad de cosas. Con el argumento de la seguridad del Estado y de la eficacia institucional o administrativa daban una lista del personal que había que eliminar de los hospitales. Los militares querían que sacáramos la gente, para después poder sacarnos a nosotros. Así fue. Una de mis primeras resistencias fue informar que no había ningún motivo para dejar prescindible la figura jurídica-administrativa del personal, mandando telegramas al estilo de los milicos: “cumplimentado el mensaje tal”. Esto no fue bien visto en la superioridad, pero no me lo dijeron nunca directamente. Andaba un Falcon buscándome, y en aquellos años los Falcon no eran buena palabra, entonces me fui al campo por una o dos semanas, iba a caballo al hospital, pero nunca falté. Hubo una muerte en el pueblo, cuando la gente moría, moría de cuchillo, allá son así, pero este fue de balazo. Empezó a verse que algo extraño estaba ocurriendo.

Pedí pase y me mandaron al Moyano. En el ínterin me querían mandar al Hospital Posadas (creo que todo el mundo sabe lo que pasó allí). Por esas cosas que uno aprendió en la vida, fui

a quien en ese momento iba a ser mi director y le dije: "El ejército me quiere mandar al Posadas". El se enojó y me dijo: "A mí no me sacan a nadie". Me retuvo y me quedé en el Moyano. Eran años donde las Fuerzas Armadas andaban con ametralladoras y pistolas dentro del hospital, como si los locos fueran de gran peligro nacional, el peligro por ahí éramos nosotros, según ellos psiquiatras, psicólogos y sociólogos eran todos marxistas peligrosos para el Estado.

Tuve tres denuncias graves. La primera fue sobre mi vida privada, pero no prosperó la denuncia, porque desde el punto de vista administrativo, mientras no exista escándalo la vida privada sigue siendo de uno. La segunda denuncia fue más grave, porque me acusaron de guerrillero. El militar que estaba en ese momento en el Moyano tenía orden de detenerme y de trasladarme al Treinta y Tres Orientales que era un barco. Había estado en la Antártida hace muchos años, en 1966 estuve en la marina, entonces inmediatamente pedí un tribunal de honor, y el milico me dijo: "qué tribunal de honor, lo van a mandar no sabe dónde, y después no sabemos si aparece, si aparece va a aparecer destruido, ¿quiere tribunal de honor?"; "no señor". Entonces dijo: "Andá a decirle a esta gente que Camino no tiene nada que ver con la guerrilla", pero la denuncia existía, en esos años bastaba una denuncia verbal (esta era escrita) para que a uno lo limpiaran. Buscaron por el lado administrativo y me hicieron un sumario, posteriormente un juicio por una supuesta desaparición de unas gomas de tractor (las traseras) y de un arado de bueyes —quiero aclarar que tengo muchos problemas en conectar las gomas al arado—. Estuve enjuiciado desde el año 1977 hasta el año 1985, no podía irme más allá de los países limítrofes. Tuve una cantidad de dificultades legales porque además el juicio se prolongaba y no terminaba nunca. Felizmente la sentencia me favoreció, reivindicó mi persona, el juez da lugar a una cantidad de cosas que el personal declaró espontáneamente a favor mío y de otra persona que también estuvo implicada.

Ese fue mi final, todavía sigo en la administración pública, pero ahora un poco más cuidadoso. El militar que estaba en el Hospital Moyano me decía: "Mire, yo sé que usted hizo una cosa rara que se llama comunidad terapéutica (era criujano el

hombre, así que no era para criticar) mientras estemos nosotros, usted no hable más de eso porque usted está fichado". Efectivamente como la gente desaparecía no hablé más, de 1977 hasta 1983 no hablé más, desaparecí, muchos me creyeron muerto. Eran tiempos difíciles.

Dr. Arrue. — Podríamos hablar con un enfoque totalitario, global de las dificultades del sistema.

Público. — Totalitario no, totalizador.

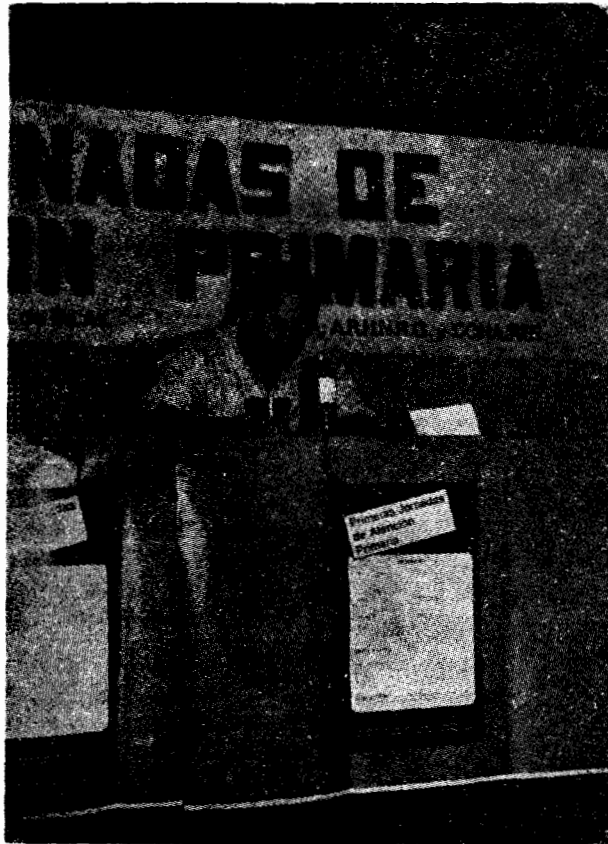
Dr. Arrue. — Totalizador, de las dificultades de la institución, de las dificultades de la familia. Prefiero hablar de mis propias dificultades, porque de alguna manera me han transmitido la necesidad de cosas muy concretas, ustedes están pasando por las mismas que yo.

Cuando relaté la historia de los diversos enfoques, se habrán dado cuenta que parto de un enfoque totalmente autoritario trasciende y se engancha con un enfoque tecnocrático; es una mezcla de cosas que producen mucha inseguridad, en un trabajo que es inseguro porque no sabemos cómo se hace. Las dificultades existen, pero me estoy dando cuenta gracias al trabajo que estoy haciendo con mis compañeros, que en la medida que conformamos equipos y el trabajo en las ciencias sociales está basado en la experiencia y en la verificación del error, esas dificultades van desapareciendo.

Dr. Cohen. — Tengo la impresión que la primera dificultad en cuanto a A. P. S., somos nosotros mismos. Si planteamos en la A. P. S. una actitud de cambio, los primeros que tenemos que cambiar somos nosotros. Si uno se lanza a esta aventura de la A. P. S., siente que no sabe, tenemos que dejar todos los esquemas, los modelos, las escuelas, todos los marcos conceptuales referenciales que tanto nos han protegido y ayudado, para embarcarnos en un camino y un recorrido que desconocemos realmente, que no sabemos el punto definitivo de llegada. La posibilidad de aceptar esto nos habla de que estamos en un buen camino, es un parámetro que tomamos y creo que compartimos. La duda habla de que estamos empezando a entrar en terrenos que hasta ahora no ocupábamos.

¿Cuál es la principal dificultad en el campo de trabajo de la A. P. S.? Hablando desde los trabajadores de salud mental diría, los propios trabajadores de salud mental, nosotros mismos. Comparto la necesidad del trabajo interdisciplinario, el trabajo en equipo, que es el marco más apropiado para desarrollar este tipo de abordaje.

No hay recetas, no tenemos la precisa, la tenemos que hacer entre todos, fundamentalmente a partir de la práctica cotidiana; poder tener ámbitos donde desde la práctica pensemos, reflexio-



Experiencias en salud. — Exposición del Dr. Willy Arrue.

namos, para volver después a la práctica, a la acción; y en ese permanente ida y vuelta, ir elaborando, e ir avanzando en el proceso emprendido.

Durante la noche se proyectó en el aula magna de la Facultad de Medicina el film "Gerónima" con un debate posterior coordinado por el Dr. Jorge Pellegrini.

FUNDAMENTOS PARA UNA PRACTICA Y UNA DOCENCIA TRANSFORMADORAS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

SYLVIA BERMAN
Médica Psiquiatra

INTRODUCCION

Desde diversos ámbitos institucionales (salud, educación, trabajo) surge en forma convergente la necesidad de una docencia y de una práctica transformadoras a realizar en el campo de la salud mental, en la Argentina y en América Latina. Tal requerimiento se basa en un cuestionamiento del saber y de la práctica tradicionales de la salud mental, en relación con la realidad sanitaria y socioeconómica de nuestros países.

Por lo tanto, la formación de los especialistas en salud mental plantea uno de los desafíos más serios a las autoridades universitarias y salud. Su campo abarca una totalidad mucho más vasta que la sola consideración de los aspectos patológicos —las alteraciones psiquiátricas o de la conducta— para extenderse a la salud y a la prevención de la enfermedad.

En forma operacional, los cuidados de salud mental pueden ser definidos como el conjunto de actividades, basadas en un repertorio de conocimientos científicos, destinados a fomentar, proteger, conservar y restablecer la salud mental del hombre.

La magnitud de la patología fue mensurada y evaluada así en octubre de 1973, por los ministros de la salud de Latinoamérica, reunidos para planificar un nuevo decenio para la salud (1):

“Los problemas de salud mental que confrontan los países

* Publicado en *Salud y Sociedad*, año I, Nº 4.

de la región muestran en general una tendencia al aumento absoluto y relativo. Se enumeran estadísticamente esos problemas:

- a. Psicosis: 15 a 50 casos por 1.000 habitantes.
- b. Neurosis que exigen tratamiento: 50 a 200 por 1.000 habitantes.
- c. Alcoholismo: tasas de prevalencia superiores al 5 % (en México hay entre 2 y 5 millones de alcohólicos).
- d. El consumo de sustancias causantes de dependencia y psicotrópicos es un fenómeno de reciente aparición que va en aumento.
- e. El retraso mental y la epilepsia, consecuencia muchas veces de lesiones perinatales y de infecciones y traumatismos producidos en la infancia, tienen una prevalencia superior al 1 %.
- f. El suicidio es un problema de salud pública en varios países, donde alcanza tasas de mortalidad superiores al 7 por 100.000 habitantes.

El informe continúa evaluando los servicios de psiquiatría y salud mental de la región: "Son escasos, están mal distribuidos y ofrecen una cobertura incompleta de la población urbana y prácticamente ninguna de la población rural. Respecto a los recursos humanos el documento afirma: "En América Latina el número de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales y ergoterapeutas psiquiátricos, así como el ritmo actual de formación de este tipo de profesionales, son del todo insuficientes para cubrir las necesidades de un programa integral de salud mental".

Esta es la opinión oficial en cuanto a los problemas de salud mental en América Latina, desde una perspectiva tradicional, en la que priva más la consideración de los aspectos biológicos que los sociales.

Pero desde una perspectiva psicosocial —que no ignora el nivel biológico, sino que lo integra, el comportamiento individual solo puede ser entendido en forma adecuada y últimamente modificado si se considera en el contexto en que asume forma y significado (2). Tanto más entonces, la consideración de la salud mental como problema colectivo y en gran medida, efecto de estructuras sociales injustas y de dominio, exige **avanzar en un**

análisis más sistemático y científico de la dimensión social y general que los afecta.

Por ello, corresponde abordar su temática con criterio innovador, considerando tanto las alteraciones biológicas y psicológicas que afectan al individuo, como los aspectos sociales, económicos y políticos que gravitan en el sector, con criterios que tiendan a alcanzar una mejor articulación entre universidad y sociedad, se expresen en el programa académico, en la definición de líneas de investigación y en el tipo y área de servicio que se eligen para la práctica.

Puede afirmarse, en una perspectiva histórica, que sólo recientemente los problemas de salud mental comienzan a preocupar a las autoridades sanitarias. Como expresa el Dr. Ramón de la Fuente, "si carecemos aún de datos confiables para cuantificar nuestros problemas: si nuestros recursos humanos son tan escasos, las instalaciones tan deficientes; y nuestras leyes no protegen a quienes están desamparados, no hay duda que vamos a la zaga" (3).

Amén de otros graves problemas de salud pública —enfermedades infecto-contagiosas, desnutrición, accidentes y violencia, partos y abortos, enfermedades cardiovasculares, cirrosis, etc.—, factores de diversa índole se han sumado para condicionar en América Latina la escasez de recursos asignados y el deterioro de la asistencia: el temor y el rechazo a los enfermos mentales, la tradicional reclusión de la psiquiatría clásica tras los muros de los hospicios, la promisoría práctica privada, la clausura de los consultorios, etc. Estas razones, entre otras, condicionan la escasa sensibilidad de buena parte de los médicos y de los poderes públicos que consideran a la psiquiatría una especialidad de bajo rendimiento, destinada a aislar al enfermo de la sociedad. Tal conjunto de circunstancias da origen a una organización asistencial custodial y represiva, a carencia de información, un destino insuficiente de cursos, falta de programación y, en el plano docente, a una falta de cuestionamiento de los métodos de enseñanza y de los conocimientos psiquiátricos tradicionales, eslabón significativo de este estereotipado círculo vicioso.

Esta situación se manifiesta en un desigual desarrollo de la especialidad, en el cual contrastan centros de asistencia, enseñan-

za e investigación avanzados con muestras de retardo institucional y docente. Algunos de aquellos centros, como los de Santiago (Chile), Lanús (Argentina), Lima (Perú), San José (Costa Rica), Cali (Colombia) y La Habana (Cuba), se constituyeron en instituciones de significativa importancia. Varios de ellos sufrieron los embates de las tormentas políticas de la época. Sin embargo, emerge de sus prácticas un cúmulo de experiencias y enseñanzas que constituyen valiosos antecedentes para la tarea que se plantea.

Así como resultaría hoy anacrónico la aplicación de los viejos modelos pedagógicos, que separaban al hombre en cabeza, cuerpo y extremidades, la moderna salud pública no podría divorciar los cuidados de salud mental de los de salud pública general que corresponde integrar en todo tipo de actividad sanitaria (4). Por otra parte, los cambios sociales han comenzado a despertar en la población la conciencia de su derecho a la salud mental y a ser incorporada en las acciones tendientes a su logro. Pero su postergación —los tratamientos biológicos y custodiales para la gran mayoría y los modernos psicoterapéuticos para una minoría privilegiada— han conducido a un injustificado pesimismo en los cuidados y en la prevención. Los avances en el conocimiento científico contrastan con el limitado desarrollo académico asistencial. Corresponde hallar los caminos para colocar al servicio de las mayorías el cúmulo de conocimientos existentes, al mismo tiempo que corroborarlos y enriquecerlos con la práctica.

Concepto de salud mental

El análisis de las categorías utilizadas por las ciencias del hombre para definir conceptos como “salud y enfermedad”, “normal y patológico”, demuestra la existencias de un campo ambiguo, indefinido, lleno de contradicciones. Esta ambigüedad —paradigma de ocultación ideológica acerca de las reales características del problema— cumple la función de escamotear el que los criterios de salud y enfermedad dependen en las diversas culturas, del desarrollo dialéctico de la relación conocimiento científico-modo de producción y que llevan implícita una concepción del sujeto, del mundo y de la historia.

Por ello, se parte de una antropología materialista dialéctica, a fin de superar conocimientos empíricos aislados, los juicios o

valores a priori del idealismo, que están fuera de la ciencia misma, o el reduccionismo naturalista del positivismo que asimila epistemológicamente la sociedad a la naturaleza. En ella se define a la persona concreta por su materialidad y, por lo tanto, es "la existencia la que crea la conciencia". Las condiciones naturales son condiciones necesarias para el desarrollo del hombre, pero este desarrollo se lleva a cabo en sociedad y se objetiva "en los productos de su trabajo, en sus sistemas de instituciones y de 'usos', en su lenguaje, en sus ideas, valores, concepciones del mundo y artes" (5).

En un mundo cuyos objetos y fenómenos están en constante cambio y transformación la mediación de la praxis transforma la materia inerte entrabajada, humanizando la naturaleza.

El hombre es una totalidad que existe en interacción continua con el ambiente personal e impersonal que lo rodea, pero el acontecer psíquico debe ser aprehendido en los distintos niveles: biológico, psicológico y social. Cualquier proceso psíquico, normal o anormal, presume una modificación en el organismo. Los fenómenos psíquicos, por lo tanto, están vinculados a determinadas funciones biológicas, pero dentro de este contexto biológico obedecen a leyes propias, en gran parte independientes de los factores orgánicos y fisiológicos.

Sin embargo, el descuido del nivel biológico puede conducir a un peligroso psicologismo, que comúnmente privilegia determinadas alteraciones como las neurosis y los trastornos del carácter y es contraparte del biologismo tradicional, ignorando la base material como determinante y en interacción con los otros niveles.

No puede desconocerse que las enfermedades mentales existen, aunque asuman características diferentes en sus manifestaciones sintomáticas, en su pronóstico y en su tratamiento en las diversas clases y sociedades.

Menéndez ha subrayado acertadamente el riesgo de considerar a las enfermedades mentales "una suerte de compartimento estanco respecto del conjunto de las enfermedades.. escotomización que conduce, en la práctica, a una situación de excepcionalidad para cuestiones de enfermedad mental, que dificulta o directamente impide las posibilidades de explicación y organización de los problemas colectivos de salud" (6).

La alta incidencia de factores orgánicos en buena parte de los cuadros más frecuentemente observados —alcoholismo, oligofrenia, drogadicción, epilepsia, trastornos psicósomáticos, etc.— señala la trascendencia de no olvidar los mecanismos biológicos subyacentes a las alteraciones psíquicas. Sin descuidar, tampoco, los enormes aportes que la psicofarmacología ha realizado y realiza en el tratamiento de muchos cuadros, aun los considerados funcionales. Corresponde subrayar, sin embargo, los enormes abusos y daños que se originan por el manejo indiscriminado de drogas, inducido frecuentemente por su manipulación mercantilista

En el enfoque tradicional de la medicina subyace la creencia de que la salud y la enfermedad son estados dados por naturaleza, que nos afectan individualmente y que, por lo tanto, deben ser tratados en forma individual (7, 8). Esta ocultación ideológica lleva a considerar que las enfermedades son provocadas por la “naturaleza”; encubre que son también producto de nuestro modo de vida cotidiano, de factores y circunstancias sociales y esconde que no existe una definición “objetiva” de la enfermedad sino que corresponde interrogarse en interés de quién y con qué propósito, médicos y pacientes, diferentes grupos y clases sociales, definen socialmente a las enfermedades. La racionalidad del período anatómico-clínico, el exitoso control de enfermedades contagiosas, la prolongación de la expectativa de vida, no pueden ignorar que en diversos países industrializados el 50 % de los pacientes sufre de trastornos funcionales, es decir, de enfermedades sin ninguna causa orgánica establecida. En forma simultánea, nutrido cúmulo de datos, particularmente de origen psiquiátrico, demuestra cómo las enfermedades varían de acuerdo a la clase social, a la estructura urbana, el tipo de familia, a los procesos inmigratorios. Las diferencias sociales no se expresan solo en la desigual distribución de la enfermedad y de la muerte (9, 14).

Los criterios de salud y enfermedad mental también se sustentan en normas que refuerzan el ascendente de los sectores dominantes y que, al igual que las normas jurídicas, sirven para adaptar a los individuos a las condiciones de producción. Dichas normas se establecen en base a un sistema de representaciones y a una infraestructura de relaciones sociales de producción, que

varían según el curso del desarrollo histórico. El individuo las va elaborando desde su nacimiento, como forma de encuadrar y orientar las expectativas colectivas. Quien viola las pautas establecidas para el control social se hace acreedor a sanciones de diversa índole, que llevan a la marginación y al descrédito. Se legitima así un tipo de adaptación a la realidad, una forma de relación consigo mismo y con el mundo que es acrítica, ilusoria y alienante. Esta sumisión y adaptación indiscriminada de valores conduce al criterio de salud vigente de adaptación y de competencia social, funcional en la perpetuación de las relaciones existentes.

Parecieran estar en otra perspectiva definiciones utópicas como la de la Organización Mundial de la Salud que la considera "un completo estado de bienestar físico, psíquico y social". Pero, al ser establecida de manera tan ideal, sin ubicar los términos utilizados en la definición por ejemplo, cómo se concibe la dimensión social y cuáles son sus relaciones con los aspectos biológicos, permite en los hechos una amplia disociación entre este ideal oficial y las actividades cotidianas de las estructuras médicas de servicio y enseñanza.

A aquella noción estereotipada y rígida, empobrecedora, se contraponen, desde una perspectiva totalizadora, al considerar al hombre configurándose en una praxis, en relación dialéctica con el mundo, en una acción mutuamente transformadora, motorizada por las necesidades individuales y colectivas con capacidad de evaluación y propuestas de cambio. Implica el análisis de los vínculos, de las formas de relación del sujeto con el mundo, de los procesos que van configurando al hombre como tal y cuya evaluación se basa en la capacidad de desarrollar una actividad transformadora de estructuras, en el aprendizaje de la realidad para transformarla. Por lo tanto, la concepción de salud mental no se conforma como adaptación pasiva adecuada o inadecuada, sino por la capacidad de desarrollar una perspectiva integradora de la realidad y construir con ésta, vínculos activos, transformadores, que permitan resolver las necesidades. "La salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad, en una relación sintetizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen de la relación sujeto-mundo" (15).

En lo que se refiere al dominio específico de la psiquiatría, éste ha ido evolucionando en función de nuestros conocimientos acerca de las entidades que lo constituyen y de los sistemas de valores dominantes en nuestra cultura. Con hondas raíces en la magia y la superstición primero y en la religión después, solo a partir del iluminismo comienza a asimilar el modelo médico-científico-natural de enfermedad. De su cuerpo nosológico, paulatinamente van desgajándose diversos cuadros (como la Corea de Sydenham o la epilepsia) que pasan a integrar la clínica médica o la neurología a medida que avanzan los conocimientos. En forma paralela, se incorporan otros nuevos trastornos sexuales, enfermedades psicosomáticas, expresión de nuevas y cambiantes condiciones sociales. Conductas antes consideradas patológicas, ahora no lo son y viceversa. La psiquiatría, rama médica que se ocupa de las alteraciones psíquicas y de hecho dominante en el campo de la salud mental (al menos por tradición y peso institucional) es una práctica empírica. Por ello, como expresa Castilla del Pino, "la psiquiatría clínica ha sido tradicionalmente descriptiva, con hipótesis explicativas de primer nivel, rudimentario, acerca de la génesis del cuadro o síndrome taxonómicamente delimitado y desde aquí, hacia una posibilidad de diagnóstico etiológico. Este proceder, útil en determinados capítulos de la psiquiatría, el de las psicosis orgánicas, es decir consecutivas a perturbaciones orgánicas o funcionales del encéfalo, ha fracasado ostensiblemente en las denominadas psicosis funcionales o endógenas, y, desde luego, es inútil en las neurosis y en las denominadas alteraciones de la personalidad" (16). Este modelo reduccionista y biológico ignora la influencia de los factores relacionales y de comunicación —todo acto de conducta es un acto con sentido, motivacional— en los fenómenos psíquico. Por ello, en los vastos capítulos que componen la psiquiatría propiamente dicha, este enfoque no ha hecho progresar nuestros conocimientos, ya sea acerca de las causas o de la motivación de los síntomas.

EL AVANCE DE LA PSIQUIATRIA

El progreso ha venido de otros campos, de aquellos vincula-

dos a los aspectos estrictamente orgánicos: neurofisiología, bioquímica, farmacología por una parte, y de la psicología dinámica, sociología y antropología por otra. Tratar de fijar el conocimiento solo a través del recorte hecho en el estudio clínico y en el seguimiento de más y más pacientes —base de la nosología kraepeliana— implica prescindir del carácter dinámico, contradictorio y ambiguo de la realidad. Solo el modelo tiene fijeza y la realidad se escurre entre las mallas de esa red poco funcional. Como el fuego fatuo, aquella se evade al tratar de asirla. Tras la búsqueda de una etiqueta diagnóstica se prescinde de la persona, de su vida y de sus motivaciones; de su situación y de su medio. El objeto de conocimiento encubre y oculta al objeto real.

Este movimiento complejo coloca a la psiquiatría en una precaria situación epistemológica. No existe un corpus coherente que muestre el continuo psicología-psicopatología-psiquiatría, carente por otra parte de fundamentos epistemológicos comunes ya que hasta ahora, cada uno marchó por derroteros independientes. Salvo en el caso de psicoanálisis que plantea un modelo similar para lo normal y lo patológico.

Para el estudio de los procesos psíquicos normales o anormales que presuponen modificaciones en el organismo, la psiquiatría recurre al auxilio de ciencias básicas como la bioquímica, la neurofisiología o los estudios metabólicos. Pero ese mismo acto psíquico es conducta, y, como tal, signifiante. Aparte de la naturaleza del acto se trata de interpretar su sentido, su finalidad. Para ello, la psiquiatría se vale de la psicología motivacional y dinámica, la psicología descriptiva, la antropología cultural, la psicología social y la sociología. Los niveles en los cuales ha de aprehenderse el acto psíquico o de conducta son distintos y por lo tanto, exigen tratamientos lógicos también distintos.

Además, la psiquiatría no es un conjunto de conocimientos de prácticas objetivas, exteriores a los individuos, sino que ocupa un lugar en la imaginación de todos, como lo han subrayado Lourau y Evrard (17). La forma en que pacientes y profesionales, individuos y grupos, se representan a la psiquiatría forma parte de la psiquiatría como institución. Las instituciones, dominio central de la sociología, pero al cual confluyen disciplinas diversas, constituyen las formas que adoptan la producción y la

reproducción de relaciones sociales en un momento dado. La institución central de la psiquiatría, el hospital psiquiátrico, no puede ser considerado como una "cosa en sí" destinada solo a cuidar o tratar al paciente. Su esencial comprende el rol que desempeña en la conciencia y el inconciente de toda la población, significante de un deseo de rechazo o "tratamiento" o incluso espacio mágico donde conjurar el desorden. La institución, así entendida, incluye estos aspectos subjetivos e irracionales.

Por todo esto no puede dejar de analizarse dialécticamente el desarrollo del ámbito de la salud mental; en él se enfrentan constantemente los aspectos instituidos con la práctica instituyente de los actores sociales involucrados, de acuerdo a su posición en las diferentes formaciones económico-sociales. Lo instituido significa el saber acumulado a través de generaciones de especialistas más las tradicionales instituciones de atención; lo insituyente, la práctica social que trata de transformar lo instituido. Esta de acuerdo a su mayor o menor dinámica innovadora, va modificando progresivamente lo instituido. Puede extenderse a todo el campo de la salud mental el análisis que Evrard realiza de la percepción dialéctica de la psiquiatría como institución:

- "Un sistema simbólico objetivo y exterior a los individuos y subjetivo e interior a los individuos a la vez.
- Una realidad histórica que se reproduce incesantemente mediante el juego de lo instituido y lo instituyente en sus detenciones, progresos y rupturas.
- El elemento de una totalidad más vasta, es decir, que no posee una historia autónoma respecto de las otras instituciones (medicina, trabajo, justicia, pedagogía, etc). Esta totalidad social que da cierto sentido a la psiquiatría, tampoco debe estar aislada como una categoría abstracta ("la sociedad"), sino que debe ser encarada en el movimiento totalizador que la sustente" (18).

LA "NUEVA" PSIQUIATRIA

La lucha entre lo instituido y lo instituyente, la necesidad de establecer sus contradicciones, como contraparte de una ciencia que se pretende "pura" e incontaminada de los procesos socio-

históricos, hace que surjan, particularmente en períodos de crisis, corrientes impugnadoras de lo instituido que pretenden una negación radical del saber y la experiencia acumulados. El campo de las ciencias humanas, en especial el de salud mental, ha sido fértil en la producción de estos movimientos "anti" o "contra". Aunque tienen de positivo el cuestionamiento de lo instituido, del sufrimiento y de la locura, reducen un conjunto teórico-práctico únicamente a su oculta función ideológica, desconociendo que todo saber tiene algo de ideológico, aunque todo saber no es solo ideología. Para ellos la utilización institucionalizada del conocimiento exige su negación en bloque. Arrojan al niño con el agua del baño. Surge oportuna la afirmación de Berlinguer de que no corresponde negar la psiquiatría, sino plantear "la posibilidad de una nueva psiquiatría, basada en la práctica social y cimentada en nuevos pilares científicos" (19).

Sin embargo, el surgimiento de las escuelas antipsiquiátricas a partir del último cuarto de siglo, ha implicado un formidable cuestionamiento a toda la institución psiquiátrica, tanto desde el punto de vista teórico como de su práctica. De manera importante, han contribuido a que se reconsiderara el entorno social de los trastornos mentales, así como el determinismo histórico en que se desarrollan y tratan al poner en primer plano el problema del poder en el etiquetamiento y control de los enfermos.

Diversos ámbitos geográficos han originado corrientes con características propias y disímiles posiciones ideológicas. De los Estados Unidos provino una posición extrema que consideró a las enfermedades mentales como inexistentes y a las sociedades como represoras de todo lo desviado (20). Aquellas serían mitos o etiquetas creados por la estructura social, desviaciones que solo la sociedad ha configurado, sin fundamento científico valedero. Tal posición conduce, como expresa Berlinguer a: cometer el error idealista de separa el cuerpo de la psique, y de considerar que una sociedad totalizante, alienante y violenta como la capitalista, se limita solo a condicionar, a seleccionar, a discriminar a los individuos, sin causarles graves daños funcionales y orgánicos, ni siquiera en el plano del sistema nervioso central" (19).

La escuela inglesa, cuyos máximos exponentes son Laing y Cooper, plantean la negación total de la institución hospitalaria y

de la psiquiatría, rechazando integralmente los aspectos del diagnóstico, de la taxonomía psiquiátrica y de las técnicas terapéuticas. Su crítica social asume características de mayor profundidad, desde la perspectiva planteada por Sartre en la *Crítica de la Razón Dialéctica*.

En Italia, Basaglia subrayó cómo las crisis cíclicas del capitalismo acentuaban la despreocupación y el maltrato crónico de los enfermos mentales, contraste mucho más visible en las clases desposeídas. Las peculiares características de la situación política italiana, permitieron plantear reformas de innegable inserción y repercusión en la sociedad global, actuando o pretendiendo actuar sobre la enfermedad, las instituciones psiquiátricas y la sociedad en su conjunto.

Sin embargo, como plantea Menéndez, "la antipsiquiatría se convierte de hecho en una práctica elitista, por más *net work* que se constituya. Las técnicas de trabajo solo pueden operar con pequeños conjuntos, que no inciden en el proceso global" (6).

HACIA UN NUEVO ENFOQUE DE LA PSIQUIATRIA

La carencia de un enfoque integral conduce a que una alta incidencia de "enfermedades mentales" se transforme, también, en una elevada prevalencia; sedimentan los casos crónicos, agravados por la iatrogenia de los establecimientos más de reclusión que de tratamiento. Prevalece en ellos una concepción jerárquica; autoritaria y dilemática, no dialéctica de la conducta. El personal termina siendo líder de la resistencia al cambio, condicionando la cronicidad del paciente. Estos agentes correctores, con ideología y personalidad autocrática, establecen con los pacientes relaciones autoritarias; reproduciendo el par dominador dominado e impidiendo la participación activa de los enfermos en el proceso de curación, llegando hasta a negar sus experiencias, su cultura y su identidad (21).

Este enfoque puramente biológico y custodial origina también una visión limitada, que impide ver con claridad cómo los problemas más importantes de la salud mental se vinculan con factores históricos y económico-sociales y cómo, igualmente, las

modalidades de las enfermedades, las formas de tratamiento y el pronóstico están influidos por factores y normas culturales y sociales. Aún en aquellos cuadros más estrictamente biológicos, la influencia de lo social (clase social, desempleo, insalubridad, analfabetismo, etc.) puede ser decisiva para su curso. Por ejemplo, se comprueba con frecuencia la relación directa que existe entre el desempleo y la locura. Los manicomios están llenos de hombres y mujeres que no han podido integrarse, se han “desadaptado” al proceso de producción o son la consecuencia “terminal” del mismo. El ritmo de trabajo, los bajos salarios, las condiciones insalubres en que se desarrolla el proceso productivo determina sintomatología diversa, etiquetada de diversas maneras, sin intentar comprender las causas determinantes de este malestar (22, 23).

Esta evidente crisis institucional —y también teórica— del campo de la salud mental se produce en América Latina, conteniendo en crisis, conmovido por graves problemas sociales y políticos, en búsqueda de soluciones de fondo que implican profundas transformaciones estructurales.

En las sociedades desarrolladas, cuyos valores supremos son la productividad, la eficiencia y la competitividad, hay conciencia creciente entre los especialistas en salud mental, que ni la hospitalización, ni el tratamiento individual pueden ser de mucha ayuda ante la creciente afluencia de pacientes con manifestaciones poco definidas de insatisfacción, miedo, inseguridad, dificultad en las relaciones interpersonales, problemas sexuales, fatiga, desesperanza (24). En los países en vías de desarrollo y en América Latina en particular, las circunstancias son diferentes, aunque en ambos casos la salud se define, institucionalmente, como la capacidad para ayudar a conservar y reproducir la fuerza de trabajo (25). De ahí la necesidad de mantenerla en buenas condiciones de salud e impedir la simulación de enfermedades a menudo última defensa contra la alienación y la fatiga.

Resulta significativo que en los países industrializados del 80 al 90 % de las causas de ausentismo sean de orden psicológico, mientras que en los países en desarrollo la proporción sea justamente la inversa (26). ¿Es que los trabajadores del subdesarrollo no sufren trastornos psicológicos? Por una parte, pareciera que

estos trabajadores no pudieran darse el lujo de presentar dichos desórdenes; es decir, la alienación y las manifestaciones clínicas de las tensiones no serían consideradas enfermedades. Por otra, la existencia de abundante mano de obra disponible facilitaría la marginación de estos pacientes de la producción. Otra hipótesis indicaría que la alienación del proceso productivo por la división del trabajo y la apropiación indebida de los beneficios, se reflejaría más en una variedad de síntomas psicossomáticos, cuyo origen muy a menudo permanece oscuro para el paciente, que en expresiones subjetivas de insatisfacción laboral (23).

El enfoque integral a que se aspira (y que considere estos diversos factores) tomará como eje de análisis las siguientes relaciones:

1. Entre el individuo y el contexto social, relación dialéctica, de influencia recíproca y constante. Las instituciones (familia, escuela, trabajo, salud, justicia, etc.) son el campo privilegiado de análisis de esta contradicción.

2. Entre lo físico y lo psíquico, a través de un enfoque en que ambos niveles se conjugan en un objeto indivisible: el ser humano en situación.

3. Entre asistencia y prevención: momentos complementarios de un proceso de abordaje integral de la comunidad y sus necesidades (28).

Dentro de este enfoque, los criterios de salud y enfermedad dependen del desarrollo dialéctico de la relación conocimiento científico —modo de producción dominante en las diversas culturas. Implica no atenerse a juicios de valor, sino desarrollar una práctica que tenga en cuenta las necesidades del campo, la participación de la población en la organización de una respuesta a la problemática socio-cultural (factor determinante del fenómeno salud-enfermedad mental) y el trabajo grupal e interdisciplinario como la metodología adecuada para plantear nuevos conceptos que den cuenta y enriquezcan esta práctica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - OPS Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington, 1973. Oficial N° 118.

- 2- Cancrini, S., Malpoli, M. *Psiquiatría y relaciones sociales*. Nueva Imagen, México, 1979.
- 3- De la Fuente, R. *Salud Mental* Nº 1, pág. 8. México, 1977.
- 4- Rosen, G. The evolution of Social Medicine. En Freeman H., Levin S., *Reader Handbook of Medical Sociology*, New Jersey, Prentice Hall, 1972.
- 5- Heller, A. *Instinto, agresividad, carácter*. Península. Barcelona, 1980.
- 6- Menéndez, E. *Cura y Control*. Nueva Imagen. México, 1979.
- 7- Menéndez, R. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. En Basaglia, F. y otros, *La Salud de los Trabajadores*. Nueva Imagen. México, 1979.
- 8- Dhrendwend, B. Social Status and Psychological Disorder: an issue of substance and an issue of method. En *Am Soc. Review*, Vol. 31, 1966.
- 9- Faris, R., Dunham, H. *Mental Disorders in Urban Areas. An Ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago, 1939.
- 10- Hollingshead, A. y Redlich, F. *Social Class and Mental Illness*, J. Wiley, N. Y., 1958.
- 11- Gruenberg, E. y Bellin, S. The Impact of Mental disease in society. En Leighton A. Clausen J., Wilson R., *Explorations in Social Psychiatry*, N. Y., 1957.
- 12- Leighton, A., Clausen, J., Wilson, R. *Explorations in social psychiatry*, N. Y., 1957.
- 13- Hare, E., Camp, M. The ecology of mental disease. *J. Mental Sci.*, 1950, 108, 579.
- 14- Dreitzel, H. *The social organization of health*. Mac. Millan. N. Y., 1971.
- 15- Pichon Riviere, E. *Instituciones de salud mental en la Argentina*. En "Los libros 34", Buenos Aires, 1971.
- 16- Castilla del Pino, C. *Introducción a la psiquiatría*. Alianza, Madrid, 1978.
- 17- Lourau, R. *Análisis institucional*. Amorrortu, Buenos Aires, 1974.
- 18- Evrard, P. *Las manos puras*. En Lourau, R. y otros. *Análisis institucionales y socioanálisis*, Nueva Imagen, México, 1973.
- 19- Berlinguer, G. *Psiquiatría y poder*. Granica, Barcelona, 1977.
- 20- Szasz, Th. *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu, Buenos Aires, 1973.
- 21- Ulloa, F. *Salud mental en la Argentina: atención y condiciones de trabajo*. En "Los libros" 34, Buenos Aires, 1971.
- 22- Conti, L. *Medicina y Sociedad*. Fontanella, Barcelona, 1974.
- 23- Berlinguer, P. *Medicina y política*. Cuarto Mundo, Buenos Aires, 1974.
- 24- Katz, A. *The social causes of disease*. En *The Social Organization of Health*, MacMillan, N. Y., 1971.
- 25- Laurell, C. *Proceso de trabajo y Salud*. Cuad. Polit. 17, México, 1978.
- 26- Berman, S. y otros. *Trabajo y Salud Mental*. VII Congr. Agr. Psiq. Santa Fe, 1976.
- 27- Brickman, R. *Mental Health and social change: an ecological perspective*. En *Dreitzel, H., The Social Organization of Health*, MacMillan, N. Y., 1971.
- 28- Weinstein, L. *Salud Mental y Proceso de Cambio*. Ecro, Buenos Aires, 1975.

LA CRISIS DEL MODELO MEDICO EN PSIQUIATRIA *

EMILIANO GALENDE **

I

INTRODUCCION

Las categorías de lo psicológico (no exclusivamente la psicología como disciplina) han invadido la conciencia social de nuestro tiempo. Varias son las circunstancias que concurren a ello: en el campo de la cultura se han abierto profundas grietas en la concepción humanista de la vida y sus procesos; las formas del individualismo burgués han sido puestas en crisis por el desarrollo socio-económico y la llamada revolución científico-técnica; el problema de la subjetividad ha desbordado los marcos de una psicología objetiva que la contuvo hasta la primera mitad de nuestro siglo, invadiendo las preocupaciones teóricas de todas las ciencias; “el malestar en la cultura” es evidente a toda mirada que penetre en la vida social, produciéndose teorías y prácticas espontáneas de todo tipo que tratan de dar cuenta del malestar intentando reordenarlo.

Pero esta invasión de lo psicológico, que ha hecho pensar a algunos en una “psiquiatrización” de la vida social contemporánea, no se hace ya en los cauces que las prácticas profesionales psiquiátricas y psicológicas tienen socialmente establecidos. Psicólogos y Psiquiatras, por lo general grandes humanistas, que eran llamados a dar respuestas teóricas y prácticas a los desvíos de la razón hasta la primera mitad del siglo, han debido enfrentarse a la insuficiencia de sus teorías y al surgimiento de nuevos ámbi-

* Publicado en *Cuadernos Médico Sociales* N° 23, marzo 1963.

** Médico, Psicoanalista (Buenos Aires, Argentina).

tos de prácticas y explicaciones para las visicitudes de la razón y el hecho patológico.

Hay que aceptar que el campo de la cultura en Occidente ha entrado en una crisis cuyos efectos solo han comenzado a ser procesados. Ese universo del iluminismo, donde el desorden y la anormalidad podían ser referidos a un orden biológico-natural, está terminado. La cosificación sustancialista del desorden en las Ciencias Sociales y del hecho patológico en la Psiquiatría, comienza a tener un tratamiento lingüístico. La obsesión anatómico-clínica de los viejos psiquiatras, que buscaban la esencia de la anormalidad en el desorden de los órganos, ha debido dejar el lugar a un pensamiento que centra la cuestión en el desorden de los signos. La referencia ya no es biológico-natural sino semántica. Esta convergencia progresiva, entre lo patológico en el hombre y lo patológico en el lenguaje, está plena de consecuencias que luego analizaremos. El solo hecho que hace diez años Félix Guattari y Giles Deleuze, en su obra "El Antiedipo", hayan podido preguntarse sobre las relaciones entre capitalismo y esquizofrenia, en el ámbito más amplio de las determinaciones entre estructura económica y patología mental, por citar solo un ejemplo, nos muestra que estamos frente a una nueva problemática en este campo, donde la Psicología Objetiva y la Psiquiatría médica han agotado sus posibilidades de respuesta.

La medicina mental, que sustenta las diferentes prácticas terapéuticas, ha entrado en crisis. Me cuento entre los que piensan que no es una crisis de desarrollo sino el anuncio de la disolución de sus pilares fundamentales. Este artículo trata de dar las razones de esta posición, partiendo de la idea de que presenciamos hoy el despuntar de una nueva concepción del padecimiento psíquico y su tratamiento, en la cual las prácticas profesionales médicas deberán sufrir transformaciones muy profundas, a riesgo de quedar marginadas o excluidas. Asistimos al menos a dos series visibles de hechos, que luego analizaremos. Estos son: 1º la llamada enfermedad mental es progresivamente "des-medicalizada" en su concepción social y técnica, y puesta progresivamente en relación con los hechos del lenguaje y la vida social; 2º de un modo llamativo psicólogos y psiquiatras, en proporción no pequeña, elevan su autocrítica hasta denunciar su papel de "ajustado-

res" de los mecanismos sociales, y crean nuevas prácticas terapéuticas cuyos fundamentos no provienen ya de la medicina (Comunidad Terapéutica, Grupos, Psiquiatría Comunitaria, Psicoterapia Institucional, etc.).

Para comprender esta crisis global de la Psiquiatría, que traspasa el nivel de análisis de la coyuntura histórico-social, es necesario remontarse a la constitución misma de ésta como disciplina médica. Haremos entonces una breve referencia histórica.

II

LA PSIQUIATRÍA DE LA RAZÓN ILUMINISTA

En la psiquiatría, como ocurre con otras de las llamadas ciencias sociales, un abordaje epistemológico que intente poner en evidencia la estructura de sus nociones y conceptos, conduce necesariamente a una crítica histórica, en tanto análisis histórico de la producción de esos conceptos y las prácticas a ella ligadas. No es pertinente preguntarse a secas por la estructura de sus categorías o conceptos y la cientificidad de los mismos, porque esta pregunta asienta siempre sobre una doble negación: se niega que sus conceptos están basados en determinadas ideologías del hombre (antropologías implícitas incluidas) y los procesos sociales (sociología de la normalidad), y se niega también la determinación histórico-social que sufren los conceptos con que operan estas disciplinas. Por eso, insistimos, es necesario analizar la sucesión de las coyunturas teóricas y prácticas que constituyen la historia específica de la Psiquiatría, partiendo del principio de que el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas sino de los modos históricos de la producción de esas ideas. El evolucionismo en historia termina siempre ligado al positivismo en las ciencias particulares. Un ejemplo: una historiografía ingenua de la psiquiatría piensa que la enfermedad mental es un hecho natural que afectó desde siempre a los hombres, tratándose solamente de que el progreso de las ideas la descubriera y la conociera, luego los avances de este conocimiento médico-psiquiátrico nos llevarían alguna vez a su comprensión definitiva. Se les escapa así que los modos de comprensión de lo patológico son histó-

ricos, cambiando tanto las formas y los contenidos de la alienación mental, como los modos teóricos y prácticos de dar cuenta de ella. La "comprensión definitiva" de la enfermedad mental es solo un sueño de la razón positivista.

Se asocia el nombre de P. Pinel con una supuesta liberación de los locos. Luego del hermoso trabajo de Michel Foucault (*Historia de la Locura en la Epoca Clásica*) es preciso reubicar a Pinel en el contexto de la Revolución Francesa y la asignación legal al médico del problema de la locura. En las condiciones previas a la Revolución el número de marginados en toda Francia había crecido enormemente y la política de su encierro sistemático era la norma. En pocos años la guerra con Inglaterra, la ruina del aparato productivo francés por la competencia de las manufacturas inglesas, que generó miles de desocupados, y la desaparición de las tierras comunales que llevó a los grandes propietarios a expulsar a considerables masas de campesinos hacia las ciudades, genera muchedumbres hambrientas con las que se mezclan marginados de todo tipo: locos, prostitutas, desocupados, mendigos, etc. Paralelamente el ascenso de la burguesía incrementa el reclamo por los derechos ciudadanos. Instalada la Revolución en el poder la cuestión de los marginados se plantea como una contradicción entre la libertad del individuo y la seguridad de la sociedad, como razón que debe excluir a quienes puedan amenazarla. Pinel, médico humanista y destacado revolucionario, es nombrado en Bicêtre en 1793, no para liberar a los locos, sino para separar en la gran masa de los internados a aquellos que estaban locos de los demás: miembros del anterior régimen que se habían hecho pasar por locos para ponerse a salvo de la represión, viejos revolucionarios a quienes la policía había encerrado en los hospicios, delincuentes sin proceso, pobres, etc. La tarea de Pinel —en quien se confía no porque sepa algo sobre la locura sino por su prestigio revolucionario— es de Moral política: debe discernir entre los "simuladores" y los locos "de verdad", hacer justicia con los ciudadanos encerrados, mantener encerrados a los locos en condiciones más humanas. Pero con Pinel entra el médico en el Asilo, y se da un paso fundamental en la asignación a la medicina del problema de la locura. Por eso es correcta la asociación de la Revolución Francesa con el nombre de Pinel, pero no en el sen-

tido de una liberación sino en el de un cambio de estatuto para el loco: se funda la psiquiatría como disciplina médica y el loco pasa a ser enfermo. Foucault dice de este hecho: "Si el personaje del médico puede aislar la locura no es porque la conozca sino porque la domina", y agrega "el médico ha sido en el Asilo desde un principio Padre y Juez, Familia y Ley, e interpreta los viejos ritos de Orden, Autoridad y Castigo". El tratamiento moral que funda Pinel consiste en las grandes figuras de la moral burguesa de la época: preservación de las relaciones padres-hijos, relación de responsabilidad entre falta-castigo, identidad entre la razón y el orden frente a la sinrazón y el desorden de la locura.

La medicina mental, tal como se difunde en Occidente, no fue el efecto de un conocimiento médico sobre la alienación, fue por el contrario efecto de decisiones políticas del Estado que tuvieron su expresión más elocuente en los Decretos de 1790 y 1791, hasta el nombramiento de Pinel dos años más tarde (1). El hecho de que el tratamiento médico del loco se haya realizado en situación de encierro asoció inicialmente la psiquiatría con el manicomio. Esta relación no es contingente sino esencial y se ha mantenido hasta bien entrado nuestro siglo. El Asilo fue la matriz de toda relación terapéutica ya que permitía en su organización interna sostener un saber que se ejerce como poder sobre el comportamiento de sujetos en condiciones especiales: encierro forzoso, celdas acolchadas, privación de sus ropas y objetos personales, métodos violentos de contención como el uso del chaleco de fuerza, la red, ligaduras a la cama, abscesos provocados con trementina para impedir los desplazamientos, etc. Esta asociación de la institución manicomial, el saber psiquiátrico y el poder sobre el otro, es esencial a la relación de asistencia en la medicina mental y perdura en los asilos actuales. Igualmente el hecho de que el psiquiatra esté imbuido del poder legal de decidir sobre el encierro de otro individuo a través del llamado "Certificado de Alienación". El manicomio, la práctica alienista, es una figura límite que tiende a concentrar en la actualidad toda la crítica sobre sí, en tanto constituye el paradigma de "lo psiquiátrico", lo esencial de una relación de asistencia que pone la razón y el poder del lado del psiquiatra. Es por ello que todas las nuevas prácticas terapéuticas, surgidas de la crítica de postguerra, ponen en cuestión

el poder del médico y la institución tratando de que el paciente mismo, la familia y la comunidad, asuman su propia responsabilidad frente a la emergencia de la locura.

El reordenamiento jurídico del campo de la locura que se operó a partir de la Revolución Francesa, creó las bases de una relación entre la psiquiatría y el aparato jurídico-penal cuyos elementos esenciales aún se mantienen. El médico fue imbuido de una violencia legal que ejerce bajo una cobertura médico-científica. Violencia en el plano de los cuerpos: el maltrato al alienado se justifica bajo la idea de "tratamiento" (2). Violencia en el plano jurídico: el alienado, mediante certificado médico, pierde gran parte de sus derechos cívicos y legales mientras otro certificado no lo devuelva al mundo de los normales. Violencia en el plano social: la sociedad asienta sobre el orden de la razón y el derecho; quienes se salgan de sus límites voluntariamente caerán en el ámbito de la ley jurídica; quienes lo hagan involuntariamente caerán en la institución psiquiátrica. De hecho ambas categorías se aproximan y el criminal se acerca a la locura tanto como el loco al crimen o al delito.

Es significativo que todo el reordenamiento del campo de la locura, cuyas bases son políticas y sociales, se haya hecho en nombre de la ciencia y sus progresos. En el siglo XIX el ascenso de una nueva razón humana iluminó Europa. La Ciencia era el nuevo lugar de la Verdad y dejó afuera, en las tinieblas de lo irracional o lo atrasado, todo lo que de la vida social e individual allí no entró. La locura no fue más posesión demoníaca, rareza o genialidad como era en el renacimiento, devino "enfermedad" para la razón iluminista. La misma razón que, identificándose con Europa la civilización y el progreso, situó a otros pueblos y otras culturas como "primitivas", sumergidas en las oscuridades del atraso y el misticismo. Y así como esta "razón civilizadora", en nombre del progreso, sometió al dominio y la explotación colonial a los "atrasados" pueblos de Asia, Africa y América, la razón encarnada en la nueva disciplina psiquiátrica, excluye, encierra y custodia a los enfermos en nombre de la ciencia y su verdad. No digo con esto que el loco sea un explotado, sino que intento mostrar cómo procesos en sí diferentes, obedecen a un mismo principio

de dominación. Para la razón iluminista la ciencia ha de conquistar lo humano, no hay más verdad que la que ella puede develar. La medicina mental del siglo XIX, imbuida de un espíritu científico, se niega a aceptar su desconocimiento radical de la locura y queda ella misma encerrada en la función de excluir al loco de la vida social. Algún historiador de la locura dirá que hubo progresos en el trato a los enfermos, que al menos ya no se los quemaba en hogueras públicas (cosa que por otra parte sucedió pocas veces). ¿Pero cómo ignorar lo infrahumano de las nuevas condiciones de internación en los hospicios?

III

EL MODELO ANATOMOCLINICO Y LA PSIQUIATRIA POSITIVISTA

Sobre la segunda mitad del siglo XIX los avances de la medicina general impulsan un nuevo ordenamiento de la locura en el plano del conocimiento, que llevan a la psiquiatría a la adopción del modelo anatomoclínico. Muy sucintamente las bases de este ordenamiento son: 1º la locura puede ser observada y descripta en condiciones similares a los otros objetos de las ciencias; 2º ubicada la locura en el lugar de objeto se abre la posibilidad de un conocimiento racional de la misma; 3º puesta la locura como objeto de un conocimiento positivo están dadas las bases para un conocimiento objetivo del hombre. Se dan así las condiciones para el surgimiento de una "psicología objetiva" y una "psiquiatría" científica. M. Foucault señala sobre esto: "El estatuto de objeto será impuesto a todo individuo reconocido alienado, la alienación será puesta como verdad secreta en el corazón de todo conocimiento objetivo del hombre...", "la locura es la forma más pura, la forma principal y primera del movimiento por el que la verdad del hombre pasa al lado del objeto y se vuelve accesible a una percepción científica. El hombre solo se vuelve naturaleza para sí mismo en la medida que es capaz de locura. Esta, como paso espontáneo a la objetividad, es momento constitutivo en el devenir objeto del hombre" (Historia de la Locura en la Epoca Clásica).

Los psiquiatras se lanzan, siempre en las condiciones del encierro manicomial, a clasificar y ordenar lo patológico. Se “descubren” nuevas entidades y las Nosografías pasan a ser consideradas las teorías de cada escuela. Pero mientras este desarrollo se muestra productivo en la medicina general dominada por el conocimiento fisiopatológico, solo deviene una suerte de botánica en la psiquiatría, ya que, salvo la Parálisis General Progresiva (P. G. P.), no fue posible establecer mecanismos específicos en las otras entidades. El modelo anatomoclínico, base de una comprensión organicista de la locura, comenzó y terminó con la P. G. P. La esterilidad de los laboratorios que se mostraron en el último cuarto del siglo pasado, y de los que se esperaba que sus modelos experimentales pusieran al descubierto la fisiopatología de las enfermedades mentales, desbarató las ilusiones organicistas. Pero esto no produjo el abandono del modelo anatomoclínico, que aún sigue siendo para algunos el modelo de una medicina mental. Los frecuentes debates sobre diagnósticos, de importancia decisiva en la medicina general, se limitan en psiquiatría a una tarea nosográfica sin implicancias para el conocimiento etiopatogénico ni para las prácticas terapéuticas, ya que éstas no difieren grandemente en función de su especificidad nosológica. A Pinel, que tenía una concepción moral de la locura, no le eran necesarias grandes clasificaciones, además de que su tratamiento era unitario. Algo similar ocurre con la moderna psicofarmacología, que aunque con gran difusión de marcas comerciales, se trata de relativamente pocas drogas para pocas variaciones terapéuticas, haciendo de las nosografías un ejercicio especulativo. En el espíritu de muchos psiquiatras persiste la confusión por la cual consideran a la nosografía como un conocimiento en sí, convirtiéndola en una teoría. Naturalmente al haber tomado el modelo de la medicina biológica como referencia para la psiquiatría se incorporó también su modelo de causalidad, sumergiendo a los psiquiatras en inacabables debates sobre organogénesis versus psicogénesis, enfermedades de origen endógeno versus exogeneidad, innato versus adquirido, etc.

IV

LA PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA

En esta síntesis, cuyo objetivo es mostrar la crisis global del modelo médico en psiquiatría, debemos decir algunas palabras sobre la importancia de los aportes fenomenológicos al campo psiquiátrico.

K. Jaspers, filósofo ubicado en la corriente existencialista, publica en Heidelberg en 1913 su "Psicopatología General". Debieron pasar sin embargo varios años para que la influencia de esta obra se notara como un cambio radical de la concepción médico-psiquiátrica. Creo por mi parte que, aunque adelantada en el tiempo, la obra de Jaspers pertenece a los comienzos de una nueva concepción de la locura que solo va a tomar su fuerza en la crisis posterior a la Segunda Guerra. Dicho brevemente, esta obra supone: 1º una referencia explícita a una antropología existencial que se propone la superación del planteo positivista de la medicina mental; 2º esto necesariamente lleva a un trastocamiento de las categorías médicas, que se expresa en una fenomenología minuciosa del síntoma en la búsqueda de relaciones de sentido; 3º el hecho patológico es instalado en un plano discursivo, ya que la estructura mórbida es solo accesible en el relato del paciente; 4º hay una puesta en relación de lo patológico vivencial con la biografía del sujeto, definiendo entonces nuevas categorías: relaciones de comprensión y explicación, diferenciación entre desarrollos y procesos patológicos. No es en absoluto casual que Jaspers haya tomado estas categorías de quien las fundó en relación a la Historia.

La obra de Jaspers, y esta es una de las muchas críticas que nos merece, no se propone el develamiento del sentido de las prácticas psiquiátricas, y mucho menos de sus instituciones, sino más bien trata de proveer a la psicopatología de una fundamentación teórica. Este pensamiento es absorbido por la medicina mental, pero necesariamente va a instalar el conflicto en su seno. El desarrollo de las psicoterapias es dependiente de la fenomenología y del psicoanálisis, y aunque adoptado por los psiquiatras como

el tratamiento moderno de la enfermedad mental, aleja progresivamente a sus practicantse de las categorías médicas que han sustentado la intervención psiquiátrica.

En cuanto al Psicoanálisis, al que explícitamente dejamos de lado en este esbozo, tiene influencias decisivas en el campo psiquiátrico, sobre todo en los últimos años, pero su surgimiento, sus fundamentaciones y su práctica son ajenos tanto al campo médico como al psiquiátrico. El Psicoanálisis no es una psiquiatría moderna, ni tampoco puede operar de reemplazo en el ocaso de la medicina mental. Por el contrario ha definido con precisión un sujeto del inconciente y un dispositivo, el análisis, ajeno a toda misión adaptadora.

V

LA POSGUERRA Y LA REVOLUCION PSIQUIATRICA

Así como el reordenamiento que opera la Revolución Francesa en el campo de la locura, asociado al nombre de Pinel, está atravesado por la cuestión de la moral y la verdad, luego de la Segunda Guerra Mundial un nuevo ordenamiento se produce en este ámbito, cuyo centro es ahora el poder. Es éste el que en el curso de la guerra ha provocado el espanto y la sorpresa: el poder del nazismo, los campos de concentración, la tortura, el poder atómico, etc. Una nueva conciencia del poder invade el campo de la cultura y se expresa en la literaria, en la educación, en el arte, en la política y también en la psiquiatría. (Lo que, digamos de paso, muestra que la psiquiatría fue siempre más sensible a los cambios sociales que a los desarrollos de la ciencia.) En ésta la conciencia del poder es conciencia de un problema que irrumpe en la subjetividad de los psiquiatras y los problemas en su función social. ¿Cómo no vincular los campos de concentración, el exterminio nazi de los enfermos mentales, con las condiciones de encierro en los manicomios? ¿Cómo sostener la irracionalidad del loco frente a la locura masiva de la guerra? ¿Cómo no asociar el poder de la represión y la tortura sobre los enemigos políticos con el dispositivo de contención de las instituciones manicomiales?

Podría culparse a Hitler de locura, pero W. Reich advierte: no es efecto de un líder fanático enloquecido, un pueblo entero se ha lanzado en esta aventura de destrucción y muerte.

Tres hechos claves se producen luego del año 45 que van a abrir el camino de la reforma: 1º la guerra ha dejado como secuela un aumento masivo de sujetos neuróticos y psicóticos que necesitan asistencia, a la vez que se han destruido y perdido muchos de los recursos psiquiátricos con que se contaba antes de la guerra. Esto hace necesario en Europa una reacomodación de los sistemas sanitarios que hace posible la introducción de reformas; 2º el horror de la guerra trae aparejado un cuestionamiento profundo sobre lo humano y la cordura, las fronteras entre la razón y la locura son puestas en crisis; correlativamente un gran número de intelectuales, entre ellos muchos psiquiatras, se vuelcan hacia el psicoanálisis; 3º en toda Europa hay un ascenso de los movimientos populares que lleva a la instalación de gobiernos democráticos con posiciones humanistas, más sensibles a los derechos del hombre y a la reforma en Salud Pública.

En este contexto surge a muchos psiquiatras la relación íntima del dispositivo manicomial con los estados paternalistas "dispensadores de bienes y verdades". ¿Acaso no se revela la psiquiatría como un idealismo vanidoso que no sólo niega lo que no sabe sino que pretende construir lo real mismo al sustancializar la enfermedad? Se plantea así una doble tarea: 1º) *teórica*, cuál es la relación de las prácticas psiquiátricas y sus instituciones asistenciales con las teorías psicopatológicas?; 2º) *histórica*, ¿cómo se ha producido y mantenido el dispositivo psiquiátrico manicomial y cuál es su funcionalidad con la estructura social? En cierto sentido se trata de hacer retornar a la locura al seno de lo humano, del cual la razón positivista la había excluido. Digo en cierto sentido porque si bien los comienzos de esta revolución psiquiátrica se hacen en nombre de un nuevo humanismo, su desarrollo posterior la hacen divergente de las posiciones de éste.

Con diferentes matices este proceso tiene sus expresiones concretas en distintos países. En Inglaterra un grupo de psiquiatras que trabajó durante la guerra en el enfrentamiento de Comandos, desarrollando técnicas grupales con influencia psicoanalítica, finalizada ésta aplican este tipo de técnicas al tratamiento de

enfermos internados en instituciones psiquiátricas. Entre ellos están W. Bion, Foulques, Maxwell Jones. En la misma época, Rapport, un sociólogo que había desarrollado un modelo de socioterapia, se vincula con el Hospital Henderson y se funda allí la primera Comunidad Terapéutica. Esta recoge la tradición de los Tuke (3) pero su referencia no es ahora religioso sino un modelo político democrático. Se puede resumir la propuesta Rapoport en cuatro principios: 1º democratización de las relaciones entre el enfermo y sus cuidadores; 2º clima de permisibilidad, aboliendo el poder del médico y todos los métodos represivos; 3º establecer una comunidad de intenciones (transversalidad) entre pacientes y curadores; y 4º confrontación de la comunidad de pacientes con la realidad política y social, es decir, integración permanente del afuera de la institución.

Fue en este ambiente en una psiquiatría que giraba hacia modelos grupales y de solidaridad comunitaria, donde se formaron Laing y Cooper y donde se gestó la anti-psiquiatría inglesa en la década del sesenta. Pero este movimiento fue a la vez posible por los cambios políticos en la Inglaterra de postguerra. El ascenso de los laboristas al poder (que dictó las conocidas leyes del Sistema Previsional Inglés y de creación del Seguro Nacional de Salud), posibilitó la creación en 1946 del "Sistema Nacional de Salud Mental", que sanciona legalmente la reforma de las instituciones psiquiátricas. Diez años después, en 1956, el Sistema inglés sirvió de modelo para la creación en Argentina del Instituto Nacional de Salud Mental, aunque se tomaron más los aspectos formales y burocráticos que la intencionalidad reformadora del Sistema.

La reforma inglesa hizo impacto en EE.UU. En los años cincuenta hay en ese país un auge de las socioterapias y comienzan a multiplicarse las "Comunidades terapéuticas". Recordemos la preocupación de los sociólogos americanos e ingleses por los pequeños grupos luego de la guerra, que llevó a una suerte de disciplina nueva, la microsociología. Uno de estos sociólogos, I. Goffman, se internó como paciente en un hospital psiquiátrico a fin de estudiar allí el funcionamiento de estas instituciones. La publicación del libro en que elabora sus conclusiones de esta experiencia ("Internados") impacta fuertemente la conciencia de los

medios ligados a la psiquiatría. Goffman demuestra allí no solo las condiciones carcelarias del internamiento, sino que la institución psiquiátrica misma tiene cualidades patógenas, es decir, crea su propia patología. De Charcot a Goffman la psiquiatría muestra su capacidad de producir su objeto. Todo este movimiento, que transita más por los carriles de las disciplinas sociológicas, aísla y pone en crisis la concepción médica de la enfermedad mental. Se crean en pocos años en varios Estados los llamados "Centros Comunitarios de Salud Mental", cuyo objetivo es trasladar a la población misma las responsabilidades del tratamiento. El Gobierno de Kennedy facilitó este desarrollo y en 1963 se sanciona una ley (conocida como Ley Kennedy) que crea un Centro Federal de Salud Mental y establece un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria. Este programa es esencialmente pragmático, combinación de la concepción del sector francés y la Socioterapia inglesa, pero hace entrar al sistema a otros profesionales no médicos (sociólogos, antropólogos, asistentes sociales, psicólogos, etc., según el modelo interdisciplinario de esa época), los que asumen responsabilidades en el tratamiento de pacientes. El poder médico sobre la locura retrocede, pierde paulatinamente su hegemonía, y son otros discursos teóricos los encargados de volver a situar al loco en el universo de la cultura y la vida social.

En 1963, y como resultado de este movimiento, la Organización Mundial de la Salud, a través de su Comité de Expertos en Salud Mental, aprueba la recomendación de sus países miembros de considerar modelo prioritario de asistencia psiquiátrica a la Comunidad Terapéutica. Y, aunque muchos psiquiatras asimilan estos modelos terapéuticos, esencialmente sociopolíticos, manteniendo sus teorías médicas de la locura, el conflicto se instala necesariamente poniendo cada vez más distancia entre lo que dicen pensar de la enfermedad y lo que realmente ejercitan como práctica.

En Francia, donde la politización de los psiquiatras es un dato conocido, las socioterapias no penetraron con facilidad. Se siguió más bien un modelo fenomenológico o psicoanalítico en lo teórico y médico sanitario en lo institucional asistencial. Creo que se debe contar con el tradicional respeto de los franceses a

sus grandes instituciones y su culto al "maitre" (maestro, patrón) como elementos que han marcado su proceso de reformas. Dos médicos españoles republicanos exiliados en Francia luego de la guerra civil española, se emplean en el Hospital Psiquiátrico de Sant-Alban en 1940, vinculados al grupo que en 1942 publica la revista "La Raison". Tosquelles y Torrubia, que así se llaman, se proponen democratizar la estructura del hospital, creando lo que llamaron un modelo de "psicoterapia institucional". Cuando en 1946 el Frente Patriótico lanza la reforma sanitaria y la sectorización el grupo de La Raison, junto con psiquiatras notables como H. Ey, Daumezon, Sivadon, Bonnaffé, establece un modelo sanitario psiquiátrico, el Sector, que si bien no modifica la estructura asilar existente ni cuestiona el poder médico sobre la enfermedad mental, abre sus estructuras a la comunidad e integra a profesionales no médicos, en un proyecto inicial de hacer de la psiquiatría manicomial una medicina mental social. Paralelamente el modelo de la "psicoterapia institucional" se desarrolla y se instituye como una alternativa psicoanalítica a la institución psiquiátrica.

En la misma época en Italia la reforma sanitaria, impulsada por el Frente Democrático en el poder, no altera inicialmente la estructura psiquiátrica asilar. Es recién en el año 1960 donde un conflicto planteado en el Hospital de Gorizia, que dirigía entonces F. Basaglia, lleva a un debate en toda Italia sobre la cuestión de los hospitales psiquiátricos. Los partidos de izquierda se pronuncian en favor de Basaglia y apoyan su denuncia del modelo manicomial. La publicación de su libro ("La Institución Negada") puede situarse como el comienzo del movimiento antipsiquiátrico y antiinstitucional italiano. Este movimiento no plantea una reforma de las estructuras teóricas prácticas o institucionales de la psiquiatría, es más, no es un movimiento que se despliega en el interior de lo psiquiátrico, se propone más bien la destrucción del poder médico sobre la locura y sus instituciones de entrenamiento. Basaglia, muerto prematuramente hace pocos años, ha dejado sancionada en Italia una ley sobre la psiquiatría que cuestiona en el plano jurídico la estructura en que se basó lo que el denominó "la medicina mental".

Sería motivo de un artículo especial analizar los modos par-

ticulares en que todo este movimiento se reflejó en nuestro país, lo digo una vez más; como espero haber mostrado en el desarrollo de este artículo, las transformaciones en el campo psiquiátrico son correlativas de las transformaciones sociales y políticas. No ha habido experiencia de desarrollo de modelos más abiertos y no represivos de asistencia mental que no sean acompañados de transformaciones democráticas de la sociedad.

VI

CONCLUSIONES

Lo que hemos denominado modelo médico en psiquiatría tiene su origen y sanción jurídica a partir de la Revolución Francesa. Sus características son: en el plano teórico la ubicación de lo patológico en un apartamiento de la razón, un desorden, que puede ser objetivado como un dato natural y por lo tanto pasible de un conocimiento positivo; en el plano de las prácticas terapéuticas se recubre de aspecto médico una intervención dirigida a segregar e internar a aquellos que no aceptan las reglas del conjunto, en el plano institucional se crea un sistema asistencial basado en el internamiento y puesto al servicio de la custodia del excluido. Esto llevó a Basaglia a definir la medicina mental como "cobertura ideológica de una ignorancia técnico-científica.

En verdad la crisis en la psiquiatría médica tiene puntos de contacto con la situación actual de la medicina. La incorporación masiva en el viejo "arte de curar" de conocimientos de otras ciencias (biología, física, física atómica, etc.) ha transformado la imagen del viejo médico humanista de comienzos del siglo, instalando una crisis en los modos de atención médica cuyos resultados recién empiezan a vislumbrarse. El enorme desarrollo técnico-científico ha conducido a una "des-semiotización" progresiva de la relación médico-enfermo, llevando a límites insospechados la objetivación.

Igualmente, aunque en sentido inverso, la medicina mental se ha visto sacudida por la inclusión de modos de pensamiento y

prácticas terapéuticas provenientes de la sociopolítica, la dinámica de grupos, la psicología (ya no objetiva), la antropología, el psicoanálisis, la lingüística, etc., que la alejan de la práctica médica e implican una "semiotización" progresiva del hecho patológico.

En el seno de las grietas que producen estas crisis surgen nuevas disciplinas que la expresan: si al conocimiento, cada vez más preciso por la medicina de las estructuras biológicas enfermas, algo de la dimensión humana se le escapa en el sujeto que padece, una medicina "psicosomática" vendrá a restablecer en el médico el dominio global sobre el sufrimiento y la enfermedad del hombre. Algunos creen que si toda la medicina fuese psicosomática habríamos alejado de nosotros, médicos, la preocupación por un mundo que divide al hombre en objetos de conocimiento y prácticas diferentes. Si al mismo tiempo el discurso médico no puede dejar de notar su carencia para abarcar lo humano, se trata de llenar esta carencia con el conocimiento psicológico: la formación psicológica del médico, la "psicología médica", crea la ilusión de restablecer en el conocimiento el ideal humanista de la unidad del hombre. La medicina biológica y la psiquiatría médica resisten la pérdida de estos ideales humanistas, pero con un elemento diferencial clave: mientras a la medicina biológica estos ideales le permitieron una lucha eficaz contra el sufrimiento humano, en la psiquiatría solo sirvieron de coartada para el ocultamiento de un poder de exclusión y encierro.

Todo este campo es hoy heterogéneo, aunque no caótico, y es necesario aceptar la confluencia de distintos modelos teóricos y prácticos sin apresurarse en el sentido de una síntesis o la elección dogmática de un modelo, que sólo pueden llevar, en las actuales condiciones, a un nuevo riesgo oscurantista. Es posible percibir una tendencia promisoria: la medicina habrá de devenir social, ya que en tanto discurso sobre la vida y la muerte de los hombres habrá de incluir a éstos en la lucha contra aquello que afecta a la vida y sus condiciones; la psiquiatría por su parte, en tanto discurso sobre las vicisitudes de la razón humana, tiende a volver al seno de la sociedad y la cultura y su desmedicalización es inevitable ya que su referencia vuelve a ser el lenguaje.

REFERENCIAS

- 1 - Entre los varios Decretos de esos años, uno establece el uso del "chaleco de fuerza" para asegurar que el loco no pueda atacar a los demás. Este fue un invento legislativo, no médico. Lo mismo otro Decreto declaró que se llamara Asilo a los lugares de internamiento, para evitar el desprestigio que el Hospital General tenía como lugar de represión y encierro.
- 2 - Es obvio que el chaleco de fuerza, los abcesos de fijación, las celdas, etc., no constituyen un tratamiento "médico". Pero la Psiquiatría "descubrió" que otros métodos de violencia sobre el cuerpo producían efectos benéficos sobre el comportamiento del alienado: schok hipoglucémico provocado, schok cardiazolico, schok eléctrico, etc. No negamos los efectos de estos métodos agresivos sobre el sujeto enfermo, nos llama sí la atención que la psiquiatría no haya reflexionado sobre el sentido de estos efectos.
- 3 - Sobre finales del Siglo XVIII una comunidad de quáqueros, los Tuke, fundó en Inglaterra una comunidad para enfermos mentales que se llamó El Retiro. Su concepción de la locura era religiosa, o más bien, como efecto de la pérdida de lo religioso. Pensaban que la locura era violencia contra la tradición, la familia, la autoridad, y por lo tanto imponían un tratamiento pedagógico, a través del trabajo y la educación. El tratamiento se realizaba esencialmente a través de los efectos de lo religioso-comunitario y no hubo allí intervención médica.

GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA

- 1 - Abadie, Juan Pablo, "Salud mental, atención primaria y un proyecto para la salud". (En: *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, nº 33, 1985, p. 65-71).
- 2 - Climent, C. E., "La salud mental en la atención primaria de la salud". (En: *Crónica de la OMS*, v. 34, nº 6, 1980, p. 249-255).
- 3 - "Formación de grupos de apoyo en los programas de salud mental de las zonas rurales". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 95, nº 2, p. 182-185, 1983).
- 4 - Ierodiakonou, C. S.: "Salud mental y atención primaria en Grecia". (En: *Foro Mundial de la Salud*, v. 5, nº 2, 1984, p. 138-140).
- 5 - Sartorius, N., "Mental health in the early 1980s: some perspectives". (En: *Bulletin WHO*, v. 61, nº 1, 1983, p. 1-6).
- 6 - Seva Díaz, A., "La salud mental en la encrucijada del cambio de siglo". (En: *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1982, v. 56, nº 9-10, p. 883-905).
- 7 - Shulamit, Ramón, "Psiquiatría democrática: Análisis de un servicio de salud mental en una comunidad italiana". (En: *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, 1984, nº 27, p. 47-58).
- 8 - Organización Panamericana de la Salud. *Dimensiones sociales de la salud mental*. Washington, 1983. (Publicación científica, 446).
- 9 - Milesi, Marta, *Atención primaria en salud mental*. Monografía del Curso Regional de Administración Sanitaria, Río Negro-Neuquén, 1985.
- 10 - Organización Panamericana de la Salud. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Washington, 1983. (Serie Paltex para técnicos médicos y auxiliares).
- 11 - Alarcón, Renato, "Hacia una identidad de la psiquiatría lati-

- noamericana". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 81, nº 2, p. 109-121, 1976).
- 12 - Allodi, Federico A., "La evolución del hospital psiquiátrico en Estados Unidos y Canadá". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 81, nº 2, p. 139-148, 1976).
- 13 - Cabildo, Héctor M., "Servicios de salud mental en centros de salud". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 74, nº 2, p. 146-151, 1973).
- 14 - Calderón, Guillermo, "El Centro Piloto de Salud Mental Comunitaria San Rafael, en México D.F.". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 78, nº 2, p. 155-160, 1975).
- 15 - Calderón Narváez, Guillermo, "Programa de salud mental comunitaria en México". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 75, nº 5, p. 430-438, 1973).
- 16 - Caraveo, Jorge, "Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental". (En: *Salud Pública de México*, v. 28, nº 5, p. 504-511, 1986).
- 17 - Collis, Robert, "La psiquiatría de la comunidad y la Organización Panamericana de la Salud: la experiencia de Jamaica". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 82, nº 2, p. 149-157, 1976).
- 18 - Durán, Lilia, "Pronóstico de necesidades de recursos humanos en el campo de la salud mental en México". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 96, nº 5, p. 387-396, 1984).
- 19 - Feldman, Saúl, "Administración en salud mental: enfoques, problemas y perspectivas". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 82, nº 1, p. 23-34, 1977).
- 20 - García Buñuel, Leonardo, "El hospital psiquiátrico como centro de salud mental". (En: *Revista Salvadoreña de Hospitales*, 1976, v. 7, nº 3, p. 143-154).
- 21 - González Uzcatogui, René, "Salud mental en América Latina: problemas y perspectivas". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 81, nº 2, p. 93-108, 1976).
- 22 - Hudgens, Richard W., "Servicios de salud mental de un país en vías de desarrollo; progresos realizados y obstáculos surgidos en los programas psiquiátricos públicos de Honduras".

- (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 71, nº 3, p. 222-230, 1971).
- León, Carlos A., "Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica". (En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 81, nº 2, p. 122-138, 1976).
 - Rodero Vicente, B., "Psiquiatría comunitaria: reforma psiquiátrica". (En: *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1982, v. 56, nº 9-10).
 - Santhiá, M. A., "Estudio exploratorio sobre aspectos de salud mental en asentamientos irregulares de la ciudad de Rosario". (En: *Medicina y Sociedad*, 1984, v. 7, nº 3, p. 58-63).
 - Menéndez, Eduardo, *Cura y control. Apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Edit. Nueva Imagen, Colección Salud e Ideología.
 - Cancrini, Luigi, y otros, *Psiquiatría y relaciones sociales*, Edit. Nueva Imagen, Colección Salud e Ideología.
 - Domínguez, Ferro, Simonetti y col., "Salud mental y crisis", *Salud y Sociedad*, nº 8.
 - Galli, Vicente, "Terror, silencio y enajenación", *Salud y Sociedad*, nº 7 y 8.
 - Seia, Héctor, "Salud mental y trabajo", *Salud y Sociedad*, nº 9 y 10, 11 y 12-13.
 - Stolkiner, Alicia, "Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas", *Salud y Sociedad*, nº 14-15.
 - Piterbag y col., *Impacto emocional de los accidentes ferroviarios en el conductor de trenes*, Mimeo, Bs. As., 1987.
 - Goldenberg, Mauricio, *Salud Mental en actividades y técnicas de salud pública*, Abraam Sonis, tomo I, Edit. El Ateneo.
 - Bringiotti, María, y col., *A.P.S. en Salud Mental*, trabajo desarrollado en Neuquén, publicación de la Secretaría de Ciencia y Técnica, agosto de 1986.

**ANALISIS DE LA SITUACION SANITARIA ARGENTINA.
EVOLUCION HISTORICA**

(Mesa redonda)

COORDINADOR:

Dr. Carlos Freire

Médico Cirujano del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

PANELISTAS:

Dra. Mabel Bianco

Presidente de la Comisión de Salud del Comité Capital de la Unión Cívica Radical (ausente).

Dr. Floreal Ferrara

Ex-Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires.

Dr. Oscar Alende

Ex-Gobernador de la Provincia de Buenos Aires.

Dr. Pablo Bonazola

Ex-Secretario de Recursos del Ministerio de Salud Pública y Acción Social de la Nación.

Dr. Anatole Amenta

Investigador de Salud.

Organizadores. — Creemos que no es descubrimiento para nadie, que esto es una especie de multipartidaria de salud; se invitaron a distintas corrientes de los distintos partidos políticos y lamentablemente no pudimos conseguir que el gobierno pusiera sus hombres en esta mesa. Nos vemos en la obligación de aclararlo, porque hemos demostrado amplitud de criterios, el ejemplo de esto es la mesa de ayer donde había distintas corrientes de pensamiento en salud mental; no queremos que piensen que no se ha querido invitar al oficialismo, esto se había hablado con



Análisis de la situación sanitaria argentina. Evolución histórica. — (De izquierda a derecha:) Dr. Pablo Bonazola, Dr. Floreal Ferrara, Dr. Carlos Freire, Dr. Oscar Alende, Dr. Anatole Amenta.

altas fuentes del gobierno, que habían comprometido su participación. La Dra. Bianco tuvo que viajar a los EE. UU. y quedó en mandar a alguien. Lamentamos esto y nos sentimos en la obligación de aclararlo.

Dr. Amenta. — Mi intención es generar la polémica, partiendo del informe de 1957, de la Oficina Sanitaria Panamericana. Mucho es lo que se ha avanzado en lo que respecta a las condiciones de salud de nuestro pueblo; es de preguntarse si el proceso fue debido en mayor o menor medida al desarrollo de la sociedad argentina, que a las políticas de salud implementadas; habrá defensores de una u otra tesis. Creo necesario analizar algunos conceptos teóricos y hechos concretos que han regido la política de salud en este período: las camas públicas descendieron de 107.499 (75 % del total) a 96.156 (64 % del total) en 1980; en to-

tal se cerraron aproximadamente unas 11.343 camas del sector público, que equivale a 45 hospitales de 250 camas.

Primera tesis: El descenso de la capacidad instalada estatal, fue aplicado por los que estuvieron en el poder con la finalidad de posibilitar su desarrollo para una medicina de nuevo tipo, adecuada a las reales necesidades de la salud, facilitando en el otro polo el desarrollo de una medicina mercantilizada. En la ciudad de Buenos Aires, el cercenamiento de servicios municipales, pasa de 13.200 a 11.800 camas durante el período de 1966-1973, equivalente a 5,6 hospitales de 250 camas, y de 11.800 a 6.000 en el período 1976-1983 lo que equivale a 23 hospitales de 250 camas; así, en la Municipalidad se suprimieron durante los gobiernos de facto 7.200 camas de agudos; a esto acompañó la liquidación de la Escuela de Medicina. A partir de 1970 surge legalizado el sistema de obras sociales, la más importante fuente de financiamiento para la atención médica de la población trabajadora, independientemente del sistema de atención pública.

Segunda tesis: Las leyes de obras sociales aseguraron con la derivación de los fondos, la medicina privada, la penetración capitalista a los servicios de atención médica; por un lado se pone un impuesto al salario y por otro se acelera la explotación privada de mano de obra calificada. Aunque se quiera ocultar la imposición al salario bajo el término de salario diferido, no puede ocultarse que los asalariados son quienes mediante tributaciones directas o indirectas contribuyen solo a financiar este drenaje; si bien este sistema contribuyó al acceso de grandes masas a servicios asistenciales, estos servicios son cada vez de peor calidad y humanidad de las acciones. Por otro lado, el auge de la medicina empresarial genera la explotación del trabajo profesional, aprovecha la existencia de mano de obra calificada y desocupada, y aleja a los profesionales del producto de su trabajo, el cual es la salud del paciente; el sistema aumentó la fuente de trabajo y rebajó la calidad del servicio. Los cambios vinieron acompañados por la introducción de la estadística en los servicios de salud, con una aplicación ajena a su finalidad científica.

Tercera tesis: La intervención de la macroestadística en los servicios públicos de salud, se utilizó como referencia casi únicamente para el cierre de servicios; el uso de indicadores indepen-

dientemente de la falta de planificación sirvió para tergiversar sus fines. El deterioro de los indicadores señalando bajos rendimientos, se utilizó siempre para negar o cerrar servicios en un sistema anárquico de prestación; se mejoraban los indicadores cerrando servicios en vez de ampliar y calificar los recursos; hoy se intenta insistir en lo mismo hablando de baja producción, reemplazando cantidad por calidad. En salud, salvo honrosas excepciones, las políticas de gobiernos de fuerza, o de gobiernos representativos es implementada por los mismos técnicos, pretendiendo independizar la técnica de la ideología; la política subordina la técnica a sus fines.

Cuarta tesis: En política de salud no se observa, hasta ahora, diferencias profundas entre los gobiernos dictatoriales y los gobiernos representativos. Corrobora esta tesis el análisis de las intervenciones habidas en un seminario sobre "Política de salud, experiencia argentina", habido entre el 25 y el 29 de agosto de 1980, donde ex ministros y funcionarios sostuvieron la continuidad histórica en las ideologías, las políticas y los hombres de los distintos gobiernos, sin ruborizarse; el nudo de esta cuestión: cómo terminar con los servicios gratuitos de salud, descargando la financiación sobre los usuarios. Quede claro: la defensa de los presupuestos estatales en lo que respecta a salud, sirvieron a la dictadura para engordar el aparato represivo; hoy se los pretende utilizar para el pago de la deuda externa.

Quinta tesis: La A. P., que es la preocupación de los jóvenes colegas, solo es posible a nivel nación en los países socialistas; con los éxitos obtenidos y en parte ocultados necesita del desarrollo de la base material que posibilite su implementación: amplia red de hospitales y servicios con dirección unificada, planificación, regionalización, zonificación y sectorización sanitaria, amplia participación popular; todo lo que se haga antes, bien venido sea, pues con los errores, insuficiencias y frustraciones se acumulan experiencias para los cambios sociales necesarios. La A. P. fundamentalmente preventiva, detecta males mayores que deben ser solucionados en los niveles superiores de la organización sistematizada de la salud; ningún caso reemplaza a dichos niveles, de ser así la A. P. se convierte en atención primitiva.

Sexta tesis: La samostificación, que viene del verbo samos-

ticar, del sustantivo **samo**, que es la sigla de los Servicios Asistenciales Médicos Organizados, es lo que se quiere implementar ahora a través de algunas ordenanzas que se han emitido en estos días. La **samosticación** de la atención en los hospitales municipales, entra dentro de las concepciones teóricas sintetizadas en las tesis anteriores (mercantilización de la atención a nivel del servicio público), aunque viene adornada con conceptos caros a los profesionales, como descentralización administrativa, mayor grado de autonomía, la redistribución de los ingresos a nivel del productor, y es pasible de crear desniveles de calidad entre los servicios del mismo hospital, y de los hospitales entre sí, subestimando al paciente no pudiente que no aporta réditos; la experiencia en Provincia de Buenos Aires lo demostró; tampoco mejoró la remuneración de los profesionales.

Séptima tesis: Los monopolios de la industria farmacéutica que se llevan la parte del león muestran la debilidad de la dependencia, para poner la política de medicamentos al servicio de la Nación. El repertorio de medicamentos esenciales, la importación a granel de donde más nos convenga para los sectores estatal y de obras sociales, están íntimamente ligados al problema de la deuda externa; la política tendiente a limitar este poder, debe tener una base de sustentación más amplia y más fuerte, de ahí la necesidad de ampliar y profundizar el actual grado de democracia.

Octava tesis: En toda sociedad estratificada, hay una medicina adecuada a la organización del Estado, y las políticas de salud de quienes detentan el poder real responden directamente a los intereses del mismo y su aplicación directa, ya sea a través de dictaduras, o encubiertas a través de gobiernos con distintos grados de representatividad, triunfa o fracasa de acuerdo con los compromisos populares, y la resistencia o empuje que reciben de la participación popular.

Dr. Alende. — El Dr. Amenta en su magnífica exposición, comenzó señalando que no sé qué organismo había establecido que han mejorado las condiciones sanitarias de la Argentina; exclusivamente en esa parte no estoy de acuerdo. Según las cifras del INDEC, el 40 % de los niños menores de 2 años viven en condiciones alimentarias insatisfechas, y se mueren por año

30.000 por falta de alimentación debida; además, con un testimonio importante como es el de la Secretaría de Desarrollo Humano que dirige Enrique de Vedia, se señala que en nuestro país hay 3.500.000 de niños menores de 13 años que no pueden comer lo suficiente, 1.500.000 de niños menores de 2 años que no perciben lo más elemental en materia alimentaria. Estas cifras no las he traído para aquí, sino que las tengo en la cabeza, porque las voy a expresar en pocos días en el debate del presupuesto, para una especie de examen del estado actual sanitario argentino.

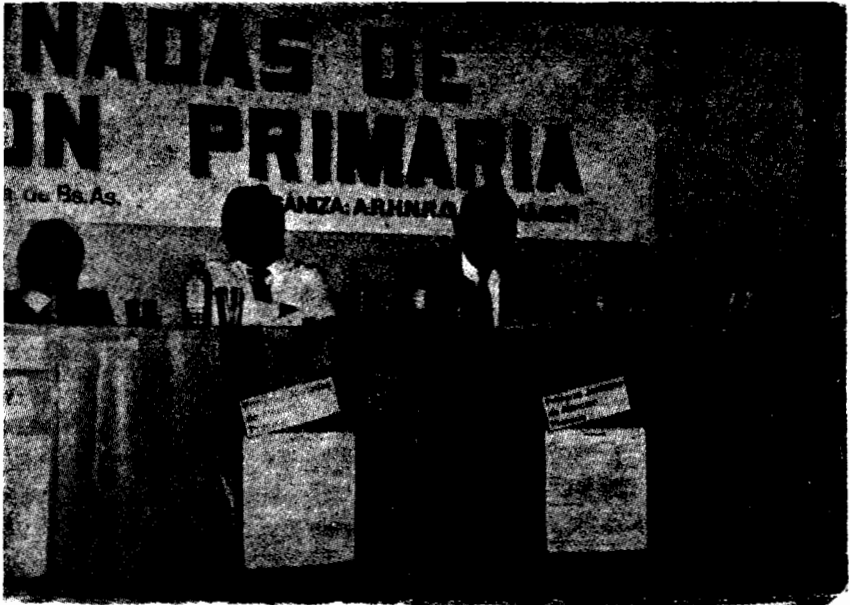
Esto lo tomo de una palabra del Dr. Amenta, "el lucro"; el sistema que se favoreció durante la dictadura, o las dictaduras, consistió en una eliminación del hospital público, y en un favorecimiento de los establecimientos privados a través de múltiples imposiciones como la fácil importación de elementos para poder hacer la terapéutica con el más alto requerimiento tecnológico; y esto todavía no es nuevo porque el otro día me he enterado y he tenido que hacer una gestión, ya que en el único lugar que hacen el tratamiento de rayos láser para los cálculos de riñón, es en el Hospital Alemán, de manera que esto está vedado a obras sociales, y son los síntomas de cómo marchan las cosas en la Argentina. Esto ha implicado una verdadera comercialización de la prestación médica, en donde hay dos víctimas fundamentales: de un lado los profesionales del arte de curar —con esto no me estoy refiriendo solo a los médicos y médicas, sino enfermería, administración, mucamas— y del otro lado, en la otra punta, el enfermo; éste es el gran perjudicado.

Cuando Gelbard se hizo cargo del Ministerio de Economía, el día antes del 1 de mayo nos llamó para almorzar; quería cambiar impresiones y me dijo: "¿Qué hacemos con las filtraciones invisibles en materia de salud?". Entonces le dije: "¿Usted le llama filtraciones invisibles a las coimas?". "Sí, encarecen un 24 % la prestación asistencial", me dijo. Estamos viviendo un momento que permite la revisión de todo este sistema, que puede volver al prestigio y al reforzamiento de lo que implica, en líneas generales, el hospital público, que hay que apoyar; además porque ya se ha hecho carne en la vida argentina, que hay que ir a una revisión total de muchas cosas, incluso de la prestación de la salud. Queremos que sea fortalecido el hospital público, esto es lo que hicimos

hace largos años. Tuve la satisfacción de encontrarme aquí con algunos colegas o ex colegas que habían participado en esta situación. Observé y señalo que aquí se habla de Neuquén que es en el único lugar en donde ha quedado este concepto de abrir el hospital público, para que de esa manera preste una asistencia que abarque todas las horas del día, que además tenga una calidad técnica que debe ser regida por lo que todos conocemos, que es el llegar a un cargo de dirección a través de los concursos y de la alta calidad profesional.

El médico tiene derecho a vivir sin pensar en el vencimiento que tiene a fin de mes o cómo anda su cuenta bancaria; además el médico debe tener posibilidad y perspectivas de viajar visitando clínicas, visitando otros países, un poco esto que llaman el "séptimo año" en otros países que, desde luego, tienen más capacidad que el nuestro, en donde el médico tiene la obligación de estar al día, sobre todo en estos momentos en que el avance tecnológico en todos los ámbitos del quehacer humano tiene una extremada calidad. Debe tener tiempo para leer y estudiar, porque no es posible que tenga que estar corriendo de clínica en clínica sin tiempo para su recreación, o su descanso. El otro día estaba con el general Sánchez, que acababa de ser pasado a retiro, se hablaba —yo integro la Comisión de Defensa— del tema del adecuamiento cultural, de la perspectiva de que el suboficial puede llegar a oficial, de que puedan conseguirse rangos a través del estudio, y hablé de la carencia de médicos en los lugares donde existen destacamentos de las fuerzas armadas y que no pueden conseguirlos; y le dije: "En otros países del mundo, los médicos que recién se reciben lo hacen con toda una custodia en materia de vivienda y remuneración que le permite la formación de su familia". Está bien que haya una especialidad en pediatría, pero hay muchos jóvenes colegas que van directamente a la especialización; y la medicina solo puede interpretarse no mirando por el agujerito de la llave de la puerta, sino conociendo y habiendo hecho una experiencia general en toda la asistencia.

Desearía ser más amplio en el tema que ha planteado el Dr. Amenta, porque tengo alguna información (por mi cargo), de cómo está el grave tema de los medicamentos y cuáles son las presiones tecnológicas que están sufriendo nuestros países latino-



Análisis de la situación sanitaria argentina. Evolución histórica.— (De izquierda a derecha:) Dr. Floreal Ferrara, Dr. Carlos Freire, Dr. Oscar Alende, Dr. Anatole Amenta.

americanos, y muy especialmente la Argentina en el tema de los medicamentos.

Dr. Ferrara.— La historia de la salud de la República Argentina tiene más o menos estas etapas: Una etapa de lo que puede llamarse “la beneficencia” que comienza por 1580 y se arrastra hasta la mitad de este siglo; una segunda etapa donde comienza una teoría nueva del hospital y del hospital público, de la que es líder indiscutiblemente ese fenomenal negro santiagueño que se llamó Ramón Carrillo; la tercera etapa es como de tecnificación, en la que se sobrevalora o se valora suficientemente el hecho técnico-científico, que tiene que ver con la presencia de la teoría desarrollista a lo largo de toda América, que tiene que ver con la presencia del radicalismo en nuestro medio, en nuestras formas de existir, tiene dos enormes y significativos hombres también ya desaparecidos uno de los cuales, Arturo Oñativia

merece de todas formas nuestro homenaje de opositor por constituir uno de los hombres que más luchó en favor de la nacionalización del medicamento; el otro es Héctor Nobilia, un brillante médico de la Provincia de Buenos Aires que tiene una característica particular en el desarrollo de la salud: es el hombre de la educación superior en el campo de la salud, es el creador de la Escuela de Salud Pública, es uno de los primeros hombres que empieza a pensar en la necesidad del desarrollo de los planificadores; y después caemos en esta etapa oscura, negra, sangrienta, realmente irrecuperable para la historia del país que es el tiempo de la dictadura, donde todo lo que podemos poner adentro desde el punto de vista de lo nefasto seguramente va a ser poco. Cuidado, que muchos de los que están hablando hoy de esta forma, también fueron parte de eso; el episodio es el actual, en el cual realmente hay que ponerse a pensar.

La primera etapa tiene que ver con la concepción de la beneficencia, viene de lejos, viene de la iglesia; el hospital era el lugar para que alguien encontrara la limosna frente a su salud quebrantada. Después, cuando lo toman los médicos, secularizan los hospitales, la situación cambia un poco, pero cambia para peor; los médicos son los que le imponen a los hospitales su régimen carcelario, militar, y de todas formas despersonalizados, situación de la cual todavía más de un hospital no se ha podido desprender. El episodio de Carrillo está señalado con una doctrina fundamental detrás del tema, la doctrina del hospital moderno, pero con la filosofía profunda de establecer que donde existe una necesidad existe un derecho, y se levanta entonces como primer elemento la obligación que tiene el estado de cubrir los requerimientos de salud que puede tener el pueblo, como derecho que tiene el pueblo. Lo que sigue es un episodio que está muy ligado a las teorías de la centralización del poder de los imperios, que venían a señalarnos determinados caminos para tomar algunas de las fórmulas que podían servir para el desarrollo de este capítulo. Claro que en el medio de ese capítulo estaba Oscar Alende en el medio de la Provincia de Buenos Aires que, con una concepción diferente de un desarrollismo entreguista, plantea por primera vez en el país la recuperación de aquello que había dicho Carrillo: "Los centros de salud serán los vehículos inestimables

del derecho a la salud que tiene la población, particularmente la población que tiene más necesidades". Después viene este episodio negro, nefasto de la dictadura en donde la entrega, la tecnificación, la mistificación de la salud, realmente constituyen el motivo sustancial y permanente del mismo. En el medio de todo esto, y como parte de la historia, aparece un hecho nuevo que tiene que ver con aquello que, donde existe una necesidad hay un derecho, es la aparición en el firmamento de la salud de las obras sociales; éste es un largo capítulo que merecería que nos detuviéramos un largo tiempo, porque implica de alguna forma uno de los mecanismos que el pueblo encuentra para garantizar ese derecho, las necesidades que tiene. Es de todas formas una elaboración de los trabajadores argentinos organizados que ponen ese fenomenal movimiento de solidaridad, por el cual han creado un instrumento que, con todos los defectos que tienen, con todos los inconvenientes que tuvo, con todas las dictaduras que lo golpearon, todavía está allí, tratando de resolver los problemas que el Estado no puede resolver.

En este tema del desarrollo histórico, aparece un episodio que todavía deberíamos estudiar un poco, que es el Sistema Nacional Integrado de Salud que aparece con el gobierno de 1973, que intenta en algunas provincias confluir a todos los sectores que tienen que ver con la Salud, el sector público, el sector privado, el sector obras sociales, utilizando al hospital como la columna vertebral del sistema sanitario. Hay allí una cantidad importante de acontecimientos históricos, de pensamientos, de ideas, de controversias que alguien debe ponerse a estudiar, porque ahí está la parte de la piedra fundamental de un sistema diferente que ahora ya no es posible poner en marcha porque tiene que ser superado.

A partir de 1977, después de ALMA-ATA, se introduce en la República Argentina —discúlpenme los muchachos y muchachas de Neuquén— otro pensamiento colonialista que es el de la A. P. S., desarrollado exactamente con la estampa que el imperio le pone a los países del Tercer Mundo, para que este sistema sirva para evitar la eclosión que el mundo va a producir si sigue con tanta injusticia. Quizás debería ser un poco más explícito, porque sé que algunos pisos técnicos, intelectuales y aún emocio-

nales se están moviendo; sé que se les mueve el piso a los muchachos de Neuquén. Pero quiero que sepan que para un país que tiene más del 30 % de sus profesionales sin trabajo, crear otra fórmula de trabajo como la de un agente sanitario que de todas formas es un agente sanitario, crear este instrumento sin darle la participación a los profesionales que están en condiciones pero el presupuesto no lo da, nos desvía de la verdadera lucha por la que tenemos que plantearnos si el problema es el presupuesto. El problema es el presupuesto y en consecuencia no es buscar recursos humanos de segunda o de tercera para resolver este problema.

La participación comunitaria, de la que habla el organismo internacional, particularmente en la práctica cotidiana de estos casi diez años, muestran que se trata de la participación del pueblo como mano de obra barata al servicio de resolver los sistemas presupuestarios que, manejados por la oligarquía, están al servicio realmente de las clases poderosas y no de las clases indigentes. Este sistema de la A. P. S., no es nacional y tiene todas las características de un sistema implantable, manejable, y transportable de los países centrales, de los que los países del Tercer Mundo desgraciadamente para muchos de nosotros han tomado sin la actitud crítica, sin el conocimiento crítico que corresponde. Recuérdese que esta A. P. S. la refrendó el gobierno de la dictadura por uno de los hombres de las fuerzas armadas que más sanguinariamente, en el mismo momento que firmaba la A. P. S., masacraba a los jóvenes argentinos en la Escuela de Mecánica de la Armada. Es el mismo dictador que firma esto que parecía un proyecto liberador pero en el fondo tenía de nuevo la alternativa de convertirse, y así es, en un proyecto colonialista.

¿Cuál es la situación actual?, ¿cuál es la proyección hacia el futuro que nuestra fuerza, una fuerza opositora, tiene? Ojalá alguien me lo pueda preguntar, así no me paso de los minutos que me dieron.

Dr. Bonazola. — Si tratamos de encontrar elementos centrales que puedan definir la evolución histórica del problema de la Salud en la Argentina, podríamos marcar, aunque sean incompletos, tres: en primer lugar el carácter dependiente del país desde su origen hasta nuestros días; en segundo lugar las conquistas

y avances en la organización de las mayorías nacionales en el curso de nuestra historia; y en tercer lugar la particular aplicación en nuestro país de la evolución científico-técnica en el mundo y los diversos modelos de atención de Salud que se han ido sucediendo en el mismo.

Quisiera marcar algunos hechos significativos del desarrollo histórico, nada más, aunque también sea incompleto: En primer lugar, la preocupación por la salubridad pública que aparece en nuestro país representada por Guillermo Rawson, por Emilio Coni y por Wilde cabalgando entre el siglo XIX y el XX, se corresponde con el ingreso del país, a partir del año 1880, en el esquema mundial de la división del trabajo, que va produciendo cambios en la Argentina desde el punto de vista de la urbanización, de incipiente desarrollo de la clase trabajadora; y es acá donde aparece este primer esfuerzo por comenzar con acciones sanitarias en el país, muchas de las cuales tienen aún vigencia.

Con el principio del siglo, esta organización de la clase trabajadora, va determinando también el desarrollo de una legislación social, fundamentalmente impulsada por Alfredo Palacios, que da al país en ese entonces una característica de avance en lo social que está probablemente entre los primeros incluso en el mundo. En todo este período —como bien lo describía Ferrara— el hospital, que nace ancestralmente con un carácter benéfico, no lo pierde en el sentido conceptual-filosófico, no como derecho natural de la población, sino de atención que se ofrece como concesión graciosa.

Otro hito significativo es, en la década del '40, el gobierno del justicialismo con el ministerio del Dr. Carrillo, donde pasan cosas de una significación enorme en la problemática sanitaria argentina. A través del desarrollo de las obras sociales acceden a la posibilidad de atención de salud enormes sectores, antes marginados de la posibilidad de la misma; se duplica el número de camas del sector público, el hospital público adquiere un carácter y la red efectora nacional adquiere una presencia que no se conocía con anterioridad. De esta época es interesante marcar también dos hechos: en el mundo se desarrolla una concepción estatal que venía madurando luego de la crisis de 1930 cuando históricamente el liberalismo prácticamente se agota, aunque no

políticamente, pero sí como etapa histórica, y aparece la sensación de que los estados deben jugar un papel distinto dentro de los esquemas nacionales; esto se incrementa después de la Segunda Guerra Mundial y se acentúa en las décadas del '50 y '60 cuando se produce el gran desarrollo industrial en el mundo, que favorece y hace necesaria esta concepción de un estado centralizado normalizador, que evidentemente se corresponde con esta etapa histórica; la posibilidad de desarrollar el sistema de Salud con estas características obedece coherentemente a esta posibilidad histórica. Había en todo el mundo, y nuestro país se hacía eco de ello, una gran necesidad, por el modelo productivo de la época, de garantizar un desarrollo industrial determinado. Ninguna de las tendencias se dan solas; junto con esta concepción estatal se van dando concepciones sustitutivas del liberalismo que pugnan y apuntan a la privatización, a la subsidiariedad, el desentendimiento del estado en forma permanente.

Otro fenómeno que se da más localmente en nuestro país, desde el punto de vista del desarrollo de las obras sociales, es que el modelo ideal de atención que había en ese momento en la población era el ideal sanatorial; las clases marginadas que no tenían acceso a su atención veían en el modelo de las clases pudientes el adecuado para la atención de su salud; éste fue un hecho clave que, pese a la intención de Carrillo, no permitió que se articulara el hospital público con el desarrollo de la seguridad social; este hecho tiene hoy vigencia en las dificultades desde el punto de vista de la integración de nuestro sistema de Salud.

Así como la década del 50 y 60 se caracterizó por el gran optimismo del capitalismo en el mundo en cuanto a su desarrollo, de los años '70 data el famoso circulito que verán en los cursos de administración sanitaria, de enfermedad —pobreza-enfermedad, donde a través de ese gran optimismo industrial científico se decía que este círculo podría cortarse en cualquier punto. Se le daba a la medicina un poder tal que podía ser el punto por el cual se terminaba con la pobreza en el mundo. Con la crisis mundial de los años '70, este esquema se derrumba totalmente y aparece un fenómeno muy interesante: el problema de los precios del petróleo, del dólar, etc., hace temblar toda la estructura mundial; toda la división mundial del trabajo, determina dos fenómenos,

por un lado que en los países latinoamericanos empieza a desarrollarse con más fuerza el problema de jerarquizar a las clases más desposeídas. Se desarrolla la Escuela Social Latinoamericana, aparece la A. P. S. como estrategia —más allá de lo semántico— que se va arraigando firmemente en esas escuelas, donde se empieza a jerarquizar, frente a todo el fenómeno supersofisticado, supertecnológico que se venía arrastrando, como necesidad del modelo productivo industrial aparece la jerarquización de los postergados. Pero junto con esto aparece otra vertiente que es que, frente a la crisis mundial de los países capitalistas, aparece la preocupación por disminuir los gastos fiscales. Entonces aparecen corrientes filosóficas en los países centrales que empiezan a plantear tendencias de volver al autocuidado, aparece intensamente la religiosidad en la atención de la salud, se van fomentando todas las formas de medicina barata o atención barata de la salud. El ejemplo más típico en esta época es que se reduce sustancialmente el presupuesto en EE. UU. de las dos coberturas sociales más importantes que existen. El concepto de A. P. S. tiene dos vertientes, según quien la utilice aparece como una bandera y como una estrategia en muchos sectores progresistas en América Latina o también lo podemos ver en manos de organismos internacionales cuyo objetivo, en esencia, es economista, de reducción de los costos, de los gastos del Estado, en lo que hace a la salud y a la educación de las naciones.

Junto a estas líneas o hitos podemos marcar el año 1976 en nuestro país, donde, además de los hechos terribles y sangrientos que ocurren en nuestra República, nos encontramos también con que, desde luego, la tendencia de disminución del gasto estatal se acompaña de la necesidad de todo el gran complejo tecnológico de salud, que paulatinamente había tomado una relevancia sustancial en el mundo, en seguir colocando las nuevas generaciones de equipamiento. Asociado con las particulares condiciones políticas que sufre nuestro país en esa época, encontramos que este equipamiento que se va dando, se desplaza al sector privado.

¿Cuál se la situación actual deviniente de estos hechos? El país vive en estos momentos una difícil etapa de consolidación democrática, una etapa donde el carácter dependiente de nin-

guna manera ha desaparecido, no hay un proyecto económico y político que esté tendiendo con firmeza hacia ese objetivo, y sobre el sistema de Salud esto tiene una expresión determinada. De todo este desarrollo histórico aparecen elementos a veces confusos y mezclados. Por ejemplo, en los planteos más sinceros desde el punto de vista de avance del sistema de salud nos encontramos: el tema de la defensa del sector público, lo cual es una pieza esencial, pero combinada con planteos de tipo elitista tecnocratizante que corresponden a la época donde el hospital se enfocaba desde una óptica no social, como una fábrica donde el problema era la producción, donde el fin era disminuir los costos, y no dejar todo esto como instrumento del fin esencial que era la atención de la salud de la población. Se mezcla también el problema del desarrollo del concepto de estrategia de A. P. S. con una práctica cotidiana académica científica asistencial que jerarquiza lo tecnificado, lo sofisticado, que convive con pensamientos sinceros del desarrollo de la participación popular como elemento sustancial para modificar el sistema de salud, junto con prevenciones y prejuicios de tipo anticorporativo, antifascista, que a lo mejor son transmisiones textuales de situaciones de los años '20, '30 ó '40 en el mundo. ¿Cuáles creemos que son, frente a esto, las líneas de trabajo que se deben abordar? Creemos que si no se formula en el país un proyecto impulsado por las mayorías nacionales, que se base en la independencia nacional, en la solidaridad, que jerarquice a la población por sobre todos los otros aspectos, es muy difícil articular el desarrollo de un sistema de salud.

Sobre el sistema de atención de la Salud, la estrategia de A. P. S. es válida pero en un sistema integral; A. P. S. como estrategia no es medicina de bajo costo sino que es un sistema que está garantizado a toda la población el acceso a la atención de su salud. En el 80 % de los casos son problemas fácilmente resolubles pero está articulada con una red de servicios que le garantiza a la población la máxima atención necesaria; con este encuadre y con el encuadre de que la estrategia debe estar absolutamente adaptada a las características, condiciones y necesidades de cada nación, la estrategia de A. P. S. es válida.

Como instrumentos, la descentralización y la participación popular son esenciales; la descentralización no es un mero hecho

administrativo sino un profundo hecho político de reorganización del Estado, de reformulación del estado actual. Es uno de los elementos que puede convertir en realidad la consigna de avance de la democracia representativa a la democracia participativa. Indudablemente, desde el punto de vista administrativo, los hospitales necesitan una reformulación de las contradicciones que creó la estructura actual, donde es más fácil conseguir una tecnología determinada a tener penicilina en forma constante y regular o a hacer una construcción nueva o tapar una gotera. La cosa no termina en un hecho administrativo en lo que hace a la descentralización. Frente al Estado de los años '50 o '60, centralizado, que se fue complejizando en su aparato interno, que fue alejando a la administración de la ciudadanía, que fue logrando una respuesta cada vez menos afinada y sensible a las necesidades populares concretas, aparece el surgimiento liberal. Los defensores del Estado se encuentran con una historia liberal muerta históricamente hace 50 años, pero que por momentos suena más atractiva o más viable que la defensa del Estado que podemos hacer. La descentralización es una de las claves a través de la cual podemos reformular este Estado para acercarlo a la población, para que su característica de gestión sea la participación popular concreta, y no un aparato que vemos que en general está fracasando y está siendo cuestionado en todos los países del mundo.

Desde el punto de vista de la participación popular, en los hospitales en concreto, se requiere un profundo debate; muchas veces la participación popular es una bandera que se toma, que existe pero que suele chocar contra una no participación intrainstitucional. Por historia, por hábito, por tradición, tenemos estructuras institucionales hospitalarias donde predomina lo autocrático, la no comunicación intrainstitucional, la dificultad para jugar un papel protagónico en el establecimiento; esto requiere un profundo cuestionamiento de todos los agentes de salud, de buscar formas concretas de cómo poder ir desarrollando estas nuevas formas de gestión compartida y democrática. El tema de la participación popular, que es el proceso clave que nos va a permitir hacer y lograr avances en el sistema de Salud, debe partir de la realidad concreta de cada lugar, de cada ciudad, de cada provin-

cia, de cada establecimiento. En esto tampoco podemos hacer esquemas. El problema no es el de crear sino el de liberar. Cuando uno intenta crear cosas nuevas, habitualmente lo que está haciendo es sectarizar el problema, generando instancias que piensen como uno pero que no son representativas del pensamiento o el consenso popular. El problema es buscar humildemente, como agentes de salud en este caso, las vías de canalización a través de las cuales promover la participación concreta de la comunidad en cada área. Esto es uno de los mayores desafíos, una de las piezas más difíciles con que nos afrontamos, pero que el país permite pensarlos. Los acontecimientos de Semana Santa y la respuesta popular a los mismos nos dan un optimismo de que la participación es un hecho posible y desarrollable.

Dr. Amenta. — Quiero aclarar algo que creo que el Dr. Alende interpretó mal. Cuando hablé del año 1957, me refería a la Comisión de la Oficina Sanitaria Panamericana. A partir de ahí hay toda una línea política de atención que es la de la privatización de los servicios públicos; la corriente era pasar los hospitales nacionales a las provincias, de las provincias a los municipios, a los hospitales de la comunidad, anteproyecto presentado en el año 1966 por el gobierno radical que tuvo media sanción del Senado (ley 17.102), que pasó a ser después ley de la dictadura de Onganía al poco tiempo de haber asumido el poder. No hay ninguna diferencia entre ambos proyectos.

Dr. Alende. — Un recuerdo para aclarar: Yo era médico jovencito, en una reunión fundamos la Asociación de Médicos Municipales; fue la primera reunión médica importante; cientos de personas; me dieron el micrófono y hablé de la socialización de la medicina; un diputado que estaba allí, socialista y muy conocido dijo: “Este jovencito se cree que la socialización de la medicina es fácil”. Quiero aclarar que las obras sociales son un serio intento de socialización de la medicina. Diré en el Parlamento que ellas son y pertenecen a los obreros que las pagan; esto tiene que quedar muy claro. Tiene que haber controles en el manejo financiero y además el mecanismo técnico de conducción debe ejecutarse a través de la participación del Estado y de la organización que exista de los propios profesionales.

Hay que tomar siempre lo positivo: Argentina atraviesa por un proceso muy vinculado al ejercicio de la libertad, que algunos califican de canibalismo porque se toman mucho los hechos negativos. En esta evolución hay que tomar lo positivo, lo que sirve, lo que junta, lo que une. Cuando volví a la gobernación de Buenos Aires, había sido el fundador de la Asociación de Médicos Municipales y el primer presidente del Hospital Rawson, fui a conversar con todos los jefes de servicio a decirles: "Piensen que esto no da más, es caduco, que un país que tiene que aumentar su producción, tenga servicios, instrumentos y personal para trabajar sólo tres horas al día, y que muchos se jubilaron por ir solo a firmar la planilla; no puede existir este desorden, tenemos que ir a un cambio profundo". Esto también aparecía como aquello de paradigma muy prematuro. Yo creo, como lo dijo un senador —que no es de nuestro partido— en el Senado de la Nación: "Hay una revolución suelta en la Argentina y esta es la revolución que tenemos que servir". Esta falta de interpretación de la realidad es también un común denominador argentino; hablamos de economía de guerra pero no decimos dónde está el enemigo.

Dos hechos contemporáneos concretos: Siete países, los más importantes productivos del norte, acaban de declarar y resolver que no habrá exportación tecnológica en materia que pueda coadyuvar a la fabricación de misiles, para lo cual está todo relacionado, desde las computadoras a los registros; toda la tecnología mundial está vinculada a este tema; estos siete países dicen que van a consultar y pedir la firma de los países socialistas que no creo que obtengan. Este es un elemento nuevo, ya no van a ser las multinacionales sino que va a ser el gran capital dueño de la tecnología el que va a firmar la dependencia. El otro hecho (muy vinculado a la figura de Oñativia, gran ministro al que tuve la oportunidad de visitar en Salta, y que fuera a nuestros actos, que tomó todo el elenco que nosotros habíamos tenido en la provincia de Buenos Aires) era el tema medicamentos. Hay en el mundo un registro de marcas para la fabricación de productos farmacéuticos; es un registro internacional codificado y legalizado. Cuando en Suiza quieren fabricar un medicamento solicitan la aprobación o se tienen que anotar en este registro de marcas.

La Argentina tiene una situación excepcional porque no depende del registro internacional de marcas, tiene su propio registro de marcas de las fórmulas químicas que posibilitan la fabricación de medicamentos. Esto permite que haya actividad privada y se anoten en este registro para fabricar medicamentos. Esto es lo que ha venido motivando este jaqueo permanente de los intereses extraños sobre la Argentina, que es comparable a esto que ha ocurrido con la tecnología. Ante el hecho de que hay países como el Ecuador que se albergan, para fabricar medicamentos, en el registro de marcas argentino, ha llegado una nota de la cancillería de los EE. UU., que está en el Ministerio de Relaciones Exteriores, en donde dice que si no se anula este registro de marcas argentino, esto repercutirá en el otorgamiento de préstamos y en las relaciones financieras con ese país del norte.

Esta joven generación médica ya está en condiciones de percibir dialécticamente, porque éste es un juego dialéctico. A la humanidad le costó millones de años, a pesar de aquel Heráclito que decía que nadie se lavaba dos veces en el mismo río; le costó llegar por el Kant de la "Crítica de la Razón Pura", Hegel y la interpretación socialista posterior de la dialéctica; señalando con acierto que Hegel es un lógico en su "Fenomenología del espíritu": se había referido al espíritu del ser humano, a la determinación de las ideas, a la fuerza del conocimiento. Pero esto tenía que vincularse con el trabajo porque la conciencia social del ser humano la da sus relaciones con el trabajo. Tenemos que establecer con toda claridad cuál es el elemento negativo de todo lo que nos ocurre, inclusive en la sanidad; y esto es la dependencia. Hay que buscar la negación de la negación que es lo afirmativo. Esto que aquí resplandece en esta masa más allá de nuestras experiencias, más allá de lo particular, tenemos que ir a lo esencial. No vamos a lograr un proceso de liberación si no es a través de un diagnóstico y un tratamiento preciso: la unidad de los argentinos en la lucha por la liberación.

Dr. Ferrara.— No existe posibilidad de transformación de la Salud sin transformación de la sociedad, es un hecho que nos cae definitivamente encima y del cual no nos podemos salvar. Se puede y se debe. La transformación de la sociedad es posible. Coincido con Alende en el sentido de que las fuerzas positivas

hacen a la independencia, y coincido con mi movimiento que las fuerzas positivas hacen a la liberación.

Este es el campo teórico en el cual se debe mover el sistema sanitario y del cual seguramente no puede desprenderse. No hay posibilidad de resolver el tema de los hospitales —esto lo decía Virchow allá por 1937— si no resolvemos plenamente el problema de la pobreza, el desamparo, la marginalidad. Para resolver esos temas hay que transformar las relaciones sociales donde se dan estos hechos. Esto no es un tema de los médicos. Es demasiado importante para que sea un problema de los médicos. En la generalidad de los acontecimientos no es un tema de los médicos porque la inmensa mayoría de los médicos de la República Argentina están prostituidos, y esa prostitución determinada por haber usufructuado todas las rendijas que le daba un régimen canallesco, hoy está como llevada al desván para que nadie se de cuenta de que estuvimos en aquella circunstancia. Un largo, tortuoso y difícil camino que he recorrido como médico me permite decir con profunda responsabilidad lo que digo. Sé que alguien está diciendo que hay excepciones, ustedes que son los jóvenes, tienen que saber que salen a pelear contra una inmensa mayoría de la clase profesional médica que vivió a expensas de la perversión de un sistema, de un iatrocinio del cual no estamos todavía totalmente salvados, de una perversidad en la repartición del producto social que no tiene parangón en la historia social del país.

Nuestra concepción de la participación no tiene que ver con la participación de la sociedad de fomento, del Club de Leones o con otras entidades que están frecuentemente al servicio de la penetración solapada del imperialismo. Si quieren venir que vengan. Cuando el pueblo esté adentro estos no estarán. La participación que planteamos para el sistema sanitario, como así también económico y político, tiene que ver con la idea de participación en el poder. Aquí viene uno de los grandes capítulos de la historia sanitaria en el mundo y particularmente en la Argentina, que es: ¿dónde está el poder?, ¿quién tiene el poder?, ¿por qué se ejerce el poder? y, ¿cómo se puede transformar ese poder nefasto de las clases poderosas en auténtico poder del pueblo? Nuestra idea de participación tiene que ver con eso. Tiene que ver con la participación desde el poder. Cuando digo esto, lo digo para las enti-

dades y los instrumentos de salud (hospitales, centros de salud, salas de primeros auxilios, dispensarios). Estoy diciendo que ellos, al menos, si nosotros somos gobierno, van a estar manejados por la comunidad, que van a elegir libremente quiénes son los que van a gobernar esos instrumentos.

Alguien estará pensando que están por hacer una revolución echando —como decía un viejo amigo— un viejo por la ventana todos los días, un médico en este caso. No, el médico será seguramente el que manejará técnicamente el hospital, o el administrador sanitario que lo sepa, o la enfermera sanitaria que lo sepa; pero la administración, la política, la planificación, nace desde el pueblo, sube a la tecnificación para que la coordine, pero vuelve al pueblo para que la ejecute. Esto es lo que en la Provincia de Buenos Aires vamos a llamar “la municipalización del poder sanitario” porque le vamos a entregar a la comunidad las municipalidades —con la responsabilidad del gobierno de la provincia, por eso cada hospital va a tener un sello de garantía de eficacia operativa— para que esa comunidad reciba los fondos, los medios que corresponde. El resultado estará garantizado y estará como uno de los grandes indicadores de como se trabajan los instrumentos de la salud. El nivel de satisfacción de los beneficiarios será ahora, por primera vez en la República, el gran termómetro con que mediremos quién es quién en el campo de la salud. Y para que no se desdiga nuestra concepción de la atención ambulatoria y domiciliaria, vamos a crear un sistema de atención de estas características gobernado, administrado, dirigido (no gestionado solamente, cuidado con la trampa de la palabra gestión que detrás de ella está la trampa del imperialismo, para que ustedes no sean los que planifiquen, para que ustedes no sean los que dicten las prioridades) por los que realmente deben hacerlo.

Hemos mirado todo esto pensando en la juventud que tiene por lo menos en el corazón la actitud de justicia en la que basamos nuestro programa. Este sistema de atención ambulatoria y domiciliaria no va a reconocer la perspectiva de los hombres y mujeres de más de 45 años. Están demasiado contactados con el sistema y aunque puedan en algunas circunstancias salvarse, las excepciones no permiten sostener a un sistema de esta naturaleza. La participación será entonces desde el poder y entre

iguales, se acabó la era de la preeminencia indiscutible del médico, porque esto fue realmente nefasto, al menos para nuestro país; está hablando un médico que tiene más de 35 años en el ejercicio de la profesión, constante, permanente, cotidiana, y esto constituye otra filosofía.

Cualquier proyecto debe tener como base el pensamiento de que la salud es un acontecimiento histórico y social y no un hecho solamente biológico; debe comprender que esa historia es la historia de la dependencia, y que esa sociedad es la injusta sociedad del capitalismo tardío. Ningún proyecto que no tenga esto puede servir, y quien lo tenga tendrá todas las formas —si somos gobierno— y perspectivas de ponerlo en marcha —si no somos gobierno—, nuestra perspectiva de apoyarlo con toda el alma, porque por ahí pasa uno de los mecanismos de la liberación.

Dr. Bonazola. — Como ustedes saben está en discusión el tema de integración de los sectores, la integración del hospital público con la seguridad social; es esencialmente correcto en un país que está en crisis realmente profunda y que debe aprovechar al máximo sus recursos. El objetivo —si es que existe— de que el sistema público pueda autofinanciarse a través de la seguridad social, es una utopía absoluta. El país desde el punto de vista exterior va teniendo posibilidades históricas cada vez menores. Por la disminución del precio de las materias primas, la posibilidad de supertecnificación y convertirse en un nuevo Taiwan tampoco nos corresponde históricamente. El país internamente tiene un mercado chico. Pensar al país en términos de rearticulación en el esquema económico mundial vigente, es realmente una utopía. Esto internamente tiene un efecto secundario: nuestro país está produciendo una expulsión de trabajadores. Los trabajadores en relación de dependencia están disminuyendo en el país; éste es un fenómeno que no debemos analizar coyunturalmente sino que históricamente tiene fundamentos importantes, profundos, y no va a ser posible determinar cambios significativos en plazos cortos. Esto significa también como consecuencia, que la seguridad social está en una crisis, está más allá de las malas administraciones, de eventual mala fe; la seguridad social está en un problema de financiación que, insisto, no es coyuntural, es un hecho profundo, de raíz. Por lo tanto, desde el punto

de vista de la garantización de la financiación del sistema de salud, más allá de todo lo que hagamos para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes, que son importantes, debemos tener claro que el papel indelegable del estado en garantizar la salud y por lo tanto su presencia presupuestaria concreta en el sistema, debe ser un hecho que no va a tender a disminuir sino que en esencia va a tener que tender a solidificarse y a incrementarse.

Público. — Mi inquietud es lo que está sucediendo en nuestro país. Esta complejidad de los problemas ¿tiene algún tipo de solución?

Or. Alende. — Es una situación general. Este es un país que en los tres primeros meses del año ha tenido un déficit de tesorería de $\text{A } 1.000.000.000$ (mil millones de australes). Que refinancia la deuda a 19 años, por lo cual dentro de 4 presidentes con 6 años tenemos que pagar los intereses. Se posterga el pago de la deuda, se establecen años de gracia, pero siguen los intereses y son $\text{U}\$ 4.000.000.000$ (cuatro mil millones de dólares) por año; el año pasado hemos tenido $\text{U}\$ 2.400.000.000$ (dos mil cuatrocientos millones de dólares) menos en nuestra balanza exterior exportaciones e importaciones. Si como dice el Dr. Aldo Ferrer en su último libro: “que los países del gran capital comercian entre ellos y a nosotros nos dejan de lado, subsidian sus exportaciones, nos enchufan la deuda externa”, surgen previsoramente antes de terminar la Segunda Guerra Mundial los acuerdos del Fondo Monetario, el Gatt, el Banco Mundial; el poder señalar y decir que se van a tomar de inmediato medidas reparatorias va a ser imposible si no aparece el diagnóstico preciso de la realidad. Sin diagnóstico no hay tratamiento posible.

Lo educacional como lo sanitario, sin ninguna duda, está vinculado con todo el tema. Seríamos ligeros, careceríamos de sinceridad si expresáramos que tenemos la fórmula mágica para poder llegar a una solución. La fórmula únicamente puede provenir de un diagnóstico grueso de las situaciones. No preocuparnos porque el chiquito tiene fiebre sino preocuparnos por cuál es la causa de la fiebre para hacer el tratamiento debido, porque la fiebre es una manera de defensa.

Solamente para comprender cuál es la situación, no sólo en la Argentina, sino en toda nuestra Latinoamérica, no tenemos más que pensar en la primera República, que estableció en Tucumán: "Las Provincias Unidas en Sudamérica" deben quedar emancipadas de todo otro poder extranjero.

Público. — Quisiera dialogar con el Dr. Ferrara en mi carácter de médico general neuquino. No se me mueve el piso con la crítica porque el Plan de Salud Provincial de nuestra provincia tiene algunas cosas interesantes. Una de ellas es la continuidad en la profundización y desarrollo del hospital público; y desde el aspecto técnico la distribución de los recursos y la interrelación de las complejidades. Es cierto que tiene mucho déficit, por ejemplo, un inadecuado abordaje en el área de la conducta, una pelea en la cual estamos comprometidos actualmente; no obstante —aunque coincido en general con las críticas en el sentido que configura un modelo tecnocrático— debemos partir de lo bueno que tenemos. Desconociendo las cosas positivas que se han logrado, destruyéndolas, estamos favoreciendo al enemigo.

Quiero aclarar que el agente sanitario no es un recurso de segunda. En absoluto lo hemos visto así en este encuentro. También la crítica puede surgir a partir de la necesidad de buscar empleo a tantos profesionales que andan subocupados, pero créame doctor, que no hay médico, no hay profesional que pueda reemplazar en nuestro equipo al agente sanitario.

Dr. Ferrara. — No he venido a hablar en contra del programa de Neuquén, al que respeto y estudio con permanente atención, donde el hecho fundamental del mismo es la continuidad.

Pero permítame que disienta con usted en el campo del agente sanitario, que a lo largo de todo el estudio de la historia de los últimos 10 años de los programas de A. P. S. en todo el mundo, nos hace pensar que tenemos razón. En gran parte del mundo estos agentes sanitarios no han cumplido, ni pueden cumplir con el programa que les brinda la perspectiva del cambio que hay que producir en terrenos como el nuestro, que son del Tercer Mundo. Hay una cosa que es fundamental: sobre 75.000 médicos que tiene la República, sobre más de 50.000 psicólogos, usted tie-

ne mano de obra desocupada de primer nivel, a la cual no se le ha brindado capacitación en el campo de lo social, pero se le puede dar. Y con la adquisición de las concepciones fundamentales de la salud como acontecimiento histórico y social, usted va a tener el recurso humano de excelencia que necesita para esta transformación. He mirado con mucha admiración el trabajo que han ejecutado muchos de los agentes sanitarios de Neuquén; estoy buscando un proyecto superador —no haciendo demagogia—. Lo hemos ido a buscar recorriendo las provincias gobernadas por nosotros, observando que hemos caído en la trampa de tener estricta y exclusivamente muchachos y muchachas al servicio de un sistema, en el último escalón del sistema, sin que puedan producir una sola transformación, que no tiene otra manera de ser que la transformación militante en el campo de la lucha social. No estoy en contra del programa de Neuquén, ni me molesta. Al revés, si no es hermano del peronismo al menos es primo. Aunque viene de atrás ahora tiene la misma continuidad que nosotros esperábamos.

Nuestro proyecto tiene la alternativa de pensar en brindarle a la población el campo de las mejores excelencias que corresponden a la profesionalidad. Para eso hay que conseguir el presupuesto, la juventud y la modificación mental de algunos de los médicos que han sido transformados en vehículos de este sistema en nuestras universidades de la decadencia, de la dependencia. Estoy hablando de un país que tenga en los médicos —como decía Virchow— a los abogados de los pobres y a los revolucionarios que son capaces de transformar la realidad social oprimida, que no pudo, todavía, ser reemplazada.

Público. — Dr. Ferrara, usted invalida al agente sanitario por una experiencia mundial, ¿a qué experiencia mundial se refiere? Porque la experiencia del pueblo cubano, en la aplicación de la A. P. S. en Cuba con agentes sanitarios, le ha dado muy buenos resultados. La experiencia actual de la revolución nicaragüense en la A. P. S. está dando muy buenos resultados y el soporte son los agentes sanitarios. Usted invalida la experiencia mundial, no sé a qué experiencia mundial se refiere.

Dr. Ferrara. — Me gusta esa insolencia, es lo que va a permitir que lo que diga se pueda compaginar con lo tuyo.

Cuba hizo la revolución, entonces se podía injertar cualquier cosa; además, se le fueron 3.000 de los 6.000 médicos que tenían, no tenía otra alternativa, ésa era la alternativa de solución. Nicaragua es lo mismo, hizo la revolución. Y si vos me asegurás que la revolución justicialista y popular se va a dar, si se puede dar realmente una transformación social, los recursos con los que podamos movernos son diferentes.

¿Sabés por qué te dije lo de la insolencia? Porque están repletas las revistas técnicas y científicas del mundo de esta experiencia que te estoy diciendo, están repletas de trabajos, aún en las propias sociedades comunistas, aún en el Zaire, aún en Mozambique, en muchos de los territorios que hoy ocupa la URSS. Pero a mí no me interesa eso, lo que nos tiene que interesar es dónde está la idiosincrasia, lo nuestro, cuál es el signo nacional de lo nuestro. Así como Cuba usó el signo nacional porque hizo una revolución marxista-leninista que no es la nuestra, la miro con admiración. O vos te creés que no sé que Cuba redujo la tasa de mortalidad infantil de 150 por 1.000 a 11 por 1.000, y eso no lo puede hacer ningún pueblo del mundo en el tiempo que lo hizo Cuba. Nosotros solamente cuando Carrillo tomó la mortalidad infantil y produjimos alguna transformación social (no todas las que deseábamos), tomó la tasa de mortalidad infantil con 100 por 1.000 y la entregó en 1954 con 60 por 1.000. Estas circunstancias dicen que abajo pasó algo; también con el sapagismo sucedió algo, por eso sigue existiendo, por eso está.

Tenemos en el país el 40 % de los médicos de menos de 35 años, el 70 % de psicólogos con menos de 35 años sin laburo. Es una mano de obra de primera que, puesta al servicio de la transformación, puede brindarnos el recurso humano que necesitamos, sin necesidad de ir a buscar otro. A esa mano de obra también hay que imbuirla de este espíritu de liberación que, ojalá, lo tengan como lo tienen ustedes.

Dr. Amenta. — Escuché ya en dos oportunidades de que es necesario suprimir por lo menos un sector de los médicos de la Argentina porque están contaminados por el virus de la corrupción de todo el sistema en crisis que nosotros vivimos. Los cam-

bios los tenemos que hacer con todos los profesionales médicos, con todos los profesionales paramédicos, con todos los auxiliares de la medicina; aprendiendo en el esfuerzo común de todos los días. Ya que lo que a nosotros nos fracasa en el ejercicio de la profesión está dado por una falta de perspectiva histórica en lo político y social, que es necesario superar a través de la organización de estos sectores con una política nacional independiente, al servicio de las reales necesidades de la nación.

Público. — Como neuquino y militante activo del partido gobernante en la provincia, que desarrolló un proyecto de más de 25 años, que algún éxito ha conseguido dentro de un país en el cual Neuquén no es un estado independiente sino que está ligado a los vaivenes, a las contingencias y a las crisis políticas y económicas que nos vienen asolando durante tanto tiempo, quiero destacar que el rol del agente sanitario no es una figura estática, incambiable en el tiempo. Indudablemente no se lo buscó ante la imposibilidad económica de incorporar profesionales médicos o psicólogos en el área de la salud de la provincia; se lo incorporó como una necesidad que se ha ido desarrollando con sentido dinámico a lo largo de estos casi 17 años que ya tiene de vigencia nuestro sistema oficial de Salud. El agente sanitario ha creado una figura que tiene un rol muy específico, que de ninguna manera puede, en este momento, ser reemplazado con la mano de obra disponible desocupada de los profesionales que existen en el país por dos razones: primero, porque si bien se dijo que los principales responsables de un cambio de actitud en la conducta médica somos los mismos médicos, la mayor resistencia, independientemente del sistema político o económico, parte de la concepción que recibimos, lamentablemente, en formación de pregrado y su ejercicio posterior. ¿Cuántos médicos del Hospital de Niños de Buenos Aires, que es un hospital público de prestigio reconocido en cuanto a su nivel técnico y científico, están participando de esta reunión y consustanciados con lo que se está tratando? Pregunto si estos profesionales están dispuestos a irse a trabajar a la provincia de Neuquén. Aquí la cosa sería a la inversa, a quitar fuente de trabajo a los neuquinos que también necesitan trabajar porque el país está en crisis —y la provincia no es una excepción— para desarrollar este tipo de actividades. ¿O vamos a

desarrollar el modelo médico hegemónico el cual estamos criticando tanto desde hace 5 días?

El sistema provincial de salud no se desarrolló a través del criterio de A. P. S. como medicina barata para países pobres, que se define en ALMA-ATA organizada por la O. M. S. El sistema ya tenía siete años de vigencia cuando se hizo ALMA-ATA. La estrategia de A. P. S. —que ni siquiera se definía en aquella época por A. P. porque eran términos que no se utilizaban— se desarrolló ante la concepción de un gobierno popular elegido democráticamente, que tomó conciencia de que había una altísima tasa de mortalidad infantil, lo que significaba que había condiciones socioeconómicas y sanitarias espantosas este enfoque es llevado adelante por la conducción del estado provincial, a lo mejor en forma un poco autoritaria, porque se decide desde el poder político, que de alguna manera es representativo de la población, pero sin la participación necesaria buscada de la población, con una tremenda resistencia de los grupos profesionales (tremenda a nivel de acusaciones públicas muy graves, solicitadas en los diarios). Acusaciones de todo tipo para un plan de salud que apunta fundamentalmente a la A. P. S., no como medicina barata para poblaciones marginales, sino como el rescate del sentido que tiene la mejor concepción de Carrillo “el hospital público”. Tal es así que en la provincia de Neuquén tenemos el orgullo de decir —cuando escucho aquí que durante muchos años en el país se ha tratado de que el desarrollo de la alta tecnología se vuelque hacia el sector privado— que en el hospital público de la provincia de Neuquén pasa a la inversa. Tenemos la satisfacción de que cuando no tenemos a veces capacidad para recibir chicos con problemas que requieren alta complejidad neonatológica o pediátrica y el paciente tiene alguna posibilidad de cobertura en algún sector que no sea el público, los mismos sectores privados nos dicen que ellos no tienen respuesta; porque la respuesta de la alta complejidad la da el hospital público a través del hospital provincial Neuquén, que no solamente le da respuesta a las necesidades provinciales sino a las necesidades de provincias vecinas.

Este proyecto de desarrollo masivo no es solo sanitario. El Movimiento Popular Neuquino (gobierno de la provincia) desa-

rolló un programa de promoción social basados en cuatro aspectos fundamentales: la salud, la educación, la vivienda y el trabajo. Tenemos crisis, tenemos villas de emergencia, tenemos un montón de cosas; pero tenemos el crecimiento demográfico más alto del país y si lo tenemos es precisamente porque el argentino que no encuentra salida ni laboral, ni para el desarrollo familiar y social en otras partes del país, por lo menos lo intenta en la provincia de Neuquén.

No hemos alcanzado la panacea, no estamos en un proceso revolucionario de grandes cambios. Neuquén está inserto en un mecanismo de dependencia, que más allá de la dependencia externa tiene muchísimo que ver con la dependencia interna, cuando dependencia significa quién tiene el ejercicio del poder. Neuquén es una provincia que más del 90 % de sus recursos son de distribución, del poder central, con todas las limitaciones y complicaciones que tiene a través de su dependencia externa. La provincia de Neuquén no puede decidir sobre el 90 % de los recursos que produce, lo que limita cualquier intento de cambio.

El Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue un buen intento de desarrollo de la medicina oficial, tonificado a través de programas únicos donde se incorporaban también en la medicina pública decisiones de participación de la seguridad social y sectores privados, fracasó fundamentalmente porque no hubo participación. Las provincias que tenían posibilidad de mejorar sus recursos sobre un poder de decisión propio no se integraron al SNIS; la seguridad social, como dijo el Dr. Alende, a través de sus dueños exclusivos que son los trabajadores, a través de su cuerpo organizado, que es la CGT y los sindicatos, tampoco se integraron al SNIS. Solamente lo aceptaron aquellas provincias como Catamarca, La Rioja, San Luis, Chaco, Formosa y San Juan que, al no tener poder de decisión propio y depender casi exclusivamente del presupuesto nacional, no tuvieron más remedio que decir que sí.

Dr. Ferrara. — He estudiado con profunda dedicación y admiración el proyecto de Neuquén, lo he leído, mirado, tocado, conversado; sé de lo que se trata; no con la intensidad que ustedes lo conocen, lo han vivido, palpado y padecido. Más de 20 años de este sistema permite suponer de que ya puede existir un proyecto

superador. En lo profundo, la idea es: que el equipo de salud esté constituido como esté, no es el transformador de la realidad, sino que es la comunidad, es el pueblo. Nuestra idea de participación no se da por el vehículo del agente sanitario, se da por el vehículo de la participación en el poder, sanitario, farmacéutico, económico, social del pueblo, de la comunidad. Trabajamos para eso, pero no estamos aquí para decirles a nuestros hermanos políticos de Neuquén que hicieron las cosas mal, no he venido a decir eso. He venido a decir que desde muchos lugares del mundo, y especialmente estudiando y mirando a Neuquén, nos ha permitido suponer —lo hemos estado elaborando con mucha gente— que existe un proyecto superador, que es el que nosotros ofrecemos a nuestros conciudadanos para que miren, en el que está integrado el equipo de salud familiar, que también tiene un agente educador, un médico, un psicólogo, un trabajador social, un odontólogo, etc.: pero para que la transformación profunda de la realidad se pueda dar (de la misma manera como con otros signos se dio en Cuba) la tiene que hacer el pueblo. Esta es la participación desde el poder que pregonamos, reconociendo todo lo que significó Neuquén.

En nuestro proyecto no hay otro eje vertical que la comunidad y a cada uno, de acuerdo a sus excelencias, le damos la capacidad de que contribuya para y con la comunidad a esa transformación social que es el norte fundamental de nuestro aspecto.

Público.— Lo primero que quiero decir, es mi explícita y total adhesión a los conceptos del Dr. Ferrara en el punto específico de la conciliación del agente sanitario, a pesar de lo irritativo que esto pueda ser.

Quiero hacer tres reflexiones acerca de tres puntos que directa o indirectamente se tocaron aquí: En primer lugar, del caso Cuba, rescato lo que dijo el Dr. que cuando triunfó la revolución, más del 50 % de los médicos se tomaron el buque a las costas de Florida; eso generó una carencia de recurso profesional, no solo de médicos y enfermeras, sino en general de todos los integrantes de lo que ahora se denomina equipo de salud; es cierto que Cuba utilizó al agente sanitario, pero también es cierto que a la fecha de hoy, Cuba está llevando adelante una transforma-

ción importantísima que pasa en el aspecto de la profesión médica por el médico general integral y por el equipo de salud familiar, a donde no revista el agente sanitario. En el modelo actual que Cuba está llevando a cabo, en el equipo de salud familiar están básicamente el médico general integral y la enfermera general, que trabajan con un esquema de derivaciones muy ordenado y muy fluido. Lo que ocurre es que la población atendida por ese equipo de salud general, no sólo hace control de gestión o el control cotidiano en las prestaciones y en las interacciones cotidianas, tanto de los ejecutores de los actos de salud como en los disciplinarios, sino que, además, semestralmente se evalúa a través de asambleas populares la gestión del equipo de salud. Y eso es lo que los cubanos llevan adelante a su manera, la participación popular de la comunidad en la gestión con poder de decisión, de orientar cambios.

La otra reflexión es el rol jugado en diez años o más por los agentes sanitarios, fundamentalmente en países del Tercer Mundo (algunos de los conceptos los extrapolé de trabajos del Dr. Escudero). Es cierto que la tarea de los agentes sanitarios en países del Tercer Mundo han generado algún impacto de cierta consideración en ciertos indicadores de salud, pero son indicadores de salud somática; lo que hace a la calidad de vida y al bienestar general de la población de esos países, no se ha modificado un ápice; eso indica un fracaso rotundo de la administración de salud con el esquema actual; los actos de salud que puede brindar toda la gente que integra el equipo de salud apuntan a eso; si no, se constituye en una entelequia, los indicadores de salud por sí mismos no sirven para nada.

Acá se está confundiendo el rol del agente sanitario con el rol que la propia comunidad y el pueblo debe jugar, que es la de participar activamente en la gestión y en la decisión de las políticas de salud, porque son uno de los aspectos que hacen al diseño del proyecto de país, al diseño de un proyecto de vida.

Público. — Quisiera dirigirme a los médicos de Neuquén y a todos los presentes, soy enfermera. Han hablado que han requerido de la comunidad para formar agentes sanitarios. Quiero informarles que la enfermera forma parte del equipo de salud, que la enfermera sí está preparada para integrar ese equipo de

salud y para poder salir a esa población. No queremos tener más pacientes dentro de los hospitales, sino que queremos hacer A. P. y dar salud realmente a la población.

Público. — Lo que planteaba el Dr. Ferrara se entronca con lo que hace un par de días planteaba el Dr. Escudero, de que si vamos a hacer A. P. S. porque es un sistema barato y porque no nos queda otra, o porque realmente lo que queremos hacer es mejorar el nivel de vida y de salud de nuestro pueblo. Se plantea una discusión muy rica porque entra mucho lo afectivo, pero la experiencia de Neuquén, la experiencia del agente sanitario y lo que dice Ferrara, no se contraponen. Al contrario, se superponen y se continúan en muchos aspectos. Lo que se busca es no tener al agente sanitario como un último escalón en el sistema de prestadores de salud o una mano de obra barata, sino un colaborador eficaz en cuanto a que es el que conoce o puede detectar más profundamente problemas dentro de la comunidad. En cuanto al nivel de participación de la comunidad no está dado por el agente sanitario, porque se convierte en un integrante más del equipo de salud. La participación está dada, y hay una experiencia concreta en el partido de la Matanza con el Dr. Liwski a la cabeza, que por ahí esa gente no participa como agente sanitario, no va todos los días a las reuniones, pero participa de las llamadas “asambleas de salud” en la delineación de programas de búsqueda de necesidades; el pueblo participa decidiendo, que es la única forma real de participación.

Público. — Este tipo de polaridad entre agentes sanitario vs. médico es una contradicción menor, es una polaridad en la que si entramos demasiado nos evita analizar una cosa subyacente que la incluye —tomo las cifras del Dr. Alende—: Argentina está pagando de intereses de la deuda externa U\$S 4.000.000.000 (cuatro mil millones de dólares) por año; como se ve claro, la deuda externa nos fue impuesta, es una de las partes de la necesidad del capitalismo mundial de reciclar capitales. Lo que quiero hacer notar es cuál es la polaridad menor y la mayor. Con U\$S 4.000.000.000 (cuatro mil millones de dólares) por año se puede erradicar la desnutrición argentina, darle endodoncia a todos los dientes de la Argentina que pres-

cinden de endodoncia, dar psicoanálisis lacaniano a toda la clase media de Buenos Aires, se pueden enderezar todas las narices cuyos dueños piensen que tienen un tamaño equivocado. Es una cantidad fenomenal de excedente, que nos permitiría hacer al médico y al agente sanitario y al trabajador de la comunidad y a la comunidad, una vida más creativa que esta vida loca, enajenada que tenemos, en la cual estamos subsidiando para la acumulación capitalista mundial. El que tratamos es un nivel de contradicción menor frente a lo que se describe correctamente como el enemigo principal.

Dr. Ferrara. — Me parece excelente no perdernos en la contradicción, hay que volver a retomar el hecho fundamental, el agente o el médico, quien forme parte del equipo de salud familiar, la enfermera, el odontólogo, el educador sanitario, el psicólogo, tiene que formar parte de esa cosa que está más abajo de quien es el que la ejecuta. Es un equipo el que la ejecuta; pero ese equipo la ejecuta si tiene la participación de la comunidad, la contradicción fundamental está en esto: sin o con participación. Lo que busco es un modelo superador de este que tenemos, que tiene que ver con concebir a la salud desde otro punto de vista; con tener la plena convicción de que somos un país dependiente, con todo lo que implica la deuda y todo lo que Escudero dice tan jocosamente; con que la transformación no la pueden ejecutar ni los médicos, ni el agente sanitario, ni la enfermera; la produce la comunidad en su militancia, en sus partidos políticos, en sus sindicatos. La cosa está planteada en términos de la modificación de nuestra sociedad, aunque la discusión a veces nos lleve a decir esto o lo otro, cuidado con comprar los modelos colonialistas que desde el mundo nos llevan a que discutamos estas cosas, cuando lo profundo, lo cierto, pasa por la deuda externa, pasa por la convicción de transformar este país, pasa porque no tengamos los 7.500.000 de argentinos pobres que tenemos (más del 30 % de la población), pasa porque hagamos la transformación.

Público. — Quiero agradecerle al Dr. Ferrara su aclaración. Si en Neuquén nos quedamos con lo que hemos logrado estamos faltando, antes que nada, a nosotros mismos. El desarrollo

de las acciones en Neuquén tuvo muchas contradicciones, marchas y contramarchas y las van a seguir teniendo, porque permanentemente hay que ir creando modelos superadores pero de ninguna manera lo alcanzado, con ser positivo significa estar cerca de la meta; la meta no está nunca, porque el progreso del hombre no tiene límite.

Coincido con lo que dice Escudero; a mí no me preocupa mucho si el próximo agente sanitario se va a llamar médico de familia porque nos sobran médicos, o se va a llamar un agente sanitario formado en un nivel terciario; cuando toda la población tenga acceso a una educación de nivel superior. Creo como principio fundamental que el acceso a la fuente de la cultura y la educación es uno de los pilares de la liberación; cuando todo el pueblo tenga acceso a eso, posiblemente tengamos un pueblo instruido, muy desarrollado, muy informado, y el agente sanitario sea este médico de familia que no importa el nombre; lo que importa es el rol definitivo de ese equipo, que se debe insertar en la comunidad a través de que el nivel de decisión debe estar en ella; aparentemente cuando uno habla de esto parecería que el equipo, que los médicos estuviéramos separados de lo otro, cuando pensamos que estamos todos saliendo de la misma cosa.

Público. — Para salir del tema del agente sanitario quería preguntar sobre el tema de las obras sociales. A veces veo que hay una contradicción entre el papel del Estado para poder llegar a la cobertura universal de la población, y el papel de las obras sociales, sobre todo cuando tienen una libre contratación y por lo tanto pasan a ser favorecedores del mecanismo capitalista y lucrativo de la medicina. Las obras sociales pueden haber cumplido un papel histórico en el momento de formación, no sé si en este momento tienen alguna función; o si tendríamos que tender a que el Estado sea el que provee la atención de salud suficiente y de esta manera las obras sociales serían innecesarias.

Dr. Amenta. — Estoy convencido personalmente de que no hay solución al problema de los tres subsistemas en la Argentina, en tanto el Estado no asuma la responsabilidad, tal como le corresponde. No se puede administrativamente superar el sistema de las obras sociales, ni superar el sistema de la medicina pri-

vada lucrativa. Están conviviendo los dos sistemas conjuntamente con el estatal. Solo de una mayor financiación de los recursos del Estado en política de inversión sanitaria, porque de los presupuestos estatales, el 90 % de los mismos se va para el funcionamiento de los servicios; no hay desde hace años nada de inversión en la medicina pública.

Esto lo planteó hace años el que fue ministro de Salud Pública durante un período, el Dr. Rodríguez Castex; por el año 1970 cuando nacía la ley de obras sociales se planteó el problema de la recuperación de la disponibilidad de servicios estatales; él planteaba en ese momento la necesidad de 5.000.000.000 de pesos de aquella época para recuperar solo los servicios estatales de tipo nacional.

Desde entonces no se ha hecho absolutamente nada; el deterioro de la medicina pública es espantoso, la jauría de perros que entran en mi hospital, de los gatos que se utilizan para la matanza de las ratas es porque hay toda una política consciente, determinada a destruir la medicina pública; lo que hay que hacer para superar la situación, es elevar la medicina pública al nivel que realmente tiene que tener, mediante una política de inversiones en salud por parte del Estado.

Dr. Alende. — Hablábamos de Neuquén y en la Cámara de Diputados tenemos un médico de Neuquén que me ha dado la satisfacción de decir que él fue médico de la primera experiencia que hicimos en el Hospital de Mar del Plata y en Gonet, dos plantas experimentales que después, como pasa en la Argentina, viene otro gobierno y lo suprime; no hay políticas permanentes. En Mar del Plata, llevamos de 110 días promedio de internación por enfermo (porque eran prácticamente asilados) a 8 días por enfermo, porque al médico le interesaba preparar al enfermo antes de la internación, le interesaba tener la cama caliente y bien ocupada; le dábamos la oportunidad a que las obras sociales contribuyeran al hospital, con lo cual era ésta una asignación de recursos y, al mismo tiempo, según el libro verde le pagaban al médico como correspondía de acuerdo con su trabajo. En este hospital nombramos el primer residente rentado que hubo en la República e iniciamos el camino de los residentes que después,

en el Hospital Rawson, pudieron advertir la importancia que esto tenía como experiencia, es un sistema de intermediación.

En las obras sociales interesa el lucro y la ganancia, aparecen solicitadas en los diarios con respecto a la asignación mayor de diez camas, etc. Establecí en Bánfield un grupo de 20 médicos cuando era más joven, eliminamos los ANA-ANA en rayos y análisis, todos esos malos hábitos, e iniciamos un establecimiento modelo —del que, desde luego, hace años que no participo—; la gente lo llama la clínica Alende y nunca saqué un centavo, porque lo que importaba era la caja común que anduviera mejor; era otro sistema y otro momento. Participé en el Ramos Mejía cuando Garri se hizo cargo del traslado; cuando le levantaron a Finoccieto la suspensión que le había dado la cancelación de su actividad, porque alguna vez en un artículo médico, para decir que había que actuar con tristeza, puso un reloj a las 8 horas, 25 minutos, que había sido la hora infausta de la muerte de Eva Perón. El problema de la sobreprestación es muy negativo; las obras sociales tienen que terminar con esto de empresas que fabrican prestaciones que no existen, y médicos que por la necesidad fundamental de vivir también la tienen que inventar; hay evidentemente una mercantilización, ya he señalado cuáles son sus víctimas, y hay que terminar con esto.

Me dijo el ministro Storani que le preocupa mucho el tema del futuro del Hospital de Niños; hay obras que demoran 20 años y esa es otra cosa que en la Argentina habrá que analizar muy bien para modificar en beneficio de todos; él me dijo que coincidía con este proyecto de hacer trabajar a los hospitales todo el día, de 8 a 19 horas.

Con respecto al futuro de la Municipalidad de Buenos Aires, en el proyecto que está en tratamiento (ya aprobado por el Senado) de traslado de la Capital, se establece un artículo por el cual la Capital Federal pierde su calidad de distrito federal, transformándose en provincia, con lo cual la Municipalidad de Buenos Aires se va a transformar en provincia. ¿De donde va a sacar los recursos?, no de estas rentas generales que llegan al gobierno de la Nación, que subsidian la mayor parte de sus gastos; no sé qué va a ocurrir con los hospitales municipales, cómo se van a financiar, si es que se establece la nueva provincia de los límites

en la General Paz y el Riachuelo, tal como lo expresaba la ley.

Este es un momento donde —por eso me satisface tanto que estemos reunidos conversando— hay que entrar en un análisis pormenorizado que proyecte el futuro sobre la base de la realidad, porque no hay posibilidad de movimiento revolucionario si no hay una adecuación entre la coyuntura que se vive, que llama aquí a cambiar y la relación de fuerzas, sino no hay procesos de cambio. Mi idea primaria es que las obras sociales tienen que ser atendidas, controladas, que los hospitales tienen que contar con todos los elementos necesarios para dar la mejor asistencia a nivel técnico; con respecto a los enfermeros hay que terminar con que por 150 australes —si me permiten la grosería— haya una mujer que tenemos que preservar como ser humano limpiándole la cola a toda la fila, por ese sueldo que no le alcanza ni para un cuarto de la canasta familiar; esto hay que revisarlo.

Hemos estado todos unidos para defender la democracia,



Vista del público durante las Jornadas.

para luchar contra los golpistas, contra los antiguos subversivos a los que no le vamos a dejar levantar cabeza; unidos todos, luchar no por una nueva Argentina, sino por la Argentina de siempre, la que queremos, en justicia social, en libertad y en dignidad.

* * *

Nota: Por dificultades de la grabación, no se pudieron registrar las últimas participaciones del público, como tampoco el relato de la experiencia en Esquel (Pcia. de Chubut) a cargo de la Dra. Elsa Marzoa de Lombardelli. Directora del área externa del Hospital Regional Esquel.

MEDICINA Y SOCIEDAD - LAS CORRIENTES DE PENSAMIENTO EN EL CAMPO DE LA SALUD *

JUAN CÉSAR GARCÍA **

La total autonomía de la medicina y, por consiguiente, su independencia de la estructura social o de las partes, instancias o elementos que la integran ya no es postulada, hoy día, por las corrientes importantes en las ciencias sociales. Se entiende, en este contexto, que un "elemento", "parte" o "instancia" de la sociedad es autónomo cuando está determinado por sus propias leyes. Las preguntas fundamentales, por lo tanto, no se dirigen hacia si la medicina es autónoma o no, sino hacia el grado de su autonomía relativa y al tipo de articulación que tiene la medicina con la totalidad social o con sus "partes". Las respuestas a estas preguntas varían de acuerdo con las corrientes existentes en las ciencias sociales y las escuelas filosóficas con las cuales estas se relacionan. Dado que la medicina es considerada como la aplicación de disciplinas científicas, esta problemática es incorporada, por algunos autores, dentro de un interrogante más general relativo a la relación existente entre la ciencia y la estructura social.

Lo expuesto anteriormente no implica que las diversas corrientes hayan planteado exactamente el mismo tipo de pregunta y que solo difieran en las respuestas. Algunas dificultades en el análisis de este campo del conocimiento se deben a que en la mayoría de los casos la pregunta inicial no está clara y explícitamente formulada, y solo es posible reconstruirla a partir de los planteamientos que se hacen de la propia definición de la medicina.

La medicina, según la Real Academia Española, es la ciencia

* Artículo publicado en *Educación Médica y Salud*, Vol. 17, Nº 4, 1983, OPS.

** Ex Coordinador Interino de Investigaciones. OPS, Washington, D. C. Médico. Sociólogo. Historiador científico.

y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano (1). En su significado más amplio, medicina es un campo, región o parte de la sociedad constituida por prácticas y saberes que se diferencian de otros que se dan en esa misma sociedad. La forma más simple para diferenciar estas prácticas sería la de señalar su objetivo más obvio: la prevención y curación de la enfermedad y la preservación de la salud. Sin embargo, bajo el nombre de medicina se han incorporado, en diferentes períodos históricos, prácticas y saberes alejados de la concepción restricta de los conceptos salud-enfermedad. Así, por ejemplo, en la Grecia antigua se incluían dentro de la medicina prácticas y saberes para la conservación y mantenimiento de la belleza física. En las etapas iniciales del capitalismo, una buena parte de la práctica y el saber médico se dirigía a socializar a los individuos, en los asilos, para el trabajo industrial. En la actualidad los programas de control de la población son incorporados a la práctica médica, y aunque esto se justifique en términos de salud, el tema se relaciona más estrechamente con la instancia política. Según algunas corrientes, la medicina adquiere su significado a partir de su objeto que, para unas, es el "hombre enfermo" y, para otras, los conceptos socialmente definidos de salud y enfermedad. Sin embargo, para algunos autores, la medicina crearía su propio objeto y su papel estaría definido por la totalidad social.

La variedad de tesis existentes sobre los interrogantes mencionados hace necesario, en primer lugar, una exposición de cada una de estas a partir de las corrientes filosóficas con las que se encuentran relacionadas para analizar, posteriormente, la lucha teórica en el campo de la salud en el momento actual.

LAS CORRIENTES DE PENSAMIENTO EN EL CAMPO DE LA SALUD

En este capítulo se intenta señalar las bases filosóficas sobre las que se sustentan las principales corrientes existentes en el campo de la salud sin pretender hacer una historia de las corrientes filosóficas, ni realizar un análisis exhaustivo de cada una de estas.

Las dos corrientes fundamentales que han dominado el pensamiento filosófico son el idealismo y el materialismo. La pregunta básica de toda filosofía es aquella concerniente a la relación entre el pensamiento y el ser. Las respuestas que los filósofos han dado a esta pregunta se dividen en dos grandes grupos: las que afirman la primacía del espíritu sobre la naturaleza y las que dan prioridad a la naturaleza.

Las corrientes idealistas

Se denomina corriente idealista, en filosofía, a la orientación que reconoce la primacía del espíritu, la conciencia, y que considera la materia, la naturaleza, como algo secundario, derivado. El idealismo puede ser clasificado, tomando en cuenta los momentos del proceso cognitivo que se estiman absolutos, en empirismo, racionalismo e irracionalismo. El *empirismo* asigna el papel principal a los elementos sensoriales del conocimiento; el *racionalismo* a los elementos lógicos del conocer y el *irracionalismo* a las capas profundas de la conciencia, como las emociones y las vivencias.

En las ciencias sociales dos corrientes idealistas han tenido una gran influencia en el estudio del campo de la salud: el neopositivismo y el neokantismo. El neopositivismo deriva sus posiciones fundamentales del empirismo y el neokantismo del racionalismo.

La corriente neokantista

El neokantismo es una corriente filosófica idealista que aparece en Alemania en la segunda mitad del siglo XIX. En América Latina esta corriente adquiere su auge en el decenio de 1920 y tiene una influencia importante en la llamada "reforma universitaria" (2).

Los neokantianos elevaron a un primer plano la tesis de Kant de que tanto la experiencia como el pensamiento son fuentes del conocimiento, existiendo *a priori* en la mente elementos de naturaleza formal, que reciben su contenido de la experiencia (3). Con esta tesis Kant trataba de superar las posiciones extremas del racionalismo, que sostiene que el conocimiento se origina en la

razón, y del empirismo, para el cual el conocimiento se origina en la experiencia.

Los neokantianos, por otra parte, contraponen las ciencias de la naturaleza a las de la cultura, intentando demostrar la imposibilidad de conocer las leyes del desarrollo social. En la naturaleza existiría la repetibilidad de los fenómenos y, por tanto, allí (con la ayuda del método generalizador), es posible poner las leyes al descubierto. En la historia, en cambio, se dan fenómenos individuales, exclusivos, por lo tanto, no habría leyes. La tarea del historiador radicaría únicamente en sistematizar los hechos apoyándose en un sistema de valores ideales atemporales (método ideográfico, individualizar) (4).

En opinión de los neokantianos, las relaciones morales entre los hombres desempeñan el papel fundamental en la sociedad. Para Kant, el hombre procede moralmente si actúa siguiendo la voz de la razón. Así, el imperativo categórico le ordena actuar de tal modo y no de otro, sea cual fuere su situación en la vida (5).

En los países iberoamericanos el representante más conocido de las corrientes neokantiana referida al estudio del desarrollo de la medicina, es Pedro Laín Entralgo (6). Laín Entralgo distingue la práctica médica, entendida esta como el arte de ayudar a la curación de un hombre enfermo, y la patología, definida como el saber científico acerca de la enfermedad. "La medicina o la práctica médica se halla orientada por la realidad misma del ser sobre el que recae; es decir, por la condición "personal" de la enfermedad y del enfermo. En términos kantianos la medicina corresponde a la instancia de la "experiencia", y la "idea" está dada por el saber patológico. Según Laín Entralgo:

"La estructura y el contenido del saber patológico se hallan determinados por dos instancias rectoras: la realidad (el enfermo) sobre el cual versa el saber y el punto de vista desde el cual esa realidad es conocida (la situación intelectual del patólogo)" (7).

Sin embargo, siguiendo el razonamiento kantiano, para Laín Entralgo erraría quien pensase que la "actitud médica" y "la actitud patológica" son real y absolutamente deslindables en el seno de cualquier situación histórica. No hay "ideas" sin "experiencia" ni "experiencia" sin "ideas", aun cuando haya situaciones

históricas y personales en que prevalezcan mucho una sobre la otra.

A partir de la distinción entre medicina y patología, Laín Entralgo construye un grupo de "metas" hacia las cuales puede dirigirse la intención de ayuda y la intención de explicación. Estas metas o modos son similares en su construcción a las orientaciones valorativas propuestas por Parsons y, en su carácter metodológico, al tipo "ideal" de Marx Weber. Los tres modos de considerar el tratamiento (el subjetivo, el sociológico y el objetivo) y los tres modos de entender la enfermedad (el semiológico, el etiológico y el nosológico) propuestos por Laín Entralgo podrían darse, juntos o separados, en todas las situaciones históricas. Con estos elementos atemporales se narra la historia de la medicina y el saber, relato de hombres que cumplen hazañas y de "climas intelectuales" que marcan períodos. Para Laín Entralgo, por ejemplo, la obra de Freud consiste en considerar al enfermo como individuo racional, libre e íntimo; en una palabra: como persona. Gracias a la obra de Freud, expresada, la patología de Occidente ha comenzado a ser antropológica (8). Así, clínica como patológicamente, el enfermo ha llegado a ser considerado como persona (9).

Laín Entralgo explica de la siguiente manera las causas en cuya virtud la obra de Freud llegó a ser real y operante: para comprender la génesis del psicoanálisis conviene, pues, distinguir—aparte del genio de su autor y la genérica realidad de la psicología humana— cuatro momentos condicionantes (10):

a) El primero es de orden histórico-social. La obra de Freud nace en una sociedad en íntima crisis, aun cuando todavía guardase celosamente sus "formas". La partición de la existencia individual en dos recintos mal comunicados: una vida íntima, atendida casi exclusivamente al principio del placer, y una vida pública, regida por las pacatas convenciones sociales del mundo burgués. De ahí la peculiar configuración represiva de las neurosis que Freud comenzó a estudiar.

b) Un momento histórico-espiritual, relativo a la situación intelectual y estimativa del espíritu humano ante los diversos problemas que la realidad, incluida la suya, le plantea. Comienza Freud su análisis de la neurosis cuando Nietzsche, Dilthey, Berg-

son y Driesch acaban de descubrir el tema de la vida, y cuando Ibsen, Maeterlinck y D'Annunzio dan al vivir espontáneo y desligado figuración dramática y expresión literaria.

c) Un momento histórico-médico. Los psiquiatras iniciaban por entonces su empeño de analizar científicamente la vida psíquica de los enfermos mentales.

d) Un momento personal caracterizado por su situación despegada y distante respecto de la sociedad en donde vivía. La distancia intelectual y afectiva entre él y su mundo social, esta sutil tensión polémica de su ánimo frente a la compacta mayoría que le rodea, le harán implacable en la descripción y en la interpretación represiva y libidinosa de la neurosis, signo y espejo de la íntima falsedad y del *peccatum historicum* en que la sociedad burguesa había comenzado a vivir.

La primacía que Laín Entralgo da al "clima intelectual" lo ha llevado a periodizar la historia de la medicina tomando en cuenta los elementos ideológicos o culturales dominantes. Así, divide la medicina moderna en: renacimiento y barroco, ilustración y romanticismo, positivismo y, medicina actual (11). La medicina actual estaría determinada por la presión coincidente e inarmónica de tres exigencias ineludibles: la tecnificación, la socialización y la hominización de la medicina. Laín Entralgo no puede responder sobre el futuro de la medicina psicosomática frente a estas pugnas de instancias e imperativos, porque no considera las leyes del desarrollo de la sociedad, y por eso sostiene que quienes pueden hacerlo son aquellos que, "haciéndola y ordenándola, van decidiendo cómo ha de ser" (12).

Los modos o metas propuestas por Laín Entralgo son acentuaciones de uno o más puntos de vista, similar al tipo ideal de Weber. El problema surge cuando se pregunta cómo se construyen estos modos, metas u orientaciones valorativas. ¿Cómo decide el investigador cuáles metas o modos son esenciales o no esenciales, significativos o insignificantes? La respuesta a estas preguntas nos lleva a considerar el enfoque gnoseológico de los neokantianos. La metodología utilizada por Laín Entralgo nace de la teoría del conocimiento idealista de Kant y, en particular, del neokantismo. Filosóficamente el neokantismo es antimaterialista, siendo argumento básico que la realidad humana o la experiencia

(el mundo de los fenómenos de Kant) es simple apariencia, fluida, constantemente cambiando y así, por definición, incapaz de proveer la guía hacia la verdad. Además, para el neokantismo existe una dualidad de hechos y valores. Así, las ciencias sociales nunca podrían evaluar fines sino solamente hacer explícitas aquellas ideas que sustentan los fines en sí mismos: una de las más importantes tareas de las ciencias de la vida cultural es lograr una comprensión racional de esas ideas por las cuales el hombre lucha.

En la posición de los neokantianos, no se analizan las bases sociales de los valores y metas. Estos valores simplemente existen y como tales son irreducibles a intereses particulares.

La insuficiencia de la corriente neokantiana para explicar el origen de las metas o modos se debe a su posición idealista pero, por otra parte, la contribución de esta corriente en el análisis de los climas intelectuales de ciertas épocas históricas, puede ser recuperada si se la articula con las bases sociales que generan las ideas evaluativas dominantes de un período determinado histórico.

La corriente neokantiana adquiere, en los Estados Unidos, un cierto desarrollo en las ciencias sociales a principios del decenio de 1970. La escuela de fenomenología norteamericana en ciencias sociales se afilia a la corriente filosófica neokantiana fundada por Edmund Husserl (1859-1938) y se apoya en las contribuciones de Alfred Schutz (1899-1959). El aporte de la escuela fenomenológica en las ciencias sociales aplicadas a salud será tratado con mayor detalle en el capítulo sobre la actual lucha teórica en el campo de la salud.

La corriente neopositivista

El neopositivismo, o positivismo moderno, interpreta los fenómenos sociales negando la existencia de leyes generales objetivas del desarrollo social y reduciendo la ciencia de la sociedad a la descripción de acontecimientos determinados. El positivismo contemporáneo intenta reducir la filosofía a la aplicación de métodos de la lógica formal negándole su carácter de tipo especial, independiente, de pensamiento teórico.

El funcionalismo sociológico, predominante en el mundo académico norteamericano, se ubica dentro de la corriente neo-

positivista, aunque incorpora ciertas categorías de la sociología neokantiana (13). Los conceptos fundamentales del funcionalismo sociológico son los siguientes (14):

a) Las sociedades son totalidades. La totalidad social se expresa en el concepto de sistema social, el que se define como un conjunto de elementos interrelacionados, interdependientes, que contribuyen a la integración del sistema. La definición de sistema social no considera a la causalidad como uno de los determinantes sociales.

b) La integración de todas las partes —o subsistemas— aunque nunca perfecta, crea, sin embargo, un estado de equilibrio. La tendencia general es hacia la estabilidad e inercia, produciéndose ajustes relativos tanto a las influencias internas como a las influencias externas y, por consiguiente, los mecanismos de control social desempeñan un papel crucial.

c) La desviación y la tensión existen como elementos “disfuncionales” que tienden a ser institucionalizados o resueltos de modo que la integración es la tendencia dominante del sistema social.

d) El cambio social no es revolucionario sino adaptable y gradual; si hay un cambio rápido este ocurre al nivel de la “superestructura” de la sociedad dejando sin cambio la estructura básica institucional. Los cambios provendrían fundamentalmente de factores externos, a través de la diferenciación estructural y funcional y mediante innovaciones e invenciones de individuos y de grupos.

e) La integración social se logra através de un consenso valorativo, de orientaciones cognoscitivas compartidas, es decir, una serie de principios ampliamente difundidos que legitiman la estructura política, social y económica existente.

Talcott Parsons (15) es el autor más sobresaliente de esta corriente en las ciencias sociales y, por otra parte, quien ha aplicado la teoría funcionalista a la explicación de la medicina y de la enfermedad. Para él “la práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo, es decir, la enfermedad” (16). Considerada la práctica médica como un “mecanismo” del sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros, el punto de partida para su definición es, por consi-

guiente, el análisis de la enfermedad. La enfermedad es definida por Parsons como “un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de su ajustamiento personal y social” (17). La enfermedad se define, pues, en parte biológicamente y en parte socialmente. La enfermedad no sería un peligro “externo” sino una parte integral del equilibrio social mismo, y se la considera como un modo de respuesta a las presiones sociales para, entre otras cosas, eludir responsabilidades.

Según Parsons, la enfermedad tiene que ser definida en uno de sus aspectos principales como una forma de conducta desviada, siendo el papel del enfermo la forma como la sociedad institucionaliza esta desviación (18); en consecuencia, el papel de la medicina se articula con el papel del enfermo, como un mecanismo de control social. El papel del enfermo y el papel del médico encajan en una forma armónica gracias a una serie de orientaciones valorativas, compartidas, que posibilitan y evitan el conflicto.

La crítica hecha al funcionalismo sociológico se refiere a sus bases gnoseológicas, a los conceptos centrales de su teoría sociológica y, en su análisis de la medicina, a sus limitaciones para explicar en este campo los fenómenos de cambio y de conflicto.

El positivismo no reconoce la existencia de leyes científicas referidas a la esencia de los fenómenos y se limita al simple nivel de las relaciones entre fenómenos. La causalidad es considerada, por esta corriente, como una construcción de la mente humana y no como una de las formas de la determinación de los fenómenos mismos. Para el positivismo, además, la metodología de las ciencias naturales y de las ciencias sociales sería idéntica, debido a que estima que las leyes que rigen los fenómenos sociales son, al igual que las de los fenómenos naturales, atemporales, invariables e independientes de la voluntad.

Los conceptos centrales del funcionalismo sociológico son consecuentes con la posición filosófica del positivismo. El concepto central de “sistema social” y los que de él se derivan —tales como integración, adaptación y marginalidad— implican que la sociedad tiende, naturalmente, a mantenerse en su estado de equili-

brio inicial. En el análisis funcionalista se hace uso frecuente de la "interdependencia" como forma de determinación y se trata de disminuir la importancia de la causalidad en la explicación de los fenómenos. La teoría social en los trabajos de Comte, Durkheim y Parsons no ha ignorado el cambio y el conflicto pero su análisis es insatisfactorio porque pone el acento sobre los fenómenos de integración y de estabilidad.

El hecho de que el funcionalismo considere la medicina como determinada teleológicamente, es decir, por su finalidad de curar y prevenir la enfermedad, imposibilita percibir otras determinaciones provenientes de la totalidad social o de algunas de sus instancias. Más aún, al estimar la enfermedad como motivada, reduce el análisis de la medicina al nivel individual, psicológico, y, por lo tanto, la práctica médica es percibida como dirigida a controlar estas desviaciones individuales. Este tipo de análisis oculta los conflictos existentes en la sociedad y la forma como la medicina interviene para preservar los intereses de los grupos dominantes. Del mismo modo, imposibilita la introducción, en el análisis, del papel que desempeñan los grupos o las clases sociales en la práctica médica. Tales limitaciones son importantes si se tiene en cuenta que la existencia de diferentes tipos de prácticas médicas, según los grupos o las clases sociales a los cuales van destinados, en un tiempo y un espacio social dados, destruyen el mito de una medicina abstracta y general. La diversidad de la práctica médica no se produciría por la sola existencia de patologías diferentes en cada grupo sino que estaría ligada al interés que tienen, para la clase dominante, los grupos destinatarios de dicha práctica. Así, por ejemplo, la medicina "oficial" dirigida a los obreros en una sociedad capitalista intenta mantener y recuperar la fuerza de trabajo como una forma de aumentar la plusvalía relativa mientras que, cuando se dirige a la mano de obra marginal, le interesa el consumo médico sin importarle la recuperación de la fuerza de trabajo.

Las corrientes materialistas

El materialismo es la corriente filosófica que reconoce el carácter primario de la materia, la naturaleza, la realidad objetiva y que considera la conciencia como una propiedad de la ma-

teria. Se distinguen dos etapas en la historia del materialismo: la premarxista y la marxista.

La escuela marxista. La teoría marxista está formada por una teoría científica de la historia o materialismo histórico y por la teoría filosófica: el materialismo dialéctico. El materialismo dialéctico estudia la relación existente entre el pensamiento y el ser y responde a las preguntas sobre qué es el mundo, en general, y cuáles son las leyes universales del movimiento y del desarrollo que rigen en él (19).

La filosofía marxista es materialista porque a la pregunta sobre cuál relación existe entre los fenómenos materiales y los espirituales responde que la conciencia es una propiedad de la materia. El marxismo es dialéctico porque considera los objetos y los fenómenos en proceso de desarrollo y cambio. El materialismo dialéctico afirma la posibilidad de conocer objetivamente la esencia de los objetos del mundo exterior, oponiéndose a todas las formas de agnosticismo, tales como el positivismo y el kantismo.

El materialismo histórico tiene como objeto de estudio la sociedad y las leyes generales del desarrollo de la misma. Es materialista porque sostiene que la producción material es la base sobre la que se erige el modo de vivir de los hombres, lo que determina toda la vida de la sociedad. El materialismo histórico atribuye carácter histórico a los fenómenos sociales, considerándolos susceptibles de ser transformados por la acción de los hombres, diferenciándose, por lo tanto, del funcionalismo que considera los fenómenos sociales como ahistóricos. Los principales conceptos del materialismo histórico, que permiten el estudio de sociedades concretas, han sido sumariados por Marx en la siguiente forma:

“En la producción social de su vida, los hombres entran en determinadas relaciones necesarias e independientes de sus voluntades, *relaciones de producción* que corresponden a una determinada fase de desarrollo de sus *fuerzas productivas materiales*. El conjunto de estas relaciones de producción constituye *la estructura económica* de la sociedad, que tiene una base real sobre la cual se edifica una superestructura jurídica y política a la cual corresponden determinadas *formas sociales de conciencia*... El

modo de producción de la vida material, condiciona, por lo tanto, en general el proceso de la vida social, política y espiritual” (20).

Para el marxismo, el estudio de la medicina —definida como un conjunto de prácticas y saberes específicos— debe realizarse en su relación con la totalidad social y con cada una de las instancias que la integran y que consisten en: una *estructura económica*, compuesta de fuerzas productivas y relaciones de producción, y una *superestructura* que comprende una instancia jurídico-política y una ideológica.

Un número creciente de autores incluye en el estudio del campo de la salud, de manera dialéctica, las fuerzas productivas y las relaciones de producción. Sin embargo, es posible reconocer, en el seno de la corriente marxista, diversas tendencias y posiciones, entre estas una que da mayor énfasis al desarrollo de las fuerzas productivas y otra que da una mayor importancia a la vinculación de la medicina con las relaciones de producción. La absolutización de uno de los términos de la unidad dialéctica “fuerzas productivas-relaciones de producción” lleva a diferentes explicaciones y estrategias en el campo de la salud.

El énfasis en las fuerzas productivas. Esta corriente se caracteriza por dar una primacía al desarrollo de las fuerzas productivas en el proceso económico. El otro componente de la estructura económica, las relaciones de producción, es considerado como la envoltura que cubre las fuerzas productivas. Así, el desarrollo de las fuerzas productivas puede hacerlas entrar en contradicción con las relaciones de producción existentes, contradicción que se resolvería mediante un cambio en las relaciones de producción. Si bien para algunos autores este cambio se produciría casi automáticamente cuando las fuerzas productivas llegan a un cierto grado de desarrollo, para la gran mayoría de autores, sin embargo, este desarrollo solo marcaría la oportunidad para mayores posibilidades de transformación.

En estos autores es frecuente el uso de conceptos como “progreso” y “resistencia”. Así, estudian los “progresos” de la medicina ligándola al desarrollo de la ciencia y, en cuanto al estatus de la ciencia, afirman que la misma es por su naturaleza una fuerza inmediatamente productiva. La “resistencia” al progreso provendría, en determinados momentos, de los intereses

de la clase dominante, aunque en otras ocasiones estas mismas clases aceleran este progreso. Del mismo modo, el Estado intervendría en el desarrollo de las fuerzas productivas, para impulsarlo en algunos momentos históricos o para frenarlo, en otros.

Con respecto a la relación hombre-naturaleza, esta corriente sostiene que la realidad natural es independiente del hombre por su origen y por su estatuto objetivo e intenta dar a este concepto una fundamentación ontológica-epistemológica. Esta posición es consonante con la que actualmente se denomina "ecológica", de respeto al equilibrio fundamental del mundo físico y biológico.

Esta corriente, en su aplicación al campo médico, ha tenido su más importante desarrollo durante los decenios de 1930 y 1940 en los Estados Unidos de América. Autores como Sigerist, Milton Terry y, especialmente, Bernhard Stern son sus representantes más conocidos (21).

Para este grupo de autores, la relación de la medicina en la sociedad se establece mediante el lazo de la medicina con el desarrollo de las fuerzas productivas. Stern expresa esta idea de la siguiente manera:

"...la medicina, como ciencia y como profesión, está vinculada inextricablemente con el proceso social y el desarrollo científico en otros campos. El método tradicional de estudio de la medicina como disciplina única, generalmente ha adulterado la realidad ignorando la relación esencial e importante de la medicina con las condiciones socioeconómicas, las actitudes sociales predominantes y otras disciplinas científicas" (22).

La medicina y las fuerzas productivas se influyen mutuamente: el desarrollo de las fuerzas productivas afecta el progreso médico y el adelanto de la medicina impulsa las fuerzas productivas.

Según Stern, en la historia de la medicina han existido dos tradiciones paralelas e independientes: la secular-científica y la mágica-religiosa. El triunfo de la medicina secular y científica se obtiene a través de un lento proceso a medida que desarrolla un mayor conocimiento y un control efectivo de los factores comprometidos en la causa y curación de las enfermedades. Las ideas mágico-religiosas, productos de la ignorancia y de las relaciones

de clase, constituyen barreras para el progreso médico. Stern explica de la siguiente forma el desprecio que los sacerdotes en los templos griegos sentían por los médicos que practicaban fuera de los mismos:

“Este menosprecio se basaba indudablemente en gran parte en el prejuicio aristocrático contra el trabajo práctico que entrañaba el uso de las manos y los músculos. Tal prejuicio fue consecuencia característica de la estructura de clase del mundo antiguo, que se basaba en la esclavitud. Las ciencias médicas progresaron hasta el grado en que no se menospreció el trabajo con las manos. En efecto, al parecer las fuentes importantes de adelanto en la medicina griega se han derivado del trabajo de los directores de gimnasia; su experiencia adquirida con fracturas y dislocaciones fijó el nivel elevado de las prácticas quirúrgicas del grupo hipocrático” (23).

La relación de la medicina con las fuerzas productivas, propuesta por Stern, se basa en la concepción que tiene este autor de las relaciones del hombre con la naturaleza y la producción cultural:

“El hombre posee capacidades psicológicas peculiares al *homo sapiens* que le permiten responder a los estímulos ambientales tanto abiertamente como de manera simbólica. Capaz de ser movido por finalidades y de ser estimulado por necesidades naturales e intereses adquiridos, introduce modificaciones en las situaciones históricas en su esfuerzo por dominar y manejar el ambiente en su provecho. Este provecho recíproco de interacción entre la cultura y las relaciones individuales y colectivas, da por resultado el remodelamiento creador de la cultura y la consiguiente transformación de los patrones individuales y colectivos.

“El modo de producción determina también en gran medida el tipo de descubrimiento e inventos hechos por una sociedad. La concentración de la atención sobre una tarea económica específica conduce a nuevos progresos en ese terreno, aunque no determina la forma específica o concreta de esos progresos” (24).

El desarrollo de la ciencia —para Stern— también se halla controlado y dirigido por su medio económico y da como ejemplo para esta relación un estudio realizado por Farrington sobre la

relación que existe entre la filosofía griega y los cambios socio-económicos:

“La filosofía milesiana... surgió en el curso de un gran auge del progreso económico y político, y su carácter esencial, como demostraré, consistía en que aplicaba ideas derivadas de las técnicas de producción a la interpretación de los fenómenos del universo...” (25).

El mismo Stern pone un ejemplo médico para apoyar su tesis:

“El interés predominante en la mecánica de la bomba para las obras hidráulicas y el drenaje de las minas, llevó a Harvey a comparar el corazón con una bomba y a explicar la circulación de la sangre en términos de su funcionamiento” (26).

El pasaje de un modo de producción a otro también se explica en términos del desarrollo de las fuerzas productivas. Expresa Stern:

“El paso de la producción de alimentos suficientes para la comunidad a una economía basada, además, en la manufactura especializada y en el comercio con el exterior, promovió un notable incremento en la densidad de la población. La organización social se hizo cada vez más compleja y aumentó el número de esclavos” (27).

Esta posición que pone el acento sobre las fuerzas productivas ha sido calificada por algunos autores como “evolucionista” y “positivista”.

Según Stern, la declinación de la mortalidad y de la morbilidad no se debe solamente a la acción médica, ya que a ella contribuye, también, el desarrollo de las fuerzas productivas:

“La disminución de la malnutrición se asocia con una dieta mejor y más variada disponible después de la revolución agrícola” (28).

Epimiólogos que comparten este punto de vista han reconocido que la mortalidad debida a una serie de enfermedades ha disminuido aún antes de la aplicación de medidas médicas efectivas.

Stern y otros autores, aceptando la concepción general de

que históricamente existe un mejoramiento de los niveles de salud, se concentran en el estudio de los determinantes de la desigual distribución de la morbilidad. En el capitalismo se da un alza de los niveles de salud si se compara con los modos de producción precapitalistas, existiendo la posibilidad de un mejoramiento relativo para las clases sociales dominadas. Sin embargo, las relaciones de producción capitalistas son las que están impidiendo un mejoramiento de la salud homogéneo para todas las clases sociales pues no permiten una distribución igualitaria del excedente (29). Esta contradicción se ha de resolver con el cambio de las relaciones de producción, que permitirá una distribución según necesidades y, por consiguiente, una homogenización del estado de salud al nivel alcanzado por las clases dominantes en el modo de producción superado.

La medicina, a su vez, tiene un impacto sobre fuerzas productivas. Dice Stern:

“La influencia que ha ejercido la profesión médica en la sociedad y en el cambio social ha sido enorme. Su función directa ha sido salvar vidas, prevenir y curar enfermedades y mitigar el dolor... el control de las epidemias ha transformado todos los aspectos de la vida social e industrial del hombre de una manera significativa que merece consideración. El progreso de la medicina como ciencia ha contribuido asimismo al adelanto de otras ciencias” (30).

Una de las características de esta corriente de pensamiento es el optimismo con que mira el cambio de la sociedad hacia formas nuevas más justas. No es de extrañar que esta posición relativa a la medicina coincida con la posición economicista de la III Internacional que predecía una catástrofe económica del capitalismo y el advenimiento de una nueva sociedad. “El economicismo —según Poulantzas— consiste, en primer lugar, en privilegiar las “fuerzas productivas” a expensas de las relaciones de producción; lo cual se acompaña, en segundo lugar, de una concepción economista-tecnista del proceso de producción y de las “fuerzas productivas”, consideradas en cierto modo como independientes de las relaciones de producción. Se llega así, y este es el nudo del problema, a no poder localizar exactamente la articulación del proceso de producción y del campo de la lucha de

clases. La lucha de clases se escamotea, en el sentido de que se reduce a un "proceso económico" de factura mecanicista, al cual se atribuye la primacía en el "desarrollo histórico" (31). Los estudios históricos de Sigerist y de Stern son buenos ejemplos de la importancia que se da al "tecnicismo" y al papel que desempeñan el médico, la medicina y los instrumentos en el progreso social. Dice Stern:

"La profesión médica le debe mucho a los instrumentos que facilitan el diagnóstico, y esta deuda ha aumentado en los últimos años" (32).

La primacía de las relaciones de producción. Un grupo variado de marxistas dan primacía a las relaciones de producción sobre las fuerzas productivas. Para Adorno, por ejemplo, en la sociedad industrial contemporánea estaría superada la hipótesis de Marx respecto a la potencialidad explosiva y revolucionaria insita en las fuerzas productivas (33), ya que las actuales relaciones de producción habrían llegado a ser la esencia del proceso en su totalidad y habrían domesticado el desarrollo de las fuerzas productivas (34). Para autores como Korsch, en la clásica dialéctica entre fuerzas productivas y relaciones de producción, éstas son interpretadas como variantes terminológicas de un conflicto reducible al solo nivel de las relaciones de producción (34).

Estos autores derivan su inspiración de Hegel y de las proposiciones del joven Marx y del joven Engels y más recientemente de Luckas y de autores como Adorno, Habermas, Marcuse y otros pertenecientes a la Escuela de Frankfurt. Esta corriente da gran importancia a la instancia ideológica, a la conciencia, a la legitimidad, y al papel mediador de las instituciones y de las ideas y, con respecto a la relación hombre-naturaleza, acentúa la dependencia que tiene la realidad natural de la sociedad.

La ciencia para esta corriente ha sido siempre o, al menos, lo es hoy día, una función de las *relaciones sociales* en cuanto instrumento de dominio de clase. La neutralidad de la ciencia es falsa no solo por el campo que se le adjudica, los medios y el financiamiento que se le otorga sino también porque se ha convertido en un instrumento irremediablemente dócil a los propósitos del sistema capitalista. En esta concepción hay un intento de asimilar el concepto de ciencia con el concepto de trabajo.

Autores pertenecientes a esta corriente comenzaron a estudiar la relación de la medicina con la sociedad a fines del decenio de 1960 y especialmente a partir del movimiento de mayo de 1968 en Francia. Uno de los representantes más conocidos de esta corriente es Polack (35), quien si bien entrelaza diferentes tendencias, se le puede catalogar, en lo esencial, dentro del llamado "marxismo occidental", según se aprecia en su libro *La medicina del capital* (36).

Polack sostiene que la medicina estaría determinada por la totalidad social y que, por lo tanto, ésta cambiaría su discurso y su práctica dependiendo de la instancia que, en un determinado momento, sea predominante en esa totalidad. El autor ataca el "economicismo" diciendo:

"Nada sería más simplista que trazar las líneas que, ligando el discurso de la medicina a las situaciones económicas, compondrían una estructura compartimentada de determinaciones unívocas, en donde el lenguaje médico representaría el último término y la superficie. Es un método muy diferente el que posibilita la fecundidad del análisis estructuralista cuando hace de su signo y de sus vicisitudes, el soporte universal de un conjunto, en donde cada elemento puede jugar, en su momento, el papel principal" (36).

Siendo las relaciones de producción el elemento dinámico y esencial de la totalidad social, la medicina es determinada en última instancia por la lucha de clases. Así, Polack interpreta el estatuto de la medicina en varios "momentos" históricos:

"La hipótesis de una interdependencia entre el estatuto de la medicina y las manifestaciones políticas, producidas por el ascenso de la burguesía francesa frente a los grilletes del feudalismo y las exigencias del campesinado abrumado, parece plausible. En lo concerniente a la medicina del mundo occidental, las diferentes clases sociales han debido modelar a su provecho el cuerpo constituido de un saber hegemónico, desvinculado así progresivamente —en su verdad universal— de las diversas prácticas terapéuticas que lo sostenían. Está claro que la sociedad ateniense refleja en el cuerpo la estratificación social que lo constituye" (37).

Según Polack, en el capitalismo la medicina que se dirige a

los trabajadores está destinada a elevar su nivel económico o a contribuir a su mantenimiento en el marco de una *reproducción*. Esta articulación con la fuerza de trabajo podría ser interpretada en un sentido economicista. Sin embargo, en este contexto el concepto de fuerza de trabajo es reducido al concepto de clase proletaria, energía proletaria. En el concepto de fuerza de trabajo convergen dos conceptos: fuerza de trabajo como la fuerza productiva fundamental y la fuerza de trabajo como componente de una determinada relación social (proletariado/burguesía). Para Polack el concepto de fuerza de trabajo se sumerge en el de relaciones de producción:

“La medicina no pretende invadir la soberanía de los marcos de organización económicos, sino solamente definir las incidencias de un cierto nivel de productividad, ocupándose de las fuerzas productivas, es decir de la energía proletaria. La medicina permite y favorece la no utilización de bienes colectivos preventivos, para saciar así la oleada de consumidores individuales de ‘objetos de salud’ (pastas dentífricas milagrosas, vitaminas salvadoras, afrodisíacos y corta-hambre, estimulantes y tranquilizantes, revistas médicas, masajes, sauna, aparatos ultravioleta, etc.). La medicina, al ser la responsable ideológica de esta no utilización, fortalece la ecuación que vincula la curación con el acto de consumo, es decir, con la compra de un producto y concentra su estrategia en el campo cerrado del ‘coloquio singular’ de la relación ‘médico-enfermo’, núcleo estructural del intercambio terapéutico, mediatizado por los ‘cuidados’ y el dinero, la prescripción y los honorarios” (38).

La medicina en el modo de producción capitalista es para Polack “la medicina del capital”. Una medicina al servicio del pueblo y, por lo tanto científica solo puede darse con la desaparición del capitalismo:

“La prevención supone un volteo de las finalidades sociales de la producción; el mercado capitalista impone a la medicina el camino de una economía de la muerte. La utilización íntegra de los conocimientos médicos en una práctica terapéutica desalienada requiere la muerte de esta economía de la explotación” (39).

Esta posición es considerada como extremista y discutida por otros autores. Nos estamos refiriendo a quienes continúan

el pensamiento de Gramsci. Así, Berlinguer expresa lo siguiente de la posición de Polack:

“Polack solamente asevera que la imposibilidad de una política de prevención es inherente a la ley de producción capitalista, sin comprender que esta afirmación (precisamente debido a que es válida sustancialmente) implica asimismo lo contrario: una política de prevención es esencial como medio de la lucha contra la ley de producción capitalista, para el establecimiento de relaciones sociales que restituyan un sentido de pertenencia en el individuo” (40).

El *estructuralismo* aparece en los últimos decenios y en una serie de ciencias humanísticas como una orientación metodológica importante, especialmente dentro de la corriente marxista. El estructuralismo destaca a un primer plano el análisis de la estructura del objeto investigado y “ha permitido plantear y solucionar importantes problemas relativos a la creación de un sistema general de métodos para el conocimiento científico-natural y social” (41). Sin embargo, algunos de sus representantes absolutizan el método e intentan elevarlo a la categoría de una concepción filosófica. Michel Foucault es uno de los autores más importantes de este enfoque absolutizador y ha tomado la medicina como uno de sus objetos de estudio (42). Lecourt expresa que Foucault utiliza palabras ya que no tiene respuesta a sus propias preguntas sobre la relación entre la infraestructura y la ideología y esto es así porque a la “arqueología” le falta un punto de vista de clase y olvida las respuestas dadas por el materialismo histórico (43).

El materialismo histórico considera como particulares los métodos estructurales, subordinados al método dialéctico general (44). La aplicación del estructuralismo al estudio de la medicina ha revelado sus limitaciones y mostrado la necesidad de con-
jugarlos con otros métodos de investigación.

LA LUCHA TEORICA ACTUAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

Las corrientes de pensamiento descritas anteriormente (neopositivismo, neokantismo y marxismo) se encuentran, en la actua-

lidad, en una aguda lucha con respecto a la explicación de los fenómenos en el campo de la salud. La variedad de teorías sobre la medicina refleja la dificultad del pensamiento en describir y expresar el carácter contradictorio de los fenómenos y estamos asistiendo a una lucha entre escuelas de pensamiento que tratan de explicar la relación de la medicina con la estructura social; la efectividad de la acción médica, los determinantes sociales de la enfermedad.

En el período anterior a los años 70, la concepción dominante de la autonomía de la medicina, de su efectividad, del poder de transformación social de las instituciones médicas y del efecto positivo sobre la salud del desarrollo económico, estaba avalada por el predominio del positivismo entre las corrientes del pensamiento médico. Aun los que se definían como marxistas acentuaban el papel progresista de la ciencia y del desarrollo de las fuerzas productivas en el capitalismo. Así, Henry F. Sigerist expresaba en 1943 "la civilización lucha contra la enfermedad en muchas formas, pero la medicina es su arma más poderosa" (45)

La concepción de que la medicina tenía una amplia autonomía y estaba al mismo nivel que otros subsistemas sociales tales como el económico, el político, el educacional, suponía la posibilidad de transformar la sociedad comenzando por cualesquiera de estos "sectores". Así, en dicha teoría se postulaban relaciones circulares entre enfermedad y pobreza y se sostenía la posibilidad de romper este círculo vicioso actuando sobre la enfermedad con el fin de lograr el desarrollo económico.

El enorme crecimiento de las fuerzas productivas que se produce en los países capitalistas desarrollados en el decenio de 1950 y, especialmente en el de 1960 topa a fines de este último decenio con las relaciones sociales de producción existentes, produciéndose una serie de cuestionamientos en la sociedad civil sobre los fines del desarrollo económico y los logros de la ciencia en relación con la desigualdad en la distribución de la riqueza. Así, por ejemplo, se critica la política exterior represiva y los gastos que implica, considerando la falta de atención prestada a los problemas domésticos. Surgen en este período una serie de movimientos sociales reivindicativos que reclaman su participación en la riqueza de la Gran Sociedad y que anteceden a la crisis económica del capita-

lismo que se inicia en el decenio de 1970. En el campo intelectual prosperan durante estos años las críticas al “cientificismo”, es decir, a la concepción positivista de una ciencia universal, empírica, atemporal y libre de valores. El positivismo no planteaba problemas éticos en la investigación científica ya que la ciencia, según esta corriente, nos dice como deberíamos comportarnos, concluyendo que los resultados de cualquier investigación serán de beneficio para la humanidad. En el sector salud, en este período se señalan los efectos negativos de la medicalización (46), se resalta el carácter ideológico y reproductor de las instituciones médicas y se propone la desmedicalización de la sociedad (47). En el terreno de la práctica médica surgen programas alternativos de autocuidado de la salud, atención primaria realizada por personal no profesional, revitalización de la medicina tradicional, tecnología apropiada, etc. La mayoría de estas experiencias y los principios sobre los que se sustentan fueron “apropiados” por el Estado de la mayoría de los países de la América Latina en el decenio de 1970, al mismo tiempo que se reducían, en forma relativa y absoluta, los presupuestos estatales para el área social. Este fenómeno “coincide” con la crisis fiscal del Estado, caracterizada por un aumento de los gastos en relación con las entradas y que “obliga” a la reducción de los gastos sociales en búsqueda de un presupuesto equilibrado. Así, frente a las crecientes necesidades de la población, resultantes de la crisis económica del capitalismo, se estimula la adopción de las alternativas “baratas” que habían surgido a fines del decenio de 1960 y comienzos de 1970.

La “apropiación” por parte del Estado de las alternativas surgidas de la crítica a las instituciones médicas y el reconocimiento creciente del fracaso de estas medidas han revitalizado la discusión teórica sobre la articulación del campo de la salud en la sociedad. Así, las dos corrientes, la fenomenología y el marxismo, que habían contribuido a criticar el positivismo a fines de los 60 y que habían coincidido en algunas proposiciones al nivel de la práctica y del saber se han ido distanciando y enfrentando durante los últimos años. Esta lucha teórica tiene pro-

fundas implicaciones para el esclarecimiento y transformación del marco teórico que algunos autores habían elaborado en América Latina a comienzos de los 70 para el campo de la salud.

DE UNA POSICION RADICAL A UNA REACCIONARIA

En el campo de la salud, a fines de los 60 y comienzos de los 70 varios plantean el carácter ideológico del saber médico (48), y en cuanto a la práctica médica, sostienen que:

a) la atención médica no es la causa del mejoramiento de la salud de las poblaciones (49),

b) la práctica médica es iatrogénica, es decir, es peligrosa para la salud (50),

c) la práctica médica incrementa su campo de actividad al definir un mayor número de condiciones humanas como enfermedad, proceso que designan como medicalización (51),

d) el profesionalismo constituía muy a menudo una defensa de privilegios ocupacionales y de clase en lugar de un mecanismo para mantener altos niveles de atención (52).

Finalmente, en el conocimiento epidemiológico se postulaba que el proceso de cambio en una comunidad que pasa de la agricultura a la industria o el cambio de un ambiente rural a uno urbano está asociado con cambios negativos en el nivel de salud (53).

Las posiciones expresadas anteriormente se dirigían a contradecir las concepciones centrales sostenidas por el positivismo y sus autores variaban en su concepción teórica. Predominaba, sin embargo, un cierto "eclecticismo teórico" que pasa a denominarse como "radical" debido al carácter de muchas de sus proposiciones.

A fines del decenio de 1970 se comienza a perfilar nítidamente dentro del movimiento "radical" una corriente fenomenológica. Los fenomenólogos atacaban, a diferencia de los marxistas, el carácter objetivo de la ciencia reduciendo este conocimiento a una experiencia subjetiva y arbitraria de los grupos dominantes. Así, para Kurt Wolff, "las grandes invenciones de la ciencia y la tecnología nos han inducido a usarlas... para controlar, mani-

pular, explotar a nosotros mismos y a todos los demás” (54). Los fenomenólogos no diferencian la actividad cognoscitiva en la ciencia de la que se realiza en el proceso empírico-espontáneo del conocimiento.

La posición de la fenomenología frente a la objetividad científica es el resultado de su concepción sobre el origen del conocimiento. La fenomenología es una filosofía neokantiana fundada por Edmund Husserl, quien plantea que los actos sociales envuelven una propiedad que no está presente en otros sectores del universo: la propiedad del significado. Según Husserl el significado solo puede entenderse subjetivamente y rechaza la posibilidad de separar el observador de lo observado. La verdad nunca es un rasgo de las sensaciones de un individuo, siempre se reconocerá en el conocimiento de los miembros de una comunidad (55). Para la fenomenología la verdad es siempre relativa y social, de aquí que considere el conocimiento científico como la experiencia subjetiva de una comunidad de participantes en una cultura dada y, por consiguiente, tan válida y “verdadera” como la experiencia subjetiva del shamanismo, el curanderismo y la meditación trascendental. El reducir y confinar todos los acontecimientos sociales a la experiencia inmediata y al consenso de la comunidad lleva a negar la existencia de los fenómenos estructurales y a concentrarse en la experiencia cotidiana en la cual los individuos se encuentran e interactúan en términos de símbolos arbitrarios y significados convencionales. Es desde esta posición que los fenomenólogos se identifican en los años 70 con los grupos minoritarios, criticando al Estado, a las instituciones médicas, a la ciencia positivista, etc., y adquieren el calificativo de “radical”. Sin embargo, su concepción epistemológica contiene elementos que han de llevarlos a una posición claramente reaccionaria a fines de los 70 y comienzos de los 80.

Los fenomenólogos consideran que la curación está basada en valores, símbolos y sistemas de significados compartidos y que, “desafortunadamente”, esto es exactamente lo que disminuye a medida que la medicina moderna se hace más científica y se aleja de la experiencia de la vida cotidiana (56). Es solo en la vida privada —expresan los autores fenomenólogos— que el individuo experimenta un sólido sentido de identidad y de logro

personal y estos son los elementos fundamentales de la curación. Son los grupos pequeños —la familia, los grupos religiosos, las asociaciones voluntarias, el vecindario— quienes dan estabilidad a la esfera privada y ordenan el propio sistema de significado del individuo y lo integran en una comunidad con una visión del mundo compartida. Estos grupos, que algunos fenomenólogos denominan “estructuras mediatizadoras”, protegen al individuo de la influencia negativa de las grandes estructuras sociales o megaestructuras (57). Manning y Fábrega, dos autores fenomenólogos expresan el efecto negativo de las grandes estructuras en la siguiente forma:

Las instituciones, en la medida que se ramifican en extensión e intensidad en la vida de la gente (pensar en el enorme incremento del poder de la policía del sistema de bienestar y en las escuelas en los últimos cinco años), ya no pueden solicitar la lealtad de una creciente minoría de sus participantes. Las maquinaciones de las grandes burocracias, distantes, casi imaginarias en su poder, afectan no obstante la vida del hombre moderno en formas sutiles” (58).

Los fenomenólogos, continuando la tradición de Kant, examinan el proceso del conocimiento como una actividad creadora constructiva. Las formas apriorísticas, uniéndose al contenido del conocimiento, garantizan la síntesis de los conocimientos, lo que determina la unidad de la variedad como un rasgo característico del objeto del conocimiento científico (59). Según los fenomenólogos, la forma en que la enfermedad se expresa en diferentes culturas y el conocimiento sobre la misma se origina en la experiencia humana con el cuerpo, la cual puede alterar las unidades cognitivas fundamentales que anclan al individuo en su mundo. Mannig y Fábrega (60) expresan:

“Los estudios que prueben significados básicos acerca del cuerpo pueden clarificar no solo lo que es universal y lo que es culturalmente variable acerca de la enfermedad, sino también el papel central que esas nociones estrelazadas tienen en la percepción del hombre en su relación con el ecosistema”.

Mary Douglas, por su parte, indica:

“El cuerpo social limita la forma en que el cuerpo físico es percibido. La experiencia física del cuerpo, siempre modifi

cada por las categorías sociales a través de las cuales es conocida, sostiene una visión particular de la sociedad” (61).

De esta concepción se deriva que las alteraciones del cuerpo producidas por la enfermedad y la forma de tratarlas será percibida en forma común por aquellos grupos que están más cerca del individuo (familia, grupos étnicos, religiosos, etc.).

La contradicción entre el progreso técnico alcanzado por la medicina y sus resultados negativos, entre los que se incluye la desigual distribución de la atención médica, se constituye en objeto de “reflexión” para la fenomenología. Es así como surgen una serie de planteamientos, relacionados entre sí, que intentan llenar el vacío ideológico dejado por el positivismo: a) la necesidad de desarrollar una filosofía de la medicina, b) el resaltar los problemas éticos en la medicina, y c) el establecer la relación entre religión y medicina.

Edmund D. Pellegrino, uno de los proponentes de una *filosofía de la medicina*, expresaba en 1976:

“Hay un interés renovado, tanto en la medicina como en la filosofía, en los problemas fundamentales y recurrentes del propósito, valor, significado y modo de la existencia humana. La medicina claramente no puede entender la realidad total de su sujeto, el hombre, o aprender a usar su conocimiento moralmente si no abandona su sesgo positivista, aun cuando la filosofía ya se ha despedido de su tinte positivista” (62).

Pellegrino llama filosofía, evidentemente, a las corrientes fenomenológicas y existencialistas, y señala algunas de las contribuciones recientes en el campo de la salud: el interés en la filosofía del cuerpo evidenciado en los trabajos de Marcel (63), Merleau-Ponty (64) y Spicker (65); la fundamentación filosófica de la psiquiatría, psicología y percepción en los trabajos de Straus (66), Straus, Natanson y Ey (67) y Grene (68); los trabajos de Engelhardt sobre los conceptos de salud y enfermedad y las bases filosóficas de la ética médica (59); la fusión de la fisiología y la antropología de Buytenijk (70), el análisis del encuentro médico-paciente de Laín Entralgo (71); el estudio de Wartofsky (72) sobre ontología humana y práctica médica, y la serie de trabajos de Zaner (73). Para 1974, según el mismo autor, unas 20 escuelas habían desarrollado programas para

integrar la ética, la filosofía y las humanidades en la educación profesional.

A partir de 1968, según Nelson, la literatura sobre *ética médica* ha crecido rápidamente, en especial con el aporte de autores neokantianos:

“Existe un reconocimiento cada vez mayor de que la gente no médica no solo tiene un gran interés en lo que sucede en el laboratorio, el hospital y la clínica, sino que tiene el derecho de ser informada y participar en el proceso de la “reflexión” ética en estos asuntos” (74).

Algunos autores, como Donogan (75), intentan reemplazar el fundamento religioso de lo que denominan una moralidad común por un fundamento kantiano, y lo defienden contra la posición secular utilitaria que consideran dominante en la filosofía académica en los Estados Unidos. Los kantianos concluyen, partiendo de que no existe un conocimiento neutral y objetivo, que aun el conocimiento más imparcial estará teñido con la posibilidad de demandas morales. Para estos autores, cualquier tipo de experimentación en el hombre constituye una amenaza a la “dignidad” humana. Consecuencia de este clima intelectual ha sido el establecimiento de comités de ética médica en numerosas instituciones de América Latina y la celebración de numerosas reuniones sobre el tema (76). El neokantismo absolutiza el componente ético de la relación ciencia-moral, mientras el positivismo sostiene que la ciencia orienta el desarrollo de la ética y de la moral. Para el marxismo la ciencia y la ética representan dos formas de la conciencia cuya relación es compleja y contradictoria, rechazando la deificación tanto de la ciencia (*cientificismo*) como de la moral (*moralismo*) (77).

El tercer planteamiento que intenta llenar el vacío ideológico dejado por el positivismo es promover *la relación de la religión con la medicina*. Este movimiento es sobresaliente en los Estados Unidos y en América Latina, donde se observa el resurgimiento de la religiosidad. La secularización de la medicina es un fenómeno moderno. Sin embargo, para los autores que postulan una unión estrecha entre medicina y religión “la historia sugiere que esta asociación es normal para los seres humanos. Los sentimientos y las ceremonias religiosas y los religiosos profesionales

estarán siempre presentes cuando la gente se encuentre enferma. Estamos en presencia de un fenómeno humanístico amplio, no de un interés exótico presente esporádicamente en la historia de la humanidad” (78). La introducción de estudios de religión en la formación de los profesionales de la salud podría, según sus proponentes, ser útil, entre otras cosas, para humanizar el sistema médico tecnificado en exceso; para ayudar al médico a hacer frente a nuevos tipos de problemas (personal, social, ético, religioso), para el cual la educación tecnológica no prepara adecuadamente; para iniciar la consideración de problemas como la muerte, el aborto, la distribución de recursos limitados entre diferentes necesidades, etc. (79).

Es preciso hacer notar que en los últimos años se han promovido varias formas de prácticas de cuidado de la salud, con el nombre de medicina “holística”, en que subyace el aspecto moral y religioso. Algunos de sus practicantes rechazan la medicina científica en términos religiosos (80); otros consideran estas prácticas como alternativas a la medicina científica (81) y otros como complementarias (82). Según Kipelman y Moskop (83), las diferentes prácticas que se incluyen bajo la medicina “holística” se unifican según las siguientes premisas:

a) la salud debe ser considerada como la integración del bienestar mental, físico, social y espiritual;

b) el individuo debe asumir la responsabilidad fundamental de su propia salud o enfermedad;

c) los practicantes de la medicina “holística” están obligados a servir como maestros con el fin de educar y ayudar a la gente a desarrollar aquellas actitudes, disposiciones, creencias, hábitos y prácticas que promuevan su propio bienestar;

d) los sistemas de cuidado de la salud deben ser transformados con el fin de orientarlos al tratamiento de las causas conductuales, sociales y ambientales de la enfermedad;

e) los servicios de salud a las personas deben concentrarse en la utilización de técnicas naturales (hierbas, alimentos naturales, etc.) para promover el “bienestar”.

Tal como lo expresa Lyotard:

“La fenomenología es tan incapaz de aliarse con el materialismo del proletariado revolucionario como con el idealismo del

imperialismo barbarizante, quiere abrir una tercera vía y hace objetivamente el juego de sus burguesías, aun cuando subjetivamente la honestidad de algunos de sus pensadores esté por encima de toda sospecha. No es un azar que su ala derecha vaya al fascismo y que su 'izquierda' se contradiga ridículamente" (84).

Las consecuencias de las concepciones fenomenológicas sobre las políticas de salud son relativamente claras:

a) disminución del papel del Estado y de las grandes instituciones médicas y su transferencia a los grupos pequeños o informales del sector privado;

b) reconocimiento de la existencia de formas alternativas de expresión, conocimiento y tratamiento de la enfermedad, del papel positivo de las estructuras mediatizadoras en la salud, y apoyo para su desarrollo y crecimiento.

La concepción fenomenológica sirve hoy día de sustento a la política de salud de varios gobiernos de los países capitalistas, entre ellos los Estados Unidos. Esta política congruente con la económica del "supply side" intenta sustituir el "Estado benefactor" mediante la conversión del consumidor de la asistencia médica en proveedor de esta por la vía del autocuidado y de su participación en las estructuras mediatizadoras. El desarrollo económico y social es concebido como determinado por la inversión privada generadora de riqueza y por el aporte voluntario, contribuyente del bienestar social.

Este cuerpo teórico reaccionario elaborado por grupos de intelectuales, como los fenomenólogos que participan en el American Enterprise Institute (85), es propagado en forma simplificada a toda la sociedad. Sin embargo, el hecho de que algunos sectores sostengan en el terreno práctico concepciones que podrían ser consideradas como derivadas de la filosofía fenomenológica, pero sin el conocimiento de su cuerpo doctrinario, no puede explicarse solamente por un fenómeno de difusión de las ideas elaboradas por un grupo de intelectuales. La explicación debe buscarse, por lo tanto, en la existencia de ciertas categorías generales que reflejan cambios en el mundo material. Así, la participación creciente del Estado en lo económico y social a partir de la Segunda Guerra Mundial y la crisis económica del capitalismo en los años 70, junto con la crisis fiscal del Estado, lleva a centrar

la atención de los intelectuales sobre la relación del individuo con el Estado y sus aparatos económicos e ideológicos. La interpretación de esta crisis y las proposiciones para su solución provienen de varios sectores y corrientes. Así, surgen en el campo de la salud conceptos como atención primaria, autocuidado, organización formal e informal, medicina tradicional como alternativa válida a la medicina oficial, participación comunitaria en la atención de la salud, investigación-acción, etc. Todos estos conceptos y proposiciones confluyen con las concepciones fenomenológicas. Las proposiciones así surgidas son tomadas por los grupos dominantes para justificar la reorganización de la economía capitalista y de los aparatos del Estado, incluidos aquellos encargados de la salud.

La relación de la medicina con la estructura social es captada en forma unilateral por la fenomenología. Esta misma unilateralidad se observa en ciertas corrientes que se autodenominan marxistas, especialmente en los Estados Unidos, donde no existe una tradición teórica marxista importante. Si bien uno de estos autores (86) señala las contradicciones existentes entre diferentes tendencias dentro del marxismo, que denomina "crítica de la economía política" y "crítica cultural", no logra superarlas.

La pérdida de hegemonía del neopositivismo y el crecimiento de la producción científica de autores fenomenólogos sobre los aspectos sociales en el campo de la salud deben relacionarse con los cambios económicos y políticos que se observan en el mundo actual. La afirmación hecha por Stern en los años 40 sobre el triunfo de la medicina científica frente a las concepciones religiosas se ve, hoy día, como circunstancial ante la expansión de prácticas médicas pseudocientíficas y de carácter religioso. La agudización de las contradicciones del capitalismo producida por la crisis económica no es ajena al surgimiento de concepciones y prácticas irracionales y a una revitalización de la religiosidad en la medicina. Valdría así la pena recordar que en los tiempos de grandes catástrofes físicas o sociales, tal como lo expresa Sigerist (87), prevalece un filosofía mística y la religión y la hechicería saltan a la palestra. Sin embargo, las contradicciones señaladas abren también oportunidades para una producción científica desalienante y comprometida con los grupos dominados.

RESUMEN

El artículo se refiere a las respuestas que dan diferentes corrientes de pensamiento a las preguntas fundamentales sobre el grado de autonomía de la medicina y sobre el tipo de articulación que tiene la medicina con la totalidad social o con sus "partes". Las respuestas a estas preguntas varían de acuerdo con las corrientes existentes en las ciencias sociales y las escuelas filosóficas con las cuales estas se relacionan. El autor divide la exposición en dos grandes capítulos: en el primero, que trata de las corrientes de pensamiento en el campo de la salud, intenta señalar las bases filosóficas sobre las que se sustentan las principales corrientes existentes en este campo, sin pretender hacer una historia de las corrientes filosóficas ni realizar un análisis exhaustivo de cada una de estas. Así, se estudian dos corrientes idealistas que han tenido una gran influencia en el campo de la salud —el neopositivismo y el neokantismo— y el marxismo como la corriente materialista que reconoce el carácter primario de la materia, la naturaleza, la realidad objetiva y que considera la conciencia como una propiedad de la materia.

En el segundo capítulo se analiza la lucha teórica actual entre las escuelas de pensamiento estudiadas en el capítulo anterior, que tratan de explicar la relación de la medicina con la estructura social; la efectividad de la acción médica, y los determinantes sociales de la enfermedad. En el período anterior a los años 70 —expresa el autor— la concepción dominante de la autonomía de la medicina, de su efectividad, del poder de transformación social de las instituciones médicas y del efecto positivo sobre la salud del desarrollo económico, estaba avalada por el predominio del positivismo entre las corrientes del pensamiento médico. La concepción de que la medicina tenía una amplia autonomía y estaba al mismo nivel que otros subsistemas, tales como el económico, el político, el educacional, suponía la posibilidad de transformar la sociedad comenzando por cualesquiera de estos "sectores".

El enorme crecimiento de las fuerzas productivas que se produce en los países capitalistas desarrollados en el decenio de

1950 y, especialmente, en el de 1960, topa a fines de este último decenio con las relaciones sociales de producción existentes, frenando el progreso de las fuerzas productivas y produciéndose, en consecuencia, una serie de cuestionamientos en la sociedad civil sobre los fines del desarrollo económico y los logros de la ciencia en relación con la desigualdad en la distribución de la riqueza. En el sector salud, prosperan en este período las críticas a la concepción positivista y se señalan los efectos negativos de la medicalización, se resalta el carácter ideológico y reproductor de las instituciones médicas y se propone la desmedicalización de la sociedad. En el terreno de la práctica médica surgen programas alternativos de autocuidado de la salud, atención primaria realizada por personal no profesional, revitalización de la medicina tradicional, tecnología apropiada, etc.

La "apropiación" por parte del Estado en el decenio de 1970 de las alternativas surgidas de la crítica a las instituciones médicas y el reconocimiento creciente del fracaso de estas medidas han revitalizado la discusión teórica sobre la articulación del campo de la salud en la sociedad. Así, las dos corrientes —la fenomenología y el marxismo— que habían contribuido a criticar el positivismo a fines de los años 60 y que habían coincidido en algunas proposiciones al nivel de la práctica y del saber, se han ido distanciando y enfrentando durante los últimos años. Esta lucha teórica tiene —según el autor— profundas implicaciones para el esclarecimiento y la transformación del marco teórico que se había elaborado en América Latina a comienzos de los años 70 para el campo de la salud.

REFERENCIAS

- 1 - Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid, 1970.
- 2 - Portantiero, J. C. *Estudiantes y política en América Latina*. México, D. F., Siglo Veintiuno, 1978.
- 3 - Kant, E. *Crítica de la razón pura*. Buenos Aires, Ed. Sopena Argentina, 1940.
- 4 - Schult, A. *The Phenomenology of the Social World*. Evanston, Illinois, Northwestern University Press, 1967.
- 5 - Kant, E. *Fundamental Principles of the Metaphysics of Morals. The Essential Kant*. Nueva York, The New American Library, 1970.

- 6- Pedro Laín Entralgo es un médico español contemporáneo, nacido en 1908, que ha dedicado sus actividades a los problemas históricos de la medicina. Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Central (Madrid), fundó y dirigió la primera época de la revista *Escorial* y, en 1948, fundó la revista *Cuadernos Hispanoamericanos*. Sus obras principales son: *Menéndez Pelayo* (1944); *La generación del noventa y ocho* (1945); *La historia clínica* (1950); *Historia de la medicina* (1954); *Mind and Body* (Londres, 1955); *España como problema* (1956); *La espera de la esperanza* (1956); *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica* (1958); *Teoría y realidad del otro* (1961); *Enfermedad y pecado* (1961).
- 7- Laín Entralgo, P. *Enfermedad y pecado*. Barcelona, Ediciones Toray, 1961.
- 8- Laín Entralgo, P. *Ibid.*
- 9- Laín Entralgo, P. La obra de Segismundo Freud. *Estudios de historia de la medicina y de antropología médica*. Madrid, 1943.
- 10- Laín Entralgo, P. La obra de Segismundo Freud y *Enfermedad y pecado*.
- 11- Laín Entralgo, P. Director, *Historia universal de la medicina* (7 tomos). Barcelona, Salvat Editores, 1975.
- 12- Laín Entralgo, P. *Enfermedad y pecado*.
- 13- Entre los numerosos trabajos críticos que existen sobre el funcionalismo sociológico, uno de los más conocidos es el de Alvin W Gouldner, *The Coming Crisis in Western Sociology*. Nueva York, Basic Books, 1970.
- 14- Swingewood, A. *Marx and Modern Social Theory*. Nueva York, Halsted Press (A Division of John Wiley & Sons), 1975.
- 15- Talcott Parsons, sociólogo norteamericano, nació en Colorado Springs en 1902. Estudió en la London School of Economics (1924-1925) y se recibió de Doctor en Filosofía (1927) en la Universidad de Heidelberg (Alemania). Ha sido profesor de sociología de la Universidad de Harvard (1944-1973) donde ingresó en 1927 como instructor de economía. Es autor de numerosos artículos y libros, entre ellos: *Structure of Social Action* (1949); *Toward a General Theory of Action* (ed. 1951); *The Social System* (1964); *Social Structure and Personality* (1964); *Politics and Social Structure* (1969); *The System of Modern Societies* (1971, y *The Evolution of Societies* (1977).
- 16- Parsons, T. *The Social System*. Glencoe, Illinois, The Free Press, 1964.
- 17- Parsons, T. *Ibid.*
- 18- Parsons, T. *Ibid.*
- 19- Glezerman, G. y Kursá Nov, G. *Materialismo histórico*. Buenos Aires, Ediciones Estudio, 1973.
- 20- Marx, C. *Contribución a la crítica de la economía política*. Buenos Aires, Ediciones Estudio, 1970.
- 21- Bernhard Joseph Stern, sociólogo y antropólogo norteamericano (1894-1956), recibió en 1927 su Doctorado de Filosofía en sociología y antropología en la Universidad de Columbia (Nueva York) y en 1931 fue nombrado editor asistente de la *Enciclopedia de Ciencias Sociales* y profesor (Lecturer) de sociología en la Universidad de Columbia, y de antropología en la Nueva Escuela de Investigación Social. Stern fue el primer sociólogo norteamericano que trabajó intensamente en el campo de la sociología médica. La disertación doctoral *Social Factors in Medical Progress* (Columbia University Press, 1927) y su primer libro *Should We Be Vaccinated*, marcan el comienzo de su producción científica en ese campo. Stern escribió seis libros y numerosos artículos sobre sociología médica y en 1936 participó en la fundación de la prestigiosa revista *Science and Society*. El surgimiento de la corriente

- neopositivista en la sociología médica y el marcartismo de comienzos del decenio de 1950, relegaron las obras de Stern a un segundo plano y su contribución ha sido olvidada por la sociología médica norteamericana actual.
- 22 - Stern, J. *Society and Medical Progress*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1941.
 - 23 - Stern, J. *Ibid*.
 - 24 - Stern, J. Some Aspects of Historical of Historical Materialism, en R. W. Sellars, J. V. Mc Gill y M. Farber, eds. *Philosophy for the Future*. Nueva York, The MacMillan Company, 1949.
 - 25 - Farrington, B. Demócrito, Platón y Epicuro, R. W. Sellars, V. J. McGill y M. Farber, eds., *Filosofía del futuro*. México, Cía. General de Ediciones, 1951.
 - 26 - Stern, J. The physician and society. *The Intern* 14(3), marzo de 1948.
 - 27 - Stern, J. Some Aspects of Historical Materialism.
 - 28 - Stern, J. *Society and Medical Progress*.
 - 29 - Stern, J. *American Medical Practice*. Nueva York, The Commonwealth Fund, 1945.
 - 30 - Stern, J. *Society and Medical Progress*.
 - 31 - Poulantzas, N. *Fascismo y dictadura*. México. Siglo Veintiuno, 1971.
 - 32 - Stern, J. *Society and Medical Progress*.
 - 33 - Adorno, T. W. *Prismas: La crítica de la cultura y de la sociedad*. Barcelona, Ediciones Ariel, 1962.
 - 34 - Korsch, K. *Karl Marx*. Nueva Yory, Russell, 1963.
 - 35 - Jean-Claude Polack nació en Estrasburgo en 1936 y fue sindicalista durante la guerra de Argelia, Presidente de la Asociación de Estudiantes de Medicina en París, especialista en psiquiatría y psicoanálisis y director de la revista *Cahiers pour la Folie*.
 - 36 - Polack, J. C. *La Médecine du Capital*. Paris, François Maspero, 1971. Trad. *La medicina del capital*. Madrid, Editorial Fundamentos, 1974.
 - 37 - Polack, J. C. *Ibid*.
 - 38 - Polack, J. C. *Ibid*.
 - 39 - Polack, J. C. *Ibid*.
 - 40 - Berlinguer, G. *Medicina e Política*. Bari, De Donato Editore, 1973.
 - 41 - Blauberg, I. Director, *Diccionario Marxista de Filosofía*. México, Ediciones de Cultura Popular, 1975.
 - 42 - Las obras de Michel Foucault han tenido una gran influencia en la medicina social latinoamericana. Sus obras más importantes sobre historia de la medicina son: *Enfermedad mental y personalidad*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1964; *Historia de la locura en la Epoca Clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967; *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo Veintiuno, 1966, y *Medicina e historia - El pensamiento de Michel Foucault*, Washington,, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1978. Existen varios estudios sobre la obra de Foucault, entre estos: Arouca, S. y Márquez, M. La arqueología de la medicina, *Educ. Méd. Salud* 8(4):331-346, 1974. Kuzzweil, E. Michel Foucault: Ending the era of man, *Theory and Society* 4(3), Fall 1977; White, H. V. Foucault decoded: Notes from the underground, *History and Theory* 1, 1973.
 - 43 - Lecourt, D. Sur l'Archéologie du Savoir. *Pensée* 152, 1970.
 - 44 - Blauberg, I. *Diccionario Marxista de Filosofía*.
 - 45 - Sigerist, H. E. *Civilización y enfermedad*. México, Fondo de Cultura Económica, 1946.
 - 46 - Zola, I. K. Medicine as an Institution of Social Control, en J. Ehren-

- reich, ed. *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. Nueva York, Monthly Review Press, 1978.
- 47 - Illich, I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Nueva York, Bantam, 1977.
- 48 - John Ehrenreich, en la introducción de *The Cultural Crisis of Modern Medicine* expresa que el conocimiento "científico" de los médicos no puede considerarse, en algunos casos, como conocimiento ya que son mensajes sociales envueltos en un lenguaje técnico.
- 49 - McKeown, T. *Medicine in Modern Society*. London, Allen and Unwin, 1965; J. Powles. On the limitations of modern medicine. *Sci Med Man* 1(1), 1973; A. L. Cochranse. Effectiveness and efficiency, Rock Carling Monograph, 1971.
- 50 - Illich, I. *Op. cit.*
- 51 - Zola, I. K. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociol. Rev.* 20(4), 1972.
- 52 - Spieler, E. Division of laborers. *Health-Pac Bulletin*, November, 1972; Brown, C. A. The division of laborers: Allied health professions. *Int. J. Health Serv.* 3(3), 1973; Ehrenreich, B. y J. Ehrenreich. Hospital workers: Class conflicts in the making. *Int. J. Health Serv.* 5(1), 1975.
- 53 - Cassel, J., R. Patrick y D. Jenkins. Epidemiological analysis of the health implications of cultural changer: A conceptual model. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 84, 1960. Cassel, J. y H. A. Tyroler. Epidemiological studies of culture change - I. *Arch. Environ Health* 3, 1961; Eyer, J. Hypertension as a disease of modern society. *Int. J. of Health Serv.* 5, 1975.
- 54 - Radical Anthropology, en Dell Hymes, ed. *Reinventig Anthopology*. Nueva York, Random House, 1973.
- 55 - Husserl, E. *The Crisis of European Sciences and Trascendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy*. Evanston, Illinois, Northwestern University Press, 1970.
- 56 - Levin, L. S. e Idler, E. L. *The Hidden Health Care System: Mediating Structures and Medicine*. Cambridge, Massachusetts, Ballinger Publishing Co., 1981.
- 57 - Levin e Idler. *Ibid.*
- 58 - Manning, P. K. y Fábrega, Horacio Jr. The Experience of Self and Body: Health and Illness in the Chiapas Highlands, en Psathas, George, ed. *Phenomenological Sociology: Issues and Applications*. Nueva York, John Wiley and Sons, 1973.
- 59 - Academia de Ciencias de la URSS y Academia de Ciencias de Cuba. *Metodología del Conocimiento Científico*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1975.
- 60 - Manning y Fábrega. The Experience of Self and Body.
- 61 - Douglas, M. *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. Nueva York, Random, 1972.
- 62 - Pellegrino, E. D. Philosophy of Medicine: Problematic and Potential. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1(1), March, 1976.
- 63 - Marcel, G. Incarnate Being as the Central Datum of Metaphysical Reflection. *Creative Fidelity*. Nueva York, Noonday Press, 1964.
- 64 - Merleau-Ponty, M. The Spatiality of the Lived Body and Motility, en Stuart F. Spicker, ed. *The Philosophy of the Body*. Chicago, Illinois, Quadrangle Books, 1970.
- 65 - Spicker, S. F. The Lived Body as Catalytic Agent: Reaction at the Interface of Medicine and Philosophy, en Engelhardt J., H. R. y S. F. Spicker, eds., *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. Dordrecht, Reidel Publishing Co., 1975; Spicker, S. F. Terra firma

- and infirma Species. *Journal of Medicine and Philosophy* 1(2), June 1976.
- 66 - Straus, E. *Phenomenological Psychology: The Selected Papers of Erwin W. Straus*. Nueva York, Basic Books, 1966.
- 67 - Straus, E., Natanson, M. e Ey, H. *Psychiatry and Philosophy*. Nueva York, Springer-Verlag, 1969.
- 68 - Grene, M. People and other animals. *Philosophia Naturalis* 14, 1973.
- 69 - Engelhardt J., H. T. The Concepts of Health and Disease, en Engelhardt y Spicker, etc. *Evolution and Explanation in the Biomedical Sciences*.
- 70 - Buytendijk, F. J. *Prolegomena ton an Anthropological Physiology*. Pittsburgh, Pennsylvania, Dunesne University Press, 1974.
- 71 - Laín Entralgo, P. *Doctor and Patient*. Londres, World University Press, 1969; La relación médico-enfermo. *Revista de Occidente*, Madrid, 1964.
- 72 - Wartofsky, M. W. Organs, Organism and Disease: Human Ontology and Medical Practice, en Engelhardt y Spieker, eds. *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*.
- 73 - Zaner, R. The radical reality of the human body. *Humanitas* 2(1), 1966; Context and Reflexivity: The Genealogy of Self, en Engelhardt y Spiker, eds. *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*.
- 74 - Nelson, J. B. *Human Medicine Ethical Perspective in New Medical Issues*. Minneapolis, Minnesota, Augsburg Publishing House, 1973.
- 75 - Donagan, A. *The Theory of Morality*. Chicago, Illinois, University of Chicago Press, 1977.
- 76 - Bankowski, Z. y Cornera Bernardelli, J. *Medical Ethics and Medical Education*. Ginebra, Council for International Organizations of Medical Sciences, 1981.
- 77 - Arsenyev, A. *The Relationship betuecn Science and Morality*. Moscú, Progress Publishers, 1975.
- 78 - Shriver, Jr., D. W. Medicine and Religión: Some Definitions and Goals, en Shriver, J., D. W., ed. *Medicine and Religion: Strategies of Care*. Pittsburgh, Pennsylvania, University of Pittsburgh Pres, 1980.
- 79 - Shriver, J., D. W. The Interrelationships of Religion and Medicine, *ibid*. Es importante señalar que uno de los participantes más activos del movimiento religioso en medicina, John H. Bryant, fue nombrado Director de la Oficina de Salud Internacional en el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos durante el gobierno de Carter.
- 80 - LaPatra, J. *Healing*. Nueva York, McGraw-Hill, 1978.
- 81 - Challes, D. Integrated Health. *The Holistic Health Handbook*. Andor Press, Berkeley, California, 1978.
- 82 - Bloomfield, H. y Kori, R. *The Holistic Way to Health and Happiness*. Nueva York, Simon and Schuster, 1978.
- 83 - Kipelman, L. y Moskop, J. The holistic health movement: A survey and critique. *The Journal of Medicine and Philosophy* 6(2), mayo de 1981.
- 84 - Lyoterd, J. F. *La fenomenología*. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1960.
- 85 - The American Enterprise Institute es un "think tank" financiado por grandes empresas norteamericanas, de orientación derechista y que sirve de apoyo intelectual al gobierno de Ronald Reagan. *Newsweek*, 2 de febrero de 1981.
- 86 - Ehrenreich, J. Introducción del libro *The Cultural Crisis of Modern Medicine*.
- 87 - Sigerist, H. F. *Civilization y enfermedad*.

CORRIENTES DE PENSAMIENTO EN LA SALUD PUBLICA ARGENTINA *

JOSÉ CARLOS ESCUDERO

Lo que sigue no es una disquisición de tipo althusseriano sobre el papel de la ideología en el Estado o la sociedad civil, sino una caracterización de ciertas agrupaciones ideológicas que pueden adivinarse en la salud pública argentina de hoy. Es un tema difícil, por varios motivos. En primer lugar, porque sobre él se ha escrito muy poco o nada hasta ahora: no hay un cuerpo de publicaciones anteriores al que referirse. En segundo lugar, porque quien esto escribe no es un observador neutral de lo que sucede en nuestra salud pública, sino un militante comprometido en ella, con convicciones muy profundas acerca de cómo debe ser y cómo no debe ser nuestra salud; y es inevitable que esta situación no neutral se refleje en el análisis que sigue.

Las corrientes que se presentan a continuación serán rastreadas en el pasado para estudiar sus orígenes, y se las estudiará en algunos de sus comportamientos recientes.

En este tema de manera mucho más evidente que en otros, es de esperar que la presentación que sigue ayude a que se genere un debate que es muy necesario en nuestro país, para lo cual lo que sigue debe entenderse apenas como un borrador inicial.

LA SALUD PUBLICA TRADICIONAL

Esta forma de ver a la salud pública se encuentra bien representada en su enseñanza actual y en las reparticiones oficiales que se ocupan de la salud. Consiste en ver a la salud colectiva

* Mimeo, Buenos Aires, 1985.

como una gran cantidad de problemas puntuales, los que pueden ser resueltos mediante la aplicación de ciertas técnicas. El análisis de por qué se eligen o se descartan ciertas técnicas (por ejemplo: se puede inmunizar a la población con formas organizativas muy diferentes, desde una máxima participación popular hasta un control institucional total, porque se elige una de estas opciones, no se analiza); y más allá de esto, el análisis de la sociedad como algo que enmarca a la Salud Pública están ausentes.

Tanto en la enseñanza como en la práctica, el uso de técnicas y la confección de "Programas" son dominantes: técnicas de inmunización, programas materno-infantiles, de saneamiento ambiental, de administración general, de administración hospitalaria, de educación sanitaria (vista esta como una transferencia unidireccional de conocimientos por parte del educador). Se da un gran énfasis a la enseñanza de cierto tipo de estadística: paramétrica, inferencial, en la cual la Curva Normal gaussiana y sus elaboraciones se usan como elementos importantes para conocer una realidad sanitaria.

Esta Salud Pública es eminentemente apolítica y quienes la practican podrán ejercerla (o dicen poder ejercerla) en los contextos políticos más dispares. Sus divisas son la racionalidad y la eficiencia, concibiendo a estos términos de la manera más restringida: un administrador hospitalario por ejemplo, tratará que el hospital a su cargo produzca la mayor cantidad de actividades medibles con un mínimo de insumos y con un mínimo de estrangulamiento interno. Las preguntas que un lego, o un técnico con otra orientación pueden hacer inmediatamente: a qué población atiende el hospital, a qué población no atiende, cuál es su relación con la comunidad, qué modelos médicos estimula o desestimula, qué técnicas de atención médica elige o descarta, no son de interés para un administrador hospitalario de este tipo. Por otro lado este énfasis en la eficiencia y la eficacia institucional o programática, no suele casi nunca tener en cuenta los niveles de salud de la población en general, así como no tiene en cuenta los condicionantes políticos o económicos a que está sujeto.

Esta visión de la Salud Pública como algo puntual y descontextuado, pasible de soluciones técnicas igualmente puntuales, tiene —independientemente de su utilidad en circunstancias polí-

ticas difíciles— un origen histórico en el comienzo de la Salud Pública en los países latinoamericanos. En efecto, cuando se rastrean las primeras actividades sanitarias en nuestros países, y el establecimiento de las primeras reparticiones oficiales encargadas de la salud colectiva, se ve que éstas tuvieron su campo de acción en la lucha contra enfermedades con cadenas causales simples, vehiculizadas generalmente por insectos y donde existían medidas sanitarias más o menos eficaces, pero sobre todo si se trataba de enfermedades cuya existencia ponía en peligro la integración de los países de América Latina con la economía-mundo capitalista, ya sea porque existían en los puertos donde se importaba o exportaba, o en las economías de plantación (1) que producían mercancías para el mercado mundial (2).

La primera “medicina científica”, producto de la hegemonía intelectual de los modelos explicativos bacterianos de Pasteur y Koch y su subproducto, la “medicina tropical” (3), produjeron herramientas técnicas para estas actividades; y su difusión en los ámbitos docentes correspondió en gran parte a actividades de la Fundación Rockefeller de los Estados Unidos, al ayudar al establecimiento, subsidiar el funcionamiento y contribuir a la capacitación de docentes de las Escuelas de Salud Pública que fundaron en varios países latinoamericanos (4). Esta línea intelectual continúa todavía, aunque la Fundación Rockefeller ha sido reemplazada en su tarea por otras organizaciones. Reiteremos: para este tipo de visiones, la salud no es otra cosa que la resultante de la aplicación correcta de ciertas técnicas que se juzgan exitosas. Lo social y lo político se escamotean, así como también se escamotea el contexto internacional que condiciona la situación de la salud en los países periféricos.

EL DESARROLISMO

El desarrollismo es una corriente muy importante en la salud pública argentina, y por muchas causas. En primer lugar, por su difusión y su peso actual (pese a que la evidencia empírica sugiere lo contrario: hace años que en la Argentina se encuentra en proceso de subdesarrollo y no de desarrollo); además porque

es la primera corriente no contestataria que acepta que la categoría independiente para estudiar a la salud procede de fuera de ella, de la economía.

Los orígenes intelectuales del desarrollismo fueron diversos. El libro de Rostow *Las etapas del crecimiento económico*, de comienzos de los sesenta, que postulaba una evolución unilineal para todas las sociedades del planeta, cuya etapa final iba a ser una sociedad de consumo a la norteamericana. Simultáneamente, la pléthora de libros sobre sociología, economía, rural, ciencias políticas, antropología, donde se planteaba la necesidad de que lo “moderno terminara absorbiendo o lo “feudal”, dentro de un proceso de modernización social (5), visión que comenzó a ser ásperamente criticada a fines de la misma década (6). El origen político del desarrollismo en América Latina puede ser caracterizado con mayor precisión. El triunfo de la Revolución Cubana sorprende a una América Latina en la cual ya eran evidentes los síntomas de estancamiento de un modelo económico cuya prosperidad final correspondió al “boom” de la guerra de Corea. La respuesta intelectual a la Revolución Cubana —hubo otras respuestas pero fueron militares— estuvo dada por la Alianza para el Progreso y por la Reunión de Punta del Este (1961). Allí se planteó la necesidad de que se hiciera una planificación de los sectores sociales, dentro de un esquema general capitalista y se comenzó a enfatizar que el desarrollo necesitaba de trabajadores sanos: la enfermedad generaba pobreza, la cual a su vez generaba enfermedad, con el esquema del “círculo vicioso”, que Winslow había expuesto una década antes.

Se trataba entonces de desarrollarse económicamente (de llegar al punto de “despegue” rostowiano), de planificar a lo social y entre esto a la salud y la buena salud de nuestro pueblo iba a darse consecuentemente. El aumento en el Producto Bruto por habitante iba a ser el barómetro de todo este proceso. Pueden plantearse muchas objeciones al desarrollismo en salud, pero nos centraremos en dos: una empírica y una teórica. Empíricamente, se ha comprobado que los indicadores econométricos que indican “desarrollo” miden mal —cuando no son directamente opuestos— a lo que registran los indicadores sanitarios. El “milagro brasileño” fue durante bastante tiempo ejemplo de un “desarrollo”

exitoso: el Producto Bruto Interno del Brasil aumentó a un ritmo cerca del 10 % por año durante varios años. Las consecuencias sanitarias, sin embargo fueron diferentes a las que propiciaban los desarrollistas.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR MIL NACIDOS VIVOS
EN LAS DIFERENTES REGIONES BRASILEÑAS

Años	Regiones (*)					Todo el país
	Norte	Noreste	Centrooeste	Sureste	Sur	
1968	55.3	111.7	69.0	85.6	70.1	84.4
1976	76.9	130.3	55.3 (**)	94.6	66.2	99.9

Fuente: Antonio O. Nunes Coutinho, "Alimentação e Nutrição no Brasil", junio de 1981. Los datos originales son del Ministerio de Saúde, Brasil. (*) Capitales de Estado solamente. Los datos de las ciudades pequeñas y de la población rural son superiores. (**) Año 1975.

Una de las explicaciones de esto puede hallarse en el cuadro siguiente.

DISTRIBUCION DE LA RIQUEZA NACIONAL POR GRUPOS
DE POBLACION. BRASIL

Grupo	Porcentaje de la riqueza		Porcentaje del aumento en la riqueza nacional
	1960	1970	
50 % más pobre	18	14	3
30 % menos pobre	28	23	10
10 % más rico	15	15	13
El 10 % más rico	39	48	74
	100	100	100

Fuente: A Gillone y J. Gadano "Malnutrición in Brazil", Anexo 2 del Capítulo II de R. García y J. C. Escudero *The Constant Catastrophe*, Pergamon Press, Oxford, 1982.

En términos teóricos, el desarrollismo, o sea, la evolución lineal de todas las economías a estadios superiores ha sido cuestionado muy severamente desde fines de los sesenta, entre mu-

chos otros por los "dependentistas" latinoamericanos. Es bien conocida la frase de Frank: "La India no se encontraba subdesarrollada cuando fue sojuzgada por Inglaterra. Estaba no desarrollada, lo que no es lo mismo, y fue Inglaterra quien la subdesarrolló". Visiones como esta plantean que los países de la periferia capitalista no van a desarrollarse nunca "a la capitalista", ya que este camino histórico se encuentra cerrado para siempre. La evidencia empírica de la última década tiende a confirmar esto.

LA SALUD DE LOS MILITARES

Esta es una categoría no muy exacta, en cuanto los militares en la política argentina no actúan por sí, sino aplicando políticas que otros generan. Los militares han dado seis golpes de Estado en nuestro país en lo que va del siglo; y la amenaza de su intervención ha condicionado siempre la política de los gobiernos civiles, en general en un sentido antipopular. Los militares derribaron a tres gobiernos elegidos democráticamente: en 1930, 1955, 1976; a dos gobiernos de "democracia restringida" (con el peronismo proscripto) en 1962 y 1966; y a un gobierno fraudulento en 1943. La única intervención de la cual se desprendieron muy indirectamente políticas sanitarias populares fue el golpe de 1943, que rompió un ciclo de 16 años de fraude y permitió la elección del primer gobierno peronista. En él actuaron Eva Perón y Ramón Carrillo, cuyas gestiones no han sido, aún hoy, valuadas en su real importancia, y que se tradujeron en una duplicación en el número de camas hospitalarias entre 1946 y 1955; una triplicación en el número de trabajadores oficiales en salud, una cuadruplicación en el presupuesto en salud entre 1946 y 1951 y una reducción de la mortalidad infantil de 84 por mil en 1946 a 60 por mil en 1954, hechos que tienen pocos paralelos en América Latina en el mundo.

De cualquier forma, "la salud de los militares" se ha convertido en una categoría de análisis histórico en nuestro país, tanto bajo la "Revolución Argentina" (1966-1973) como bajo el "Proceso" (1976-1983).

Son sus características comunes: la reducción del salario

obrero, generando así insalubridad y desnutrición; el arancelamiento de los hospitales; la reducción del gasto en salud; el descuido de la medicina preventiva y en general de las actividades de salud "mano de obra intensivas", en beneficio del gasto en medicamentos, en tecnología y en espectaculares operaciones ejecutadas por "médicos-estrellas"; el desestímulo (cuando no una represión directa) hacia las medidas de organización popular en el área de la salud y un agravamiento tendencial de las epidemias que provoca la represión, que llegaron a un paroxismo bajo el Proceso: quizás cien mil personas que fueron torturadas físicamente por lo menos una vez, quizás 20.000 asesinatos políticos, cientos de miles de personas sometidas a torturas psicológicas, decenas de millones que viven las consecuencias del Terror de Estado. Estas epidemias deben ser estudiadas lo antes posible, con todo el rigor que ofrece el método epidemiológico.

Recordemos que la oligarquía y las multinacionales tienen una política sanitaria muy coherente, pero carecen de un discurso sanitario que acompañe esta política, salvo a nivel de declaraciones muy generales, como invocaciones a la "libertad de mercado" que permite que un consumidor compre medicamentos inútiles o procedimientos de atención médica que no necesita. Esta falta de discurso no es un inconveniente en un contexto de represión, como ha pasado en la Argentina, donde la acción militar permitió la puesta en práctica de políticas sanitarias que les resultaron muy beneficiosas en el sentido que se ha descrito (y a veces bajo un discurso militar esquizofrénico, que en pleno proceso hacía decir a sus responsables sanitarios que ellos defendían una salud con justicia social) (7). Es improbable que aparezca ahora un discurso "derechista" en salud, por razones de tipo estructural que sería muy extenso discutir aquí.

EL MARXISMO

Hacia fines de los cincuenta, principio de los sesenta, el marxismo experimentó un gran reverdecimiento en los países de occidente. Hay varias explicaciones para esto: el fin del estalinismo, la aparición de un marxismo nacional independiente de la Unión

Soviética (China, Albania), el reflejo de varias revoluciones o guerras de liberación libradas bajo banderas genéricamente socialistas (Vietnam, Angola, Cuba, Argelia, Mozambique, Guinea Bissau), el comienzo de la crisis capitalista más importante desde 1929.

Esta expansión del pensamiento marxista se tradujo en un gran volumen de producción en las ciencias sociales de todos los países de occidente en los que no había represión, e incluyó una creciente producción con un encuadre marxista sobre problemas de salud, el que fue más notable en países que tienen un fuerte electorado de izquierda: Italia (Berlinguer, Basaglia, Maccacaro, la revista "Medicina Democrática") Francia (Caro, Polack, los Comités d'acción Santé, el grupo "Santé et Socialisme"); Gran Bretaña (Segall, Doyal, "Marxists in Medicine"); Estados Unidos (Navarro, Stark, Waitzkin, Eyer).

Este gran crecimiento del marxismo tuvo —y tiene— formas contradictorias y es adecuado decir que hoy no existe un marxismo sino muchos y que la frase de Agnes Heller ("toda cita de Marx puede ser refutada con otra cita de Marx") es correcta. En los hechos, se observan marxismos estructuralistas, gramscianos, leninistas "produccionistas", "circulacionistas", marxismos que enfatizan la sucesión de modos de producción como dinámica histórica, o la creciente conformación de un centro y una periferia mundial, todo esto dentro de un vivo debate intelectual. El influjo del pensamiento marxista en Argentina es antiguo (8), y hoy pueden verse muchos enfoques marxistas en el análisis del problema tales como los medicamentos o las consecuencias sanitarias de la estructura de las clases de la sociedad. El fin de la represión del Proceso hace pensar que estos análisis con un encuadre marxista —pese a lo imprecisa que puede ser esta denominación— se van a hacer más frecuentes.

EL ECOLOGISMO

Los clásicos marxistas se ocuparon poco de la ecología, de la depleción de recursos naturales no renovables y de la contaminación. El tema de la presión de la población sobre los recur-

sos, y de la explosión demográfica aparece en el horizonte de la Salud Pública mundial en la década de los cincuenta cuando se resucita al malthusianismo, que había experimentado un congelamiento intelectual de cien años. Lo resucitó un capitalismo que había comenzado a preocuparse por el aumento de la población en su periferia, cuyas necesidades de acumulación dependían cada vez menos del número de los trabajadores y cada vez más de los montos de capital y que comenzaba a enfrentarse con las primeras guerras de liberación (Vietnam e Indonesia, 1945) en las cuales los insurrectos debían oponer seres humanos a la abrumadora potencialidad técnica y de capital de los países coloniales.

El neomalthusianismo aparece entonces, con una enorme cantidad de subsidios, en general norteamericanos a comienzo de los sesenta. Estos subsidios financiaron una enorme cantidad de investigadores, investigaciones, becas, congresos y publicaciones, en las cuales la fecundidad (y no la mortalidad o la migración) se convertía en la más importante categoría demográfica y donde se planteaba que el grueso de los males de la humanidad provenía de un aumento "incontrolado" de la población. Era la época de los informes del Club de Roma, los libros de Alban Berg y de todo tipo de catastrofismo periodístico acerca de la "explosión demográfica".

En Salud Pública, todo esto correspondió también al auge que comenzaron a tener ciertas posiciones ecologistas acerca de la génesis de la enfermedad: el concepto de huésped-agente-ambiente, que reemplazaba a la monocausalidad microbiana, y la aparición de autores como Dubos y San Martín. Este mensaje era fundamentalmente apolítico, al considerar el ambiente social y político como solamente una de las variables de la tríada ecológica" y no como un elemento dominante y al enfatizar que los ecosistemas tienden hacia el equilibrio y no hacia formas superiores de organización.

Las respuestas al catastrofismo neomalthusiano y al ecologismo apolítico comenzaron a hacerse notar casi inmediatamente y desde los más variados sectores del aspecto intelectual: el previsible natalismo de la Iglesia Católica, un quizás no tan previsible natalismo proveniente de ciertos marxismos, un ecologismo "desde la izquierda" (Gorz, varios autores ingleses y norteamer-

icanos, Conti) las plataformas de varios partidos "verdes" de Europa y una importante contribución argentina acerca de la viabilidad de ciertas utopías ecológicamente viables: los últimos libros de Varsavsky de los setenta, el "modelo mundial latinoamericano" de Amílcar Herrera.

Hay algunos enfoques ecologistas de problemas de salud en la Argentina y es razonable pensar que estos van a ser más frecuentes en el futuro, quedando por verse cuál va a ser el tipo de ecología que va a tener dominancia intelectual.

OTRAS CORRIENTES DE LIBERACION EN SALUD

La última década ha dado muchos elementos para el análisis de resultados de países que eligieron caminos diferentes para darse salud.

Lo que ha surgido de este análisis es que una buena salud colectiva depende muy poco (a diferencia de lo que se pensaba hace veinte o treinta años) de insumos, de recursos económicos, tecnología o "know how"; y depende mucho de decisiones políticas ya que una salud barata y buena es perfectamente factible en casi todos los países del mundo. Al leer la información más reciente, vemos hechos como los siguientes: la mortalidad de Cuba es hoy la segunda más baja de América, ligeramente superior a la de Canadá pero inferior a las de todos los demás países del continente, incluyendo a Estados Unidos y por supuesto a la Argentina. Contra esto, Argentina gasta, en medicamentos solamente, lo mismo (por habitante) de lo que gasta Cuba para todas sus actividades de salud, incluyendo el gasto en medicamentos y el gasto cubano en salud es de alrededor de la vigésima parte, per cápita que el de los Estados Unidos. Sin embargo y como se ha visto, la salud cubana es por lo menos tan buena como la norteamericana y mucho mejor que la nuestra. La mortalidad en China —país mucho más pobre que la Argentina— es hoy ligeramente mucho más baja que la nuestra.

Esto ha llevado a muchos interesados en la Salud Pública a una especie de nuevo voluntarismo: una buena salud es muy factible, y los obstáculos para obtenerla son casi exclusivamente políticos.

En este voluntarismo se observa la aportación de grupos que hasta hace poco parecían no interesarse en la discusión de problemas de salud colectiva y el hecho que sus propuestas sean ideológicamente bastantes similares: búsqueda de una salud no mercantilizada, igualitaria, participativa, solidaria, no tecnocrática, no autoritaria, hace que se los pueda englobar bajo el encabezamiento de "corrientes de liberación en salud". En ellas, el peso de grupos religiosos, católicos y protestantes ha sido importante y su peso a nivel mundial se muestra a través de revistas como *Contact* o *Infact*, el grupo *Oxfam*, el boicot internacional a la *Nestlé* para obligarla a aceptar un código de ética para lactancias artificiales, el grupo "Dritte Welt" de Suiza, las revistas *Central América: focus on health* y *Links* de Estados Unidos, que hacen análisis sanitarios de situación latinoamericana con las consecuencias de las agresiones militares norteamericanas. El apoyo que estos grupos están dando a Nicaragua es importante, como a los movimientos de liberación de Namibia y Azania (Sudáfrica), y el que en su momento dieron a los de Zimbabwe, Mozambique y Angola fue también importante.

REFERENCIAS

- 1 - La expresión es Eric Wolf. Ver *Europe and people without history*. U. of California Press, 1987.
- 2 - Sobre todos estos temas, ver Juan César García, "La medicina Estatal en América Latina, 1880-1930". *Revista Latinoamericana de Salud*, Nº 1 y 2, México 1981 y 1982.
- 3 - Sobre las implicancias ideológicas del concepto de "medicina tropical" ver José Carlos Escudero, "Ambas orillas del Canal del Viento". *Territorios*, Nº vv, México, noviembre y diciembre de 1981.
- 4 - Ver E. R. Brown, *Rockefeller medicine men*. U. of California Press, 1979.
- 5 - Entre los defensores de esta línea, Gino Germani, el Celso Furtado de comienzos de los sesenta. La teoría de que existen "dos Argentinas" en términos de salud y con una divisoria geográfica, es muy común en la literatura sanitaria nacional.
- 6 - Entre los primeros críticos, Rodolfo Stavenhagen, André Gunder Frank, Theotonio dos Santos.
- 7 - Ver los siguientes artículos, publicados en la revista *Medicina y Sociedad*: El sistema de atención médica organizada en la provincia de Buenos Aires", por Joseba K. de Ustarán Viana, Ministro de Salud Pública de la provincia, y "Entrevista al Sr. Secretario de Estado de Salud Pública, contralmirante médico Manuel Iran Campo", Nº 1, vol. 1, 1978; "Entrevista con el Secretario de Estado de Seguridad Social, Santiago M. de Estrada", Nº 2, vol. 1, 1978"; "El Estado y la atención pediátrica",

- por Manuel Iran Campo, N° 2, 4 y 5, vol. 1, 1978; "Seminario sobre políticas de salud: la experiencia argentina", donde participaron Joseba K. de Ustarán Viana y Manuel Iran Campo, N° 1 y 2, vol. 4, 1981, y "Responsabilidad del Estado en el control y el mejoramiento de la calidad de la atención médica", por H. Rodríguez Castells, Ministro de Salud Pública y Medio Ambiente, N° 2, 5 y 6, vol. 5, 1982.
- 8 - Sobre algunas de las primeras posiciones sanitarias de "izquierda", y algunos enfoques marxistas, ver S. Belmartino y C. Bloch, "Notas sobre el Primer Congreso Argentino de Medicina gremial y social" realizado en Rosario en 1936. *Cuadernos Médico Sociales*, N° 11 y 12, años 1979 y 1980.

GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE EVOLUCION HISTORICA DE LA SALUD PUBLICA EN LA ARGENTINA

- 1 - Carlos Alberto Alvarado, "Concepto de Salud Pública", en: *Actividades y técnicas de salud pública*, de Abraham Sonis, tomo 1, Edit. El Ateneo.
- 2 - Rubén B. M. Gonçalves, *Medicina e historia*, Siglo XXI, Colección "Salud y sociedad".
- 3 - Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, Colección "Salud y sociedad".
- 4 - Juan Carlos Veronelli, "Historia de los servicios de salud en América Latina", en: *La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración*, Edit. Fondo de Cultura Económica, México.
- 5 - Herman Hilleboe, "Panorama de la atención de la salud en la década del 70", en: *Atención de la salud*, de Abraam Sonis, tomo 2, Edit El Ateneo.
- 6 - *Medicina e historia. El pensamiento de Michael Foucault (La arqueología de la medicina, la crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Historia de la medicalización)*, Publicación de O. P. S., año 1978.
- 7 - Carlos Bloch, "Democracia y salud, *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 24, Rosario.
- 8 - Ramón Carrillo, "Planes de Salud Pública: años 1952-1958", en: *Obras completas*, volumen 4.
- 9 - Juan Bello, "Políticas de Salud 1976-1981", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 23, Rosario.
- 10 - Bernabé Cantlon, "Política Sanitaria, Argentina, años 1963-1966", *Medicina y Sociedad*, vol. 4, nº 1 y 2, enero y abril de 1981.
- 11 - Ezequiel Holmberg, "Política Sanitaria Argentina, años 1966-1970", *Medicina y Sociedad*, vol. 4ª nº 1 y 2, enero y abril de 1981.

- 12 - Paulo Alexandre, "Crisis en el sector Salud", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 35, Rosario.
- 13 - "La situación sanitaria nacional". *Cuadernos de Contracepción*, Ediciones Policiencia, nº 1, 1974.
- 14 - Ramón Carrillo, "Organización general del Ministerio de Salud Pública", en: *Obras completas*, vol. III.
- 15 - Susana Belmartino, *Las instituciones de salud en la Argentina. Desarrollo y crisis*, publicación de la Secretaría de Ciencia y Técnica, julio de 1987.
- 16 - Henry Sigerist, *Hitos en la historia de la Salud Pública*, Ciglo XXI, Colección "Salud y sociedad".
- 17 - Floreal Ferrara, *Concepto salud-enfermedad*, Mimeo, Bs. As., 1986.
- 18 - Floreal Ferrara, *Visión estructural de la salud*, Mimeo, Bs. As., 1985.
- 19 - José Carlos Escudero, *La crisis, la salud y la izquierda*, Mimeo, Bs. As., 1986.
- 19 - Los partidos políticos y sus propuestas sanitarias", *Salud y Sociedad*, nº 2, Córdoba.
- 21 - Asociación Médica de Rosario, "Bases para una propuesta de Política Nacional de Salud", *Salud y Sociedad*, nº 3, Córdoba.
- 22 - Asociación de Psicólogos de Bs. As., "Políticas de Salud", *Salud y Sociedad*, nº 4, Córdoba.
- 23 - Horacio Barri, "Análisis del sistema de obras sociales y propuestas alternativas", *Salud y Sociedad*, nº 5, Córdoba.
- 24 - Luis Battellino, "Salud, estructura social y medicina", *Salud y Sociedad*, nº 8, Córdoba.
- 25 - "Política sanitaria argentina y estrategias de desarrollo", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 14, Rosario.
- 26 - "Políticas de salud y bienestar social 1976-1980", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 18, Rosario.
- 27 - "Políticas estatales y seguridad social en la Argentina", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 22, Rosario.
- 28 - "Documentos sobre salud de los distintos partidos argentinos", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 24ª 25 y 26, Rosario.
- 29 - "Estado, sindicatos y obras sociales en la Argentina", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 33, Rosario.

- 30 - "Las obras sociales en la Argentina", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 34, Rosario.
- 31 - Mario Testa, "Estrategias y poder en las propuestas de salud", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 38 y 39, Rosario.
- 32 - Aldo Neri, *Salud y Política Social*, Edit. Hachette, 1983.
- 33 - Floreal Ferrara, *Teoría social y salud*, Edit. Catálogos, 1985.
- 34 - Juan Carlos Veronelli, *Medicina, gobierno y sociedad*, Edit. El Coloquio, 1975.
- 35 - Juan Carlos Veronelli, "La política sanitaria nacional", *Cuadernos de Salud Pública*, Escuela de Salud Pública, nº 6 y 7, 1970.

GRUPOS DE TRABAJO

COORDINADOR:

Dr. Jorge Pellegrini

TEMAS PROPUESTOS PARA LA DISCUSION

- I - ¿Siente que la formación del recurso humano, guarda alguna relación con la A. P. S.?
- II - Proponga metodologías alternativas para lograr esta relación.
- III - Defina a su criterio si hay relación entre A. P. S. y Salud Mental.

Grupo 4. — I. Nosotros contestamos que: 1) La formación sistemática del recurso humano está fundamentada en la patología exclusivamente, es decir en la enfermedad y no en la salud. 2) En el caso de la formación de recursos humanos dirigidos hacia la A. P. S., como son los agentes sanitarios, ésta es biológica e insuficiente para realizar acciones de A. P. S. adecuadas. 3) El enfoque profesionalista y biológico de la formación del recurso humano es actualmente un impedimento para que se relacione con la A. P. S. 4) La falta de incorporación de las ciencias sociales para la formación de recursos humanos.

II. La formación del recurso humano debe estar relacionada a las necesidades y estructuras de nuestro propio país y no a prolongar la dependencia.

Los sistemas de educación deberían priorizar los modelos participativos, tendiendo a romper con las conductas autoritarias prevalentes en nuestra cultura.

Enfatizar la acción vinculada a la realidad en la formación de recursos, en la universidad.

Incorporar las ciencias sociales a la curricula recortando la formación biológica.

Estimular el trabajo del equipo de salud con materias interdisciplinarias cursadas de manera conjunta.

Estimular las carreras no tradicionales relacionadas con el área de salud.

III. Nosotros entendemos a la salud en un concepto integral y por lo tanto que abarca a la salud mental. De allí que pensamos que no debíamos dar más explicaciones que éstas.

Grupo 3. — La primer pregunta nos permitió tomar un ejemplo de la vida cotidiana de los hospitales, uno de los tantos que podíamos haber tomado. Es una experiencia instalada acá hace unos 30 años que es la internación conjunta en las salas de pediatría de la madre y el hijo. Esto demuestra que cuando se habla de formación de recursos humanos en salud, una parte esencial son los pacientes y sus familiares. Esto tiene que ver con la modalidad de discusión que se ha desarrollado a lo largo de estas horas. Decíamos que cuando hablábamos de recursos humanos nos mirábamos el ombligo y hablábamos los médicos de los médicos, los enfermeros de los enfermeros, los técnicos de los técnicos y los agentes sanitarios de los agentes sanitarios, y no salíamos de este juego que en realidad estaba delatando un proceso de formación e ideología médica que es el que intentamos criticar y revertir en encuentros como este. Por lo tanto como evidentemente cuando se plantean las cosas como corresponde hay que incluir en la discusión necesariamente a la comunidad y en el caso de las instituciones a sus responsables. El recurso humano en salud que ha pasado por el proceso de formación académica universitaria, precisamente por ese paso no ha sido instrumentado para pensar el trabajo en el cual el objeto (el paciente) debe ser transformado en sujeto. El pasaje que se logra por las instituciones universitarias y académicas es la de conformar un recurso humano acostumbrado a mirar para afuera y ser poco sensible a lo de adentro. Recordábamos las campañas de hace 25 años atrás de los laboratorios internacionales para imponer las leches artificiales frente a la resistencia de muchos que defendían con un criterio mucho más profundo la importancia de la lactancia a pecho. Se ha revertido la tendencia e intentamos recuperar una propuesta despreciada hace 25 años de la alimentación a pecho.

Existe en estos momentos en la Argentina, como ha existido cíclicamente cuando se han podido detectar con mayor o menor margen de libertad los problemas concretos de nuestra comunidad, un sector de técnicos y profesionales que pasaron por este proceso académico universitario que comienzan a revisar críticamente esa formación y a tratar de librar su práctica específica ligada a las necesidades concretas de nuestra población. Esto está asentado básicamente en experiencias aisladas que dependen generalmente de experiencias individuales y/o grupales. Estamos en estos momentos en el país como si todavía estuviéramos recojiendo experiencias de distintos ámbitos y lugares que todavía no han logrado confluir hacia un marco teórico global del cual partan propuestas que también sean globales para todos nosotros. Vale decir que si se piensa en el recurso humano técnico profesional, en general lo que predomina es un recurso humano ajeno a la realidad sanitaria del país, y por allí el más prendado de los modelos ideales y caricaturescos que se nos importa, y no ponerse a ver en concreto cuáles son las necesidades y requerimientos. También existe un segundo afluente todavía más pequeño, pero de una experiencia y tarea concreta que lo liga al sufrimiento y a los requerimientos, que está revisando críticamente esa formación y está tratando de articular experiencias prácticas en salud superadoras.

En la medida que entendamos que parte del recurso humano en salud está conformado por experiencias concretas, viables y cotidianas de nuestra comunidad para defender y promover su salud, es necesario ver que esas experiencias provienen de un saber distinto al que se imparte y se sacraliza en las instituciones universitarias. Mostrábamos como ejemplo que nuestros psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas recién hace 50 años atrás han logrado conceptualizar el valor terapéutico de la palabra cuando nuestros curadores populares lo conocen desde hace siglos.

También en la medida que la comunidad es observada y tenida en cuenta como recurso humano para la salud, es preciso ver que toda la ideología médica dominante ha logrado que determinados tipos de mensajes prohibieran en la comunidad su lucha por la salud. Es habitual ver en nuestro trabajo institucional y hospitalario que nuestros pacientes y sus familiares tienden a

ubicarse casi espontáneamente en el lugar del objeto y no del sujeto, y aceptar el maltrato al que son sujetos en nuestros hospitales. Si se toma en conjunto el recurso humano en salud es necesario ver que lo cultural y lo social tiende a tomar un recurso humano que se desaprovecha enormemente en cuanto a la organización de la comunidad para buscar el camino por sus reivindicaciones centrales que son la lucha por la salud y la vivienda. Dentro de ese panorama en los cuatro últimos años en la Argentina desde distintas perspectivas hay técnicos, profesionales y trabajadores de salud que tienden a tratar de dar vuelta el guante y para eso necesariamente siempre descubren que su aliado principal está en los pacientes y familiares que pueblan los pasillos del hospital.

En cuanto a la relación entre A. P. S. y salud mental, nuestra opinión es que en parte está contestado en la anterior, pero agregábamos algo más, que es que la salud mental no se puede concebir como un compartimento estanco con respecto al resto de la salud, vale decir que esto de alguna manera muestra hasta qué punto tenemos metido en los glóbulos rojos nuestros una formación que por más esfuerzos que hagamos siempre termina disociando a los pacientes en cuerpo y alma; soma y psiquis y que está presente en esta pregunta. Es imposible separar a uno del otro, vale decir que los que trabajamos en salud no podemos dejarnos conformar con trabajar en una quintita que se llama salud mental, para desentendernos del resto porque entonces por más que repiquemos lo contrario, en nuestra práctica específica hacemos aquello que todos los días criticamos en palabras.

Grupo 2. — Entendemos que globalmente no hay una formación de recursos humanos relacionada con la A. P. S., pero que sin embargo habría indicadores que nos hacen pensar que en distintos lugares se estaban comenzando a ver experiencias que estaban más relacionadas con la A. P. S. y permitían trabajar dentro de un modelo nuevo. En ese sentido vemos dificultades para poder abordar la atención de esa manera. Tienen que ver con la posibilidad de lograr ese pasaje a ese modelo. Estas experiencias se están haciendo en forma de focos aislados en distintos puntos del país. Sería importante poder lograr su articulación, a través de una decisión política que pudiera permitir que las experien-

cias se pudieran generalizar y desarrollar en ese sentido. Así se hace necesario que estén apoyadas por una decisión superior que llamábamos decisión política, que nos permita apoyarlas y estudiarlas.

De todos modos eso no era suficiente como para permitir que esas tareas fueran promovidas, porque si bien se había hablado del modelo médico hegemónico, no había en la comunidad entera una conciencia clara de lo que podía representar este modelo nuevo de atención que intentábamos a desarrollar. Considerábamos que para ello había que revertir el consenso que la comunidad brinda a la construcción del modelo médico hegemónico. Esto ha sido muy promovido e instalado en la comunidad sobre todo de una manera bastante importante y sentimos que va a llevar tiempo la posibilidad de poder revertir esta situación. Pensábamos que la única forma era que la expresión de la comunidad en sentido de querer y promover ese cambio estuviese acompañada por una decisión política más generalizable. Tenía que existir algo que permitiese que ambas cosas se articularan y pudieran objetivarse y transmitir esa experiencia en la práctica de algo. En un sentido pensábamos que la posibilidad de contar con un plan que integrara todos los recursos podría garantizar que esa A. P. S. podría conectarse con todo el país.

En cuanto a la salud mental pensábamos que era todo un mismo concepto y que la salud mental forma parte de la A. P. S. Lo que se podría agregar es que el trabajo en salud mental fuera realizado a través de un equipo interdisciplinario donde trabajar en salud mental abriera un espacio a la salud mental, para no separarla de la salud general. Veíamos que hay ciertas dificultades del trabajador de la salud mental para poder integrar o integrarse a los otros trabajos y a que en general se apoyan en teorías diversas que sustentan su práctica y que muchas veces se encuentran en contradicción para poder dar respuestas a este nuevo modelo que propone la A. P. S., sobre todo por lo que habíamos escuchado cuando surgían las contradicciones entre atención primaria y prevención primaria.

Nosotros entendíamos que era diferente y creíamos que los trabajadores podrían insertarse en los diferentes niveles con sus diversas teorías, aunque haya algunas teorías desde las cuales no

pueda pensarse en la prevención primaria. Por lo tanto si el modelo fuera cambiando las teorías podrían ir adaptándose a ese nuevo cambio.

Grupo 1. — La formación del recurso humano tendría que tener relación con la A.P.S. pero no la tiene en la actualidad y la formación en la facultad es dogmática y podríamos decir parafraseando que la única verdad es la facultad. El orden es vivido como positivo y el desorden como negativo, esto quiere decir que no se conocen los conflictos y que no se da lugar a la inferioridad. No se puede decir “no sé”, no se establecen pautas para participar porque cuando se participa surge el desorden. Siempre está el profesor y los alumnos. Hay una negación de los factores sociales como causa de enfermedad ya que es una medicina totalmente ahistórica, el médico está como dentro del tema de salud, lo que se relaciona con el modelo médico hegemónico. Esto también se relaciona con los agentes sanitarios. Puede repetirse el modelo hegemónico en el agente sanitario. Se ignoran también en la facultad las estructuras que determinan cómo se ejerce la medicina y cómo se trabaja en salud en general, desde la estructura sanitaria de nuestro país hasta cuáles son los intereses internos que tienen ingerencia en este punto.

Dentro de las alternativas mencionábamos que el lugar de enseñanza debe ser lo más cercano al lugar de trabajo, es decir desde un primer momento estar en un hospital o un centro de salud y no solo mirando sino trabajando, en contacto con otros profesionales que tienen que ver con la salud. Otro tema que mencionamos es la falta de democracia dentro del equipo de salud e hicimos la salvedad que en estos momentos en la Facultad de Medicina de la UBA hay una materia llamada Módulos de Atención Primaria (MAP), que tienen algunos aspectos aceptables. Allí se enseña lo que se debería hacer, y como dijo un docente, se genera un mensaje esquizofrénico entre el “se debería” y el “se hace”.

Existe un proyecto de completar la formación de la facultad en sus hospitales de base, zonas de origen y dar más énfasis a la medicina general y no pasar directamente a las especialidades. Esto lo destacábamos como elementos positivos que se están poniendo en práctica o están por ponerse.

En cuanto a la salud mental también consideramos a la misma como parte de una sola salud dentro de la A. P. S.

Vemos que actualmente la salud mental es individualista, adaptacionista y elitista.

Decíamos que salud mental es asumir la crisis y participar y esto está relacionado con lo que pasó en el país en las últimas semanas. También es que dentro del equipo de salud podemos asumir las crisis y actuar democráticamente, porque a veces somos los primeros en no cumplirlo.

Hubo un palo para los psicólogos ya que se dijo que éstos generalmente entran a los equipos a analizar la locura de los demás integrantes. Destacábamos también la falta de inclusión en las curriculas de las ciencias sociales y una mala receptividad en el estudiantado, lo que quiere decir que lo poco que se da se lo recibe muy mal y se sale con una formación pésima.

**RELATO DE LA EXPERIENCIA EN EL CONTROL
DE LA MUJER EMBARAZADA EN EL BARRIO
DE SAN PEDRO, LA MATANZA (Pcia. de Bs. As.)**

PANELISTAS:

Dr. Pedro Sarrasqueta

Dr. Alberto Schwartz

Hospital de la Matanza.

Dr. Schwartz. — El Hospital Paroissiene abrió la internación a principios de 1984, es un hospital nuevo que está en el partido de la Matanza. Durante el año 1984 en la parte de neonatología nos dedicamos, aparte de atender, a estudiar la epidemiología de lo que pasaba. Lo primero que vimos (las conclusiones las sacamos a mediados de 1985), fue que la mortalidad neonatal o sea todos los recién nacidos que nacen vivos y mueren antes de los 30 días, era del 24 por 1.000; es una mortalidad altísima. Los países desarrollados tienen el 8 ó 9 por 1.000. No había nadie en la Argentina con quien comparar, tampoco sabíamos que Sarrasqueta estaba haciendo lo mismo en la capital, después nos encontramos trabajando juntos; se comparó con los únicos que habían trabajado en esto que era la Maternidad Sardá, que con una población de otro nivel socio-económico, con otra experiencia neonatal tenía el 15 por 1.000.

Empezamos a buscar datos para ver con qué tenía que ver esta mortalidad, tratamos de ver si no tener instrucción se vinculaba con la mayor mortalidad neonatal, y no nos dio estadísticamente nada significativo. Nos fijamos si la paridad, es decir el haber tenido uno o más hijos anteriores; y los resultados fueron iguales como para cualquier población; la misma conclusión para la forma de terminación del parto y para las edades. Lo que nos dio muy significativo era que las mamás sin control absoluto del embarazo tenían más de 60 por 1.000 de mortali-

dad neonatal, con uno a cuatro controles baja al 10 por 1.000. Nos empezamos a preguntar algunas cosas, lo único que encontramos de importante es que la que nunca fue al médico a atenderse tiene seis veces más posibilidades que se le muera el chico dentro de los 30 días de vida que la que fue de una a cuatro veces; empezamos a preguntarnos si era simplemente ir al control o, si junto con esto, había otras cosas más como el conocimiento de salud, acceso a la salud o acceso a algún centro hospitalario.

Nos pusimos a trabajar; a lo largo de los años 1985-86 se fue desarrollando la terapia intensiva, la asistencia mecánica respiratoria, y las cifras de mortalidad neonatal bajaron, pero no lo suficiente; controlamos a cuántas horas de vida morían los chicos, el 60 % moría dentro de las 24 horas de vida, o sea que tenía que ver más con el problema perinatal, que con el problema neonatal. El 81 % de los chicos que murieron tenían patología materna severa, la gran parte de esta patología era prevenible, por lo menos internable previamente. Comparamos el mapa de la pobreza que hizo el INDEC, con los lugares de dónde habían provenido nuestras embarazadas, más del 50 % de las casas tenían las necesidades básicas insatisfechas. A partir de esto, por más que nosotros desarrolláramos una buena terapia intensiva, una buena atención neonatal, no estábamos yendo al origen del problema, estábamos haciendo chapa y pintura de lo que ya venía mal.

Pensamos en tratar de hablar con las autoridades, para que, a partir de estos datos (es un estudio muy largo, traigo una síntesis muy apretada), establecieran un programa de A. P. perinatal en el partido; las autoridades no nos dieron nada, ni siquiera un nombramiento, simplemente el aliento de que empezemos. Se empezó a trabajar en el barrio San Pedro, en el cual la sociedad de fomento había construido por sí misma una salita con dos habitaciones, habían empezado a trabajar con asistentes sanitarios que para ese momento ya eran cinco, nuestros residentes del hospital de medicina general habían empezado a trabajar allí. Empezamos a trabajar con una obstetra, las asistentes de salud, dos neonatólogos y luego se incorporó una partera.

¿En qué consiste el programa? Lo primero que dijimos es que no teníamos un programa establecido, no había nada escrito ni preestablecido de cómo se debía trabajar en el conurbano en la

atención de la embarazada; podíamos ponernos a teorizar durante meses a ver cómo había que trabajar, o podíamos poner un cartel: "Se atienden embarazadas" y empezar a trabajar y sobre la marcha, empezar a discutir juntos con los agentes de salud, nuestro equipo, y con las madres en las reuniones cuál era el tipo de programa que había que establecer. Apriori pensábamos que tenía que haber un papel muy importante, el de los agentes de salud, que eran quienes iban a captar a las embarazadas pero no teníamos una idea exacta del perfil del agente de salud, que es lo que íbamos a hacer nosotros, qué es lo que iban a hacer ellos; había que tratar de lograr que la mayor parte de las cosas se hicieran en el centro y no en el hospital. Establecimos extracción de muestras de laboratorio en el centro de salud, lo llevábamos nosotros mismos al hospital, se procesaban allí, evitando que la mujer tenga que hacer colas, pedir turnos, etc.; los papanicolaus ahora los extraen los agentes de salud en el centro, y se procesan en el hospital.

Al cabo de ocho meses que estábamos trabajando en esto podemos decir que el plan de trabajo incluye tres ejes: la madre embarazada, la partera y el recién nacido. La primera vez que viene la mamá, casi espontáneamente la asistente social comienza con la entrevista individual que es bastante prolongada, donde se tratan de ver algunos datos sobre identidad, dirección, de dónde viene, cuánto hace que emigraron, la composición familiar, trabajo, educación, vivienda, antecedentes obstétricos, prematuros anteriores, chicos muertos anteriores, como fue el control de los embarazos anteriores (es impresionante lo que se aprende en el centro de salud sobre este tema y que en los hospitales no sabemos), las expectativas actuales, dónde piensa tener familia, si sabe dónde va a tener su parto, si sabe si va a haber cama donde va a tener su parto; algunas preguntas sobre concepto de salud-enfermedad para saber cuándo consultan al médico, si consultan para prevenir o cuando está realmente enfermo, surge como concepto que la gente adulta consulta al médico cuando ya no puede trabajar, ese es el concepto de salud, no el de la OMS. Se confecciona un carnet perinatal que es una historia clínica que lleva la mamá siempre encima por si va a tener familia o se quiere controlar su embarazo en otro lado, se le da una fecha para análisis de

laboratorio para hacerle un PAP para el primer control obstétrico, si está del sexto mes para arriba se hace el control en ese momento porque ya está muy avanzado el embarazo; se hace un control obstétrico mensual hasta la semana 32 del embarazo, después cada tres semanas hasta la 36 y cada 15 días a partir de la 36. En cuanto al control puerperal, hay una entrevista post-parto donde se completa la entrevista, se pregunta cómo empezó el trabajo de parto, cómo se dio cuenta que empezó, cómo se trasladó al hospital, si alguien la acompañó, cómo lo recibieron en el hospital, si tuvo que deambular de un lugar a otro, se trata de averiguar muchas cosas que desde el hospital nunca las podemos saber. En la primera entrevista a la mamá se la invita a participar en reuniones grupales donde se trata que las mamás cuenten cuáles son sus angustias y sus expectativas; es típico que las primeras reuniones de los primeros meses, el terror es sobre todo de las multíparas, de tener malas experiencias de parto como las anteriores, y en la medida que van viniendo otras más que son traídas por otras que les fue mejor, cambia la temática de los grupos, estos se retoman una vez que han tenido familia para contar sus experiencias, donde se habla de anticoncepción. El tercer eje es el recién nacido, los atendemos desde que nace hasta el tercer mes si son sanos, si tienen alguna patología hasta que se resuelva. Se trabaja fundamentalmente en forma individual; no hay resultados porque hace poco que estamos, pero la tendencia la va a comentar Pedro.

Sra. Magdalena. — Cuando viene la mamá se hace la charla con la asistente social y después pasa al control obstétrico. Al principio —es lógico— la mamá viene con mucho miedo; al segundo control tiene más confianza, charlan entre ellas, les gusta, traen a las vecinas que están embarazadas; de vez en cuando uno las busca cuando se pierden. Se hacen charlas donde cuentan sus experiencias, después ellas mismas se animan a entrar al centro para ayudarnos; a veces me toca ayudarle al obstetra a controlar el embarazo, ya lo sé hacer.

Dr. Sarrasqueta. — Hicimos el esfuerzo de no traer resultados, porque en general uno tiene la tendencia a querer mostrar resultados que son favorables cuando estos aparecen muy rápida-

mente; así como se publica en el *Journal of Pediatric* conclusiones respecto a 15 casos que han sido favorables con un grupo de control, después salen 3 ó 4 casos más y se derrumba todo; entonces esta experiencia que hace al pensamiento científico tratamos de no fortalecerla, no trayéndoles hoy resultados en función de una experiencia que lleva muy pocos meses y que necesita ser verificada a través de una experiencia como más extensa.

Este planteo de no planificar demasiado y empezar, parte de que lo que existía era cero. En esta población no tenemos todavía la cifra de control cero, es una población que en base a los datos demográficos tendría aproximadamente 250 partos por año; es muy posible que control cero haya sido una frecuencia alta, aunque no tan alta como la del Paroissiene en su conjunto, pero esta es una hipótesis; sea cual sea la cifra si pudiéramos extender en esta población un control obstétrico adecuado, esto no sería mucho y sobre ese camino empezamos a trabajar.

¿Cuáles son las tendencias fundamentales que vimos a través de los datos sociales, los datos médicos o de trabajo médico? De hecho una de las cosas que nos sorprendió es que el nivel educacional de la población era superior al que teníamos como hipótesis, alrededor del 70 % tiene el primario completo y han hecho algunos años de secundario, el porcentaje de analfabetismo es sumamente bajo; esto no se compadecía con el nivel socio-económico y el nivel de vida que se encontraba en esta población. Este nivel educacional relativamente alto sorprendía en función de los pobres resultados perinatales y en función de la presunta baja tasa de control obstétrico que se relacionaba con la del Hospital Paroissiene en su conjunto. Uno de los interrogantes que más trabajábamos a través de preguntas abiertas en: ¿cuál es la razón por la cual las embarazadas no acudían al control?, sorprendentemente esto no se vinculaba en un porcentaje sustancial al desconocimiento de que la embarazada debe ser controlada, sino que se relacionaba a una conducta motivada por la muy mala atención hospitalaria; esto significa concretamente que en ausencia de enfermedad o de síntomas, la mujer embarazada no acude a control porque ha tenido malas experiencias anteriores, de una atención despersonalizada, cansada de esperar turnos que nunca se cumplían, de tener un hiato entre lo que ella imaginaba —que

debía ser la atención personalizada— y lo que era la atención hospitalaria. Esto plateó un desafío muy grande en cuanto al futuro de la atención perinatal en este tipo de poblaciones con respecto a los modelos.

Otro hecho interesante desde el punto de vista sociológico, si bien es cierto que había una relativamente alta tasa de mujeres con un nivel de educación que posibilitaba entrar en competencia y entrar en la producción, la tasa de mujeres que trabajaban de un modo estable era extraordinariamente bajo, alrededor de un 5 % tiene un trabajo estable en relación de dependencia; esta contradicción entre el nivel educacional y el nivel de inserción de la mujer en la producción está expresando un brutal contraste entre un modelo educativo y un nivel real de inserción de la mujer en la producción. Esto admite numerosas consideraciones, uno puede hacer abstracciones como que existe un nivel educacional que prepara para una conducta urbana y la conducta reproductiva de algún modo sigue teniendo tendencia a la multiparidad. Es interesante señalar que casi todas estas mujeres han tenido alguna práctica anticonceptiva parcial, de diferentes métodos, en general han tenido fracasos sucesivos; lo que no se compadece con las conductas anticonceptivas en la mujer a lo mejor del mismo nivel educacional que haya tenido posibilidad de insertarse en la producción. La situación socioeconómica, desde el punto de vista del empleo del compañero de las mujeres embarazadas, era realmente deplorable, casi la mitad de los casos reclutaban personas que no tenían ocupación en el momento de la encuesta o por períodos prolongados, o personas que tenían una ocupación ocasional con un nivel muy bajo de ingresos.

Casi todas las mujeres que pasan de 20 años son múltiparas, el promedio de las embarazadas que atendemos es de 17 años, al primer embarazo. De suerte que se sucede un fenómeno en relación a la reproducción que es, una vez iniciada la pubertad, las mujeres quedan embarazadas y de ahí a la multiparidad hay un camino casi unívoco que tiene un espectro de análisis muy importante que no voy a considerar en este momento.

Apreciamos claramente que si se establecía un modelo de atención personalizado, continente, afectuoso, y que se relacionara con los problemas que demandaba la comunidad, el nivel

de adscripción al programa era rápidamente creciente. Al momento son casi 200 las embarazadas en control; andamos alrededor de los 85 partos. Es muy probable que en esta población bajo este modelo de atención se pueda llegar a tener una cobertura casi universal —salvo personas que tienen obra social— con medidas muy sencillas como es abrir un consultorio con una atención personalizada, ser continentales respecto no solo a las demandas médicas, sino a otras demandas más importantes que hacen al espectro de las ansiedades los problemas y las dificultades de la mujer; la cobertura es universal rápidamente, no es cuestión de pensar mucho en cuanto a metodologías, es lo mismo que uno hace cuando abre un consultorio y atiende a una población de clase media o alta, hay que atender bien y ocuparse de lo que le pasa a la gente. Esta cobertura que seguramente iría hacia la universal, se ve incrementada al presente con una demanda creciente de otros barrios que empiezan a acudir y que en este momento están de alguna manera saturando y promoviendo algunas dificultades porque nos queda un poco chico y la atención es difícil.

Desde la perspectiva de los resultados perinatales, comentar los mismos sería un despropósito o una audacia, pero se ve una tendencia a que el peso del nacimiento y la tasa de prematuridad sea más baja; sobre 80 partos hemos tenido tres chicos de menos de 2.500 g., la tendencia parecería disminuir, pero esto no significa nada hasta que no tengamos 1.000 ó 1.500 partos. Parecería que los resultados perinatales van a ser mucho mejores que una población que no recibe este programa. Aunque esto está discutido a nivel mundial, en general todos los programas de atención de la embarazada de los que se han sacado resultados, están basados en poblaciones que realmente requieren poco control obstétrico, que lo pueden demandar por sí por su nivel socio-económico, de ahí se han sacado inferencias de que la atención primaria parecería no ser efectiva. Lo que sucede es que se empieza a trabajar de un nivel de control cero en ausencia total de acciones, comparando ambos grupos seguramente van a ser demostrativos. Hemos tenido una muerte neonatal, fue un paciente que padeció una craneoclasia por un forceps aplicado en primer plano en un chico en término, y una sola muerte fetal —lo digo

en términos elegantes— que se vinculó a una mujer con dolor en la herida por una cesarea anterior y que esperó seis horas al anestesista en un hospital municipal.

Esto plantea inmediatamente el segundo punto que se encadena con lo que es un programa de A. P. S. de la embarazada, toda calidad del mismo que uno pueda desarrollar en terreno, no se compadece al presente con la salida de la atención obstétrica en las instituciones; ¿qué quiere decir que no se compadece?, quiere decir que el número de camas que hay en el conurbano de atención obstétrica es decididamente insuficiente; por esa razón el 60 % de los partos que acontecen en la Capital Federal son de gente que viene del conurbano. La calidad de la atención obstétrica a través de los testimonios de las madres es deficiente, esto no nos corresponde criticarlo o analizarlo, pero sí surgen características de despersonalización, de insuficiencia en los recursos, de limitaciones en cuanto a otros aspectos de la asistencia que necesariamente van a tener que ser modificados para que exista un continuo entre lo que es un programa de atención prenatal y lo que es la atención global perinatal. Desde el punto de vista de la atención neonatal siempre comentamos con Alberto que estamos inmersos en un hospital sumamente complejo donde tratamos de hacer neonatología de tercer nivel con las muchísimas limitaciones que esto tiene, y cada viernes que vamos es superrefrescante porque nos demuestra los efectos de un programa de este tipo. Y que la perspectiva de trabajar en terreno bajo un modelo sensato, ofrece resultados demostrables, de los chicos que hemos seguido salvo uno o dos que han tenido patologías no prevenibles, prácticamente todos tienen crecimiento y desarrollo normal, salvo uno que pertenece a una familia en crisis crónica y que conforman un submundo dentro de esta área de dificultades.

Casi el 80 % de los chicos tienen lactancia materna como método de alimentación exclusiva al tercer mes, que es una proporción mucha más alta que la de un grupo semejante sin este tipo de control y de la que se atiende en los hospitales a través de encuestas como por ejemplo la que hice en el Hospital Durand donde las cifras eran muchísimo más bajas; esto explica el crecimiento normal de estos chicos en los períodos en que los estamos siguiendo, esto es desafiante e interesante. Bajo este enfoque de

control, los chicos tienen vacunación completa, la morbilidad es extraordinariamente baja, semejante a lo que uno ve en otras poblaciones si los chicos tienen lactancia y son controlados adecuadamente.

Nuestro propósito, desde el punto de vista del programa, es que esto sea nada más que una experiencia piloto, abrimos este campo y desarrollamos esta experiencia en un área donde ya había un desarrollo de la comunidad muy fuerte. Pero nuestro interés fundamental es que este programa se institucionalice y se extienda si no carece de sentido, significa que genere cobertura amplia a los sectores que más la requieren, y que se pase de una perspectiva de trabajo discursiva a los hechos.

Este año vamos a desarrollar el mismo programa en dos centros de salud del plan Muñiz o de Tablada, y otros en La Ferrere donde tenemos la esperanza que bajo apoyo oficial podamos captar un número mucho más alto de embarazadas desde una perspectiva institucional, con un programa a ser evaluado, donde los efectos sean mucho más demostrativos al existir una mayor cobertura.

Público. — ¿Qué papel juega el agente sanitario en la captación de la embarazada?, ¿están trabajando con captación de demanda potencial o simplemente con demanda espontánea?, ¿qué porcentaje de cobertura se alcanzó? (si es que está determinada).

Cuando la mamá llega al fin de la gestación, ¿la derivación para el parto se hace en forma estructurada para el Paroissiene o ella queda libre de ir a otro hospital?

¿Dónde se atienden los bebés después de los tres meses?, ¿los sigue el pediatra de la sala o van a pediatría del hospital?

Dr. Schwartz. — Es muy difícil decir qué porcentaje estamos captando del barrio por dos razones: por que no hay un límite preciso del barrio y está viniendo gente de otros barrios; y porque hay una gran migración interna, hay asentamientos pegados al barrio con lo cual está creciendo, nadie tiene un censo de eso; el 64 % de las mujeres que vinieron no eran de la zona, el 15 % de esas mujeres había migrado en el último año. Calculamos que esa población debía tener 250 partos en el año y llevamos casi 200 embarazadas captadas en 8 meses, daría que

pensar que estamos captando a todas pero no es así, porque debe estar migrando más gente de la que nosotros sabemos. Estamos viendo que una mujer de una calle se trae a toda la cuadra, están espontáneamente actuando como si fueran agentes de salud, es a la gente a la que deberíamos recurrir para ir incrementando el número de agentes de salud, estamos en esa propuesta.

La mujer no va dirigidamente al Paroissiene; partos estatales en la Matanza debería haber 12.000, calculando que el 50 % de la gente tenga obra social, y las instituciones oficiales tienen lugar para hacer 5.000 aproximadamente, entonces está siempre saturado, por lo cual en las discusiones con las mamás se les dice cuáles son los lugares que pueden tener; el 48 % sabe dónde pensaba tener porque alguien les refirió. Cuando hay un accidente o un maltrato en un hospital, existe por varios meses el rechazo hacia el lugar, cuando fue el caso del forceps en el Paroissiene que mató a un chico, bajó el porcentaje de gente para este hospital y subió el de la gente que quería ir al de Laferrere. Un caso de convulsión post-parto de nuestro programa en Laferrere, que terminó en terapia intensiva de otro establecimiento, hizo que no fuera casi nadie por dos o tres meses; los hospitales no se dan cuenta de estas oleadas de gente que no va de un barrio, pero en los barrios se sabe muy bien lo que está pasando en los hospitales. No hay una cosa dirigida, se trabaja sobre la expectativa de la gente.

Los chicos pasan a pediatría, hay atención pediátrica dos veces por semana en el mismo centro de la salud.

Público. — ¿Qué esfuerzos se han hecho para tratar de revertir la situación en los servicios de referencias hospitalaria?

Dr. Schwartz. — Esa es una pregunta que nosotros mismos nos hacemos, no solo qué esfuerzos, sino cómo hacerlo. Una de las primeras cosas que podemos hacer es registrar lo que las madres refieren en las reuniones de puerperas sobre la forma cómo fueron atendidas y retransmitirla en los lugares. Lo hemos hecho en algunos casos por nuestros propios neonatólogos, hubo por ejemplo un caso de desinformación por parte del neonatólogo sobre un chico internado de nuestro servicio que murió y que la madre se fue sin saber de qué había muerto, cuando volvió a

preguntar se la sacaron de encima por que estaban muy ocupados y la citaron para otro día y se fue sin saber nunca de qué había muerto; la forma de dar el alta y de hablar de las muertes cambió en nuestro servicio en parte a partir de ese caso, ese médico no lo va a hacer nunca más, es un buen tipo pero es la deformación de la terapia que hace que esté tan preocupado con chicos tan graves que no se puede sentar con una madre cuyo pibe se murió a explicarle de qué murió. Empezamos a hacerlo en nuestro servicio (en obstetricia va a ser mucho más difícil por las características particulares de los obstetras con que nos toca trabajar). La única forma va a ser transmitir de vuelta lo que la gente vive y que escuchen. Dentro de la institución las mamás tienen mucho miedo a que se las maltrate, a que se las eche, a que no se les dé de comer, a que no le atiendan al chico; una vez que vuelven al centro de salud esto sale a la luz, eso hay que llevarlo de vuelta al hospital. Parte de la función de estos programas es que las instituciones conozcan al principal dueño de la institución que es la población, si está conforme o no con la forma que se la atiende; es muy difícil lograr eso, no es sencillo.

Esto puede pasar a ser un programita de demostración de lo obvio, que si controlamos a las mujeres van a andar mejor, que si las atendemos bien van a estar contentas, que si hacemos una atención personalizada van a estar fenómeno y van a traer a las vecinas nos vamos a ir contentos, el programa durará tres años, los pequeños fondos que conseguimos son para tres años (nos quedan dos y pico) nos vamos a ir contentos porque salieron algunas publicaciones; no iniciamos esto para eso sino para tratar de meter un pequeño foco de atención adecuada y que se extienda ya que las autoridades no nos dieron caveda, no nos apoyaron por más que fuimos a hablar, no hubo comprensión sobre el tema; quedan dos posibilidades dedicarnos a la A.P.S. teórica e ir a hablar a todos lados sobre la importancia que tendría hacer A.P.S., o meternos en un lugar, ponernos a trabajar y tratar de que se extienda. Ahora es el barrio vecino que se llama El Tambo que vino a pedir que fuéramos a trabajar, y en el barrio vecino de Laferrere donde vamos a pedir trabajar; si a fin de año son tres o cuatro los centros donde estamos trabajando ya va a poder insidir sobre la mortalidad neonatal de la Matanza,

porque vamos a llegar a más de 1.000 partos. Nuestro objetivo es extenderlo y ver si logramos que las autoridades entiendan que en la Matanza tiene que haber un programa de A. P. perinatal, y que no se parte de cero, que se parte de algo ya iniciado.

Público. — Hacer un plan de A. P. S., está desde la condición de que los profesionales sabemos qué necesitan los pacientes de la comunidad. Hacer un trabajo prenatal de control de psicoprofilaxis con las embarazadas, les sirve a los pediatras y obstetras también como prevención de sus propias angustias.

Público. — ¿Tuvieron contactos con residentes de algunos hospitales? En la experiencia que estamos haciendo, un grupo de los que estamos acá, en un centro de salud en obstetricia para el plan de control prenatal, dio como resultado la negativa absoluta a rotar en el centro de salud, considerando la actividad en control prenatal como denigrante y que no favorecía en nada a su formación.

Dr. Schwartz. — En el Paroissiene no hay residencia de Obstetricia, sí están trabajando en San Pedro los residentes de medicina general. No hemos logrado todavía ver qué papel le cabe al residente de medicina general en este programa, por diversos motivos: en A. P., a diferencia de lo que piensan algunos, deben estar los mejores y no los peores, el que más sabe y no el que menos sabe; el residente de medicina general debe haber rotado antes por obstetricia para ir a hacer su experiencia en A. P. y no a venir a hacer su experiencia al centro donde va a estar solo teniendo que definir si un embarazo es de alto riesgo o no. La otra contradicción es que estamos enseñándole atención obstétrica al agente de salud, hacer un control de embarazo normal, entonces está la obstetra el agente de salud, el residente de medicina general, y cada madre que venía —que nos costaba un gran esfuerzo incorporar— recibía tres tactos, son muchas cosas delicadas; tenemos dificultad para ver cómo incorporamos tanta gente a un programa, no tenemos residentes de obstetricia, son solo de medicina general que sí quieren participar, el que elige medicina general quizás tiene otra ideología médica.

Público. — Lo que quiero aclarar es que en este lugar no estarían solos hay una instructora nombrada hace un año y está sola,

realiza el trabajo de instructora de residentes sin residentes, no hubo forma de conseguirlos.

Dr. Sarrasqueta. — No conozco la experiencia. Esto admite innumerables reflexiones pero hay un punto que sintetiza todas las reflexiones: la ideología. Las ideologías médicas son probablemente dos, así como hay dos modalidades polares de formación médica, de desarrollo curricular, de actividades y esto se traduce finalmente en qué tipo de tarea y cómo se desarrolla; este conflicto es permanente en cada uno de los niveles en donde se trabaja, es implícito y está presente aun en lugares donde hay mucha homogeneidad ideológica; esto es un extremo de esa polaridad, son sujetos que han venido muy deformados a través de la facultad y que consideran que esta actividad los desprestigia, cuando es precisamente lo que le va a dar recursos, o que van a ser fundamentales en sus prácticas privadas o de obra social. Esto admite una discusión política, no se puede discutir técnicamente, muchas veces uno busca soluciones o planteos técnicos, o hace planteos psicologistas a algo que es ideológico. Para mí pasa por lo ideológico*.

* N. E.: Problemas de grabación al igual que en la experiencia de Esquel impidieron registrar las primeras exposiciones de la señora Magdalena y el Dr. Sarrasqueta.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN OTROS PAÍSES

COORDINADOR:

Lis. Marcelino Fontán

Ex Director del programa urbano-marginal Buenos Aires (Prodiba) UNICEF, Provincia de Buenos Aires, 1984-1985.

PANELISTAS:

Dr. Ramiro Echeverría

(Ecuatoriano) Experiencia de A.P.S. en Ecuador.

Lic. Ana Gutreiman

(Argentina Psicóloga) Experiencia en salud mental y A.P.S. en Mozambique (Africa).

Dr. José Carid

(Español-Médico) Experiencia de A.P.S. en Zaire (Africa).

Lic. Silvia Vuegen

(Argentina-Socióloga) Investigadora del programa PRIMOPS (Programa de investigación de modelos de prestación de servicios de salud) en la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dr. Echeverría. — Voy a hacer una caracterización muy general sobre mi país, el Ecuador, para quienes no están muy frescos de la geografía latinoamericana. Está en el punto noroeste de América del Sur, atravesado por la línea equinoccial o ecuatorial —de ahí su nombre— con una extensión territorial de 180.000 Km.² incluyendo las islas Galápagos; una población hasta 1986 de 9.500.000 habitantes distribuida un 50 % en áreas urbanas y 50 % en el área rural. Étnicamente se considera que hay un 30 % de población blanca, 40 % mestizos, 20 % indígenas, 10 % negros y mulatos. La geografía de Ecuador es muy particular en cuanto

que tiene tres regiones naturales muy diferenciadas: una zona costera, una zona interandina de sierra, y una zona selvática o amazónica; lo que determina diferentes nichos ecológicos, de producción, de consumo, de diferentes climas y por lo tanto de diferentes formas de vida. En cuanto a la estructura de nuestra población es joven con una base muy ancha: el 62 % de la población es menor de 25 años.

Daré algunos indicadores socioeconómicos: hay una tasa de analfabetismo de un 5 %; hay un 80 % de viviendas con acceso a agua potable en áreas urbana y un 20 % en áreas rurales. En cuanto a indicadores de salud tenemos una tasa de mortalidad infantil a 1984 (tenemos dos años de atraso en la información) de 54 por 1.000, una tasa de mortalidad general de 5,8 por 1.000, una esperanza de vida al nacer de 66,6 para las mujeres y de 63,1 para los hombres. En cuanto al perfil epidemiológico básicamente puede estar determinado por enfermedades infectocontagiosas de aparato digestivo, respiratorio y ahora también avanzan enfermedades crónicas, pero prevalecen las enfermedades infecciosas.

En cuanto al sistema de salud en el Ecuador no podríamos hablar de un sistema como tal, sino de coexistencia de varias formas de práctica médica: una estructura institucional o formal y una importante estructura informal a nivel de prácticas tradicionales. En el sistema formal hay una cobertura aproximada del 55 % de la población y el resto se maneja con los recursos tradicionales. En los recursos informales vale destacar la atención a nivel intrafamiliar y la existencia de agentes propios del sistema informal en términos de curanderos. De los recursos generales del sistema institucional, el Ministerio de Salud Pública (entidad oficial) es la que comanda todas las políticas y maneja el mayor porcentaje de recursos; por lo tanto la experiencia que vamos a relatar va a tratar la aplicación de proyectos basados en la A. P. comandados por el Ministerio de Salud Pública en dos niveles: el área rural y el área urbana.

El antecedente fundamental para la aplicación de la estrategia en el Ecuador consiste en el hecho de que antes del año 1970 existía una desatención muy amplia de los sectores rurales. En 1970 se crea el año obligatorio de medicatura rural, por medio del cual todos los profesionales egresados de medicina, obstetricia, enfer-

mería y odontología antes del libre ejercicio profesional debían cumplir su servicio en el campo por un año. Este programa (a los diez años de evaluado en 1980) determinó que había aportado algunas mejoras en cuanto a la cobertura de atención, pero muy poco en cuanto a su impacto en los indicadores de salud de la población rural. En la década del 70 el país sufre una de las más fuertes crisis en términos de la depresión agropecuaria. El peso que tuvieron estos factores son mucho más determinantes que la acción de este plan de medicina rural. Las coberturas en el campo siempre fueron muy bajas. En 1979 (luego que Ecuador firmaría la declaración de ALMA-ATA en el año 1978), el Estado asume oficialmente la aplicación de ésta en el país oficialmente, porque antes de esa fecha existían experiencias aisladas en diferentes puntos del país comandados por organizaciones privadas, algunas de ellas religiosas que estaban haciendo un trabajo tipo A. P. S. En el año 1979 es el Estado el que lo asume como política oficial. Eso se expresa en la formulación de programas basados en la aplicación de esta estrategia, todo ello bajo la necesidad de extensión de cobertura de servicios de salud a las zonas desatendidas. El modelo que aplica el Ministerio de Salud apuró a muchos países a aplicar esta estrategia, sin mucha reflexión autocrítica, determinó que se desatara una gran polémica entre los sectores especialmente universitarios y los gremios médicos. Se habló de que esta experiencia fomentaba el empirismo. Se criticó mucho la verticalidad de su implementación, de que la política de la OMS estaba destinada, en el campo de la A. P. S., para los países pobres del Tercer Mundo: que era para la ampliación del mercado farmacéutico, que había intervención yanqui, que eran los nuevos policías para el control de la movilización popular, de los promotores o agentes sanitarios. Se desató una gran polémica a nivel conceptual; básicamente las consecuencias se agudizaron a nivel de las propias comunidades, en tanto que tampoco hubo una consulta a la comunidad de qué era lo que necesitaba o cómo querían que se hicieran las cosas, sino que se impuso, quizás manejando la moda de aquel tiempo.

El modelo de implementación en el área rural particularmente se basaba en la detección de una persona o agente de la comunidad denominado en el país "promotor de salud", que debía ser elegido

por la propia comunidad. Aunque realmente había otros mecanismos indirectos de elección por parte de funcionarios del Ministerio de Salud, debía ser de 18 a 40 años, saber leer y escribir; se le daba un entrenamiento de 8 semanas teórico-práctico sobre los contenidos básicos del paquete A. P. S. Se los sacaba de diferentes puntos del país, se los llevaban a un centro de entrenamiento donde estaban las 8 semanas; se les proveía al término de ello un micro-puesto conformado por un poco de materiales y algunas medicinas. Esto fue un punto muy criticado por los colegas médicos, en el sentido que estaban manejando 17 productos farmacéuticos, entonces se redujo la lista a 7; debían trabajar todos los días en su comunidad un mínimo de 4 horas. Tenían una remuneración indirecta: el Ministerio de Salud pasaba un fondo a la comunidad y ella se encargaba de entregarla al promotor; esto era para evitar una relación directa de dependencia. Se asumía que el promotor era la persona que estaba en la interfase entre la comunidad y el sistema formado; lo que ha traído muchos problemas porque en realidad no está ni en un lado ni en el otro. La remuneración era equivalente a 30 ó 40 australes por mes. De 1979 a 1984 se prepararon 370 promotores los que debían trabajar en 370 comunidades de aproximadamente 350 familias cada una. A la fecha nos quedan 280 promotores, 90 se han retirado, hay una alta deserción.

Una evaluación que se efectuó en el año 1985, en donde se determinó cuáles fueron las decisiones principales en la aplicación de esta estrategia con este tipo de modelo, mostró que era una forma incompleta de aplicar los contenidos de A. P. S., muy parcial y sin los elementos que requieren una verdadera aplicación de esta estrategia. Por lo tanto se generaron muchas expectativas tanto en la comunidad como en el ambiente sanitario nacional, que no produjeron los resultados esperados. Se asimiló el concepto de A. P. S. a programas, incluso se hizo sinónimo de promotor de salud. No se aclaró esta relación de dependencia entre la comunidad y la entidad oficial del Ministerio de Salud, lo que trajo muchos inconvenientes, no solo en la deserción, sino en la paralización de actividades de los promotores. Básicamente en el plan operativo hubo una desconexión del sistema en términos de la posibilidad de accesibilidad a los otros niveles de atención. Había una descon-

xi3n entre el trabajo que hac3a el promotor con el resto del equipo de salud, de tal manera que pr3cticamente quedaron aislados. No hab3a programas de supervisi3n adecuados ni de readiestramiento. Como resumen de esa evaluaci3n se cometieron muchos errores, tanto en la parte operativa de la aplicaci3n misma de estos programas, como en la cuesti3n conceptual respecto a elementos fundamentales. Lo m3s positivo es haber determinado con precisi3n estos errores y sobre esta base actualmente se est3 planteando un nuevo debate a fin de definir cu3les ser3an las condiciones m3nimas para lanzar un programa a mucha mayor escala. Entre esos puntos voy a nombrar los siguientes: la formulaci3n necesaria de un sistema nacional de salud que, de alguna manera, pueda permitir un uso adecuado de los recursos existentes en el sector, porque al momento existen diferentes instituciones, cada una con sus planes, programas, presupuestos, con sus propios programas de promotores; se desperdician mucho los recursos. Se est3 trabajando en la l3nea de c3mo decodificar aquella cultura de la enfermedad que predomina en todo el ejercicio de la pr3ctica m3dica, por una cultura de la salud no solo a nivel del sector de los trabajadores de la salud, sino b3sicamente a nivel de la poblaci3n. En la reformulaci3n de los planes de formaci3n de recursos no solo es cuesti3n de cambios curriculares, sino de una nueva modalidad de enfoque de la enseanza y de la pr3ctica de salud, de la generaci3n de formas alternativas de participaci3n no solo en el sentido ascendente y descendente; todo eso lleva a que no solo se hable de salud para todos, sino todos para la salud. Es un proceso continuo y permanente. Con este enfoque se asumir3a que constituye un proceso de cambio, no solo del sistema de salud, sino del resto de los factores que determinan el proceso salud-enfermedad. La idea es centrar la A. P. S. como eje del desarrollo del sistema de salud y del desarrollo de la propia comunidad.

Lic. Vuegen. — Me voy a referir a una experiencia realizada en Colombia llamada PRIMOPS (Programa de Investigaci3n de Modelos de Prestaci3n de Servicios de Salud). Este programa se desarroll3 en Cali en la Universidad del Valle (que es del Estado) en coordinaci3n con la Municipalidad de Cali, a trav3s de la Secretar3a de Salud y con el Ministerio de Salud de Colombia. Cali es

la tercera ciudad del país en población; la capital, Bogotá, está ubicada al sudoeste de Colombia a unos 70 Km. de la costa pacífica, a la altura de Bonaventura.

Este programa en el cual trabajé en los años 1979-1980, comenzó con una pequeña experiencia en el barrio urbano de Cali llamado Candelaria. En el momento en el cual estaba trabajando se extendió a una población de 56.500 habitantes. Desde fines del 79 y principios del 80 este programa fue la base para la extensión de la cobertura en salud a nivel de A. P. en las zonas urbanas del departamento del Valle del Cauca que tiene como capital a Cali. Fue una de las bases del actual sistema nacional de A. P. S.

Si nos basamos en las palabras del actual presidente de Colombia, el 25 % de la población colombiana, es decir 6.500.000 h. están en condiciones de pobreza absoluta. En Colombia, pobreza absoluta se define como: toda familia que aún empleando la totalidad de sus ingresos para alimentación, no puede satisfacer las necesidades mínimas a nivel de nutrición. Dentro de la política actual del gobierno colombiano (que es el partido liberal) las políticas de seguridad social no pueden ser agregadas al plan nacional de desarrollo; todas estas políticas sociales, en las cuales está incluida salud, tienen que ser parte del plan de desarrollo. Refiriéndonos al tema de la pobreza, actualmente en Colombia el plan nacional de lucha contra la pobreza y generación del empleo tiene cinco programas: rehabilitación y asentamientos urbanos, creación de nuevos asentamientos tanto urbanos como rurales, salud básica para todos, aprovisionamiento de bienes básicos, mejoramiento del hogar, y educación básica para todos. Con respecto a salud para todos, que se realiza a través del sistema nacional de A. P. S., PRIMOPS es uno de los programas que se tomaron como base para el diseño de este sistema nacional de A. P. S.

Me voy a referir a las características socio-económicas de la población en la cual se desarrolló el programa PRIMOPS entre los años 1979-1980; comprendía 56.500 hab. con una pirámide poblacional joven (es la característica de la mayoría de los países latinoamericanos) con un gran proporción de menores de 15 años y una proporción muy baja de personas ancianas. El promedio de personas por familia era de seis; el promedio de personas por vivienda de siete. El 95% de las viviendas en las zonas donde se

desarrolla el programa tenía dos cuartos, aparte de la cocina y el baño, lo cual nos daría un promedio de 3,5 personas por cuarto, lo que está demostrando un nivel de hacinamiento bastante alto. El problema de luz y agua potable al ser una zona urbano-marginal no era tan grave, ya que el 95 % de las viviendas tenían luz y casi el mismo porcentaje tenían agua corriente. De los niños menores de 5 años, se registró que un 25 % tenía desnutrición grado 1, un 9 % desnutrición grado 2, y un 1,5 % desnutrición grado 3, lo cual sumado hace que un 35,5 % de la población menor de 5 años tenía algún tipo de deficiencia nutricional.

Uno de los componentes del programa PRIMOPS, como programa de A. P. S., es la cobertura total. Si tomamos en cuenta los datos proporcionados por la conferencia de ALMA-ATA y datos que todos podemos manejar, proporcionados por organismos nacionales e internacionales, vemos que el problema de cobertura es muy grande a nivel salud. Si a esto le agregamos problemas de equidad, tanto en países desarrollados y subdesarrollados, como en el seno mismo de los países si a esto le agregamos cuestionamientos a nivel del sistema de prestación de servicios de salud no considerándolo un sistema adecuado para proporcionar salud para todos el PRIMOPS tenía como meta una cobertura total. La primera meta fue la cobertura de la población elegible, que comprendía: a las mujeres en edad reproductiva, embarazadas, lactantes y madres de niños menores de cinco años y niños menores de cinco años. El programa en sus inicios era un programa de atención materno-infantil, al que, a partir de 1979 se le agrega un programa de atención del adulto. De esta meta inicial de cobertura de un 80 % de la población hubo algo muy positivo, que pudo ser una cobertura total de la población elegible. Un segundo componente de la A. P. en PRIMOPS es la programación de los servicios en base a las necesidades reales. Significaba que esas necesidades eran detectadas por las promotoras de salud urbanas a nivel de las casas eran discutidas en las juntas vecinales de los comités de salud y luego con el equipo técnico del programa que tenía como sede la Universidad Del Valle. Otro de los componentes del programa era la utilización del concepto de "riesgo" para definir actividades; otro era el de "funcionamiento" dentro de un sistema regionalizado de servicios y de atención escalonada de

pacientes. Estas ya eran políticas del gobierno colombiano a nivel salud. En los años en que el programa empezó a funcionar los niveles que ya estaban establecidos dentro del sistema colombiano de prestación de servicios de salud eran: centros de salud, hospitales de segunda complejidad o nivel 2 y hospitales de mayor complejidad, que generalmente eran los hospitales universitarios o nivel 3. El programa PRIMOPS, que a estos tres niveles ya están contemplados dentro del sistema de prestación de servicios de salud en Colombia, se le agregó un "nivel casa" que está cubierto por el equipo de salud, en especial por los promotores urbanos de salud, que eran reclutados en la misma comunidad a la cual iban a prestar servicios. Tenían cuatro rondas de rutina que cubrían todas las familias del barrio con 4 visitas por año. Esto se complementaba con otras visitas domiciliarias en la medida en que se encontraban problemas específicos. A las promotoras urbanas de salud se les agregaban las auxiliares de enfermería, la enfermera y en ciertos casos el médico para la visita domiciliaria. Se pensó que era importante que las instituciones salieran a la comunidad; se consideró como un nivel fundamental dentro del programa al "nivel casa" o "domiciliario".

Otro de los componentes del programa era la reasignación de funciones en el equipo de salud. Se trabajó con la idea de equipo de salud y no como una sumatoria de funciones. Se trató de pensar que era un problema que había que trabajarlo integralmente, dentro del cual a cada uno de los componentes del equipo de salud le correspondía diferentes funciones. Las funciones estaban establecidas. Se trabajaba con un programa de evaluación continua para hacer todos los ajustes que se creían necesarios, un programa de investigación acción, con una evaluación permanente. A esta reasignación de funciones en el equipo de salud, se agregaba también un replanteo del equipo técnico de salud, que era el equipo interdisciplinario que funcionaba en la Universidad Del Valle. Estaba integrado por un ingeniero sanitario, ingeniero de sistema, médicos, asistente social y sociólogos.

Otro de los componentes fundamentales era la tecnología apropiada (sin por esto dejar de considerar las ventajas del progreso técnico); ajustar la tecnología a las necesidades específicas de salud de la población.

Otro de los soportes del sistema es la "participación popular" que se registraba en diferentes niveles: las promotoras urbanas son personas de la comunidad, las juntas vecinales están formadas por personas de la comunidad, y también el equipo de prestación de servicios de salud era parte de la comunidad.

Finalmente un sistema de evaluación que nos permitía hacer de este modelo algo dinámico, no algo estático que se había diseñado de una vez para siempre, sino que se discutía y se revisaba en la marcha diaria.

Lic. Gutreiman. — Hasta febrero de este año estuve trabajando en Mozambique, queda al norte de Sudáfrica sobre el océano Indico. Tiene 800.000 km² aproximadamente, una población de alrededor de 12.000.000 hab., en su mayoría campesina, un 20 % está en la industria, un 15 % en el comercio.

Desde el año 1980, cinco años después de la revolución, Mozambique es una República Popular Socialista que se independizó de Portugal en 1975; cinco años después de la revolución teníamos 73 % de analfabetismo (a la fecha de la revolución tenía un 98 % de analfabetismo). En la actualidad la mortalidad infantil está alrededor del 200 por 1.000, la esperanza de vida es de aproximadamente 44 años para el hombre y 47 para la mujer.

Estuve trabajando durante los primeros años en el Ministerio de Salud como psicóloga, en el departamento de formación de cuadros. Los dos años siguientes trabajé en un hospital general de nivel 4 en una sala de psiquiatría. Con un equipo elaboramos un plan de salud mental. En el último año trabajé en una Escuela de Salud Pública que pertenecía a la OMS, en el área de países de lengua portuguesa y española.

Mozambique tiene un sistema de salud único y socializado, tiene un nivel de atención primaria compuesto por puestos de salud y centros de salud. Los puestos están en aldeas comunales; hay alrededor de 780 puestos que son atendidos por un agente polivalente elemental, que es un miembro de la aldea, que habla portugués. Como requisito mínimo tiene que tener cuarto grado y es formado durante seis meses para vacunar y dar primeros auxilios. Además hace un pequeño registro de nacimientos y muertes, atiende algunas enfermedades muy frecuentes, receta 6 ó 7 medicamentos y atiende partos en la práctica a pesar de que la pobla-

ción local no acepta al hombre como partero. Este agente polivalente no es pago, sino que sale de la comunidad y vuelve a ella. Cuando la comunidad no le puede pagar lo hace en especies. Con este tipo de agentes (que no son pagos por el gobierno) hubo muchas deserciones, porque son en general muchachos jóvenes los que tienen cuarto grado. Los campesinos no saben hablar portugués y esto produce un 40 % de deserciones. Se está viendo si es posible enseñarle en la lengua local, de manera que vayan las mujeres más viejas o los hombres que tienen un gran arraigo en la población. En este momento esta gente está siendo formada, intentando que se eleve su nivel escolar. En los centros de salud hay un enfermero elemental, que se forma con sexto grado y dos años de entrenamiento. Es un enfermero polivalente también, que en estos momentos hace tareas preventivas y de consulta; a partir de sexto grado se forman con dos años y después pueden pasar a ser o bien enfermeros básicos cuyo requisito son nueve años de formación o bien técnicos en medicina que van a atender exclusivamente consulta. Está hecho de tal manera que se pueda ir creciendo dentro de este cuadro profesional. Estos centros de salud están atendidos por enfermeros, técnicos en medicina, enfermeras de salud materno infantil (que es una mezcla de parteras y de atención de los chicos hasta cinco años) un agente de odontología y a veces tienen algún agente de laboratorio. Están supervisados por un técnico que tiene una orientación mayor. A nivel secundario hay hospitales regionales, a nivel terciario hospitales provinciales y hospitales centrales como nivel cuaternario; además hay dos hospitales psiquiátricos.

Mi trabajo, junto con un equipo, fue cambiar la metodología educativa. Tratamos de aplicar la metodología de la OMS en la planificación del curriculum. La característica que tenía es que se hace un "perfil ocupacional". Si es un enfermo, se hace un detalle muy grande, muy día a día de lo que realiza ese enfermo realmente. Se consulta a profesionales de todo el país y se hace un perfil de tareas, sobre el cual se elabora el curriculum; había una gran necesidad de que esta gente fuera efectiva en aquello que era formado, que tuvieran un gran "componente práctico". Trabajábamos en el área de enseñanza de metodologías, de elaboración de curriculum y asesorábamos a las instituciones paramédicas. Lo

que pasa con gente de tan bajo nivel educativo es que necesita un aprendizaje muy concreto; práctico, porque los niveles más abstractos entrañan una gran dificultad de asimilación. También trabajamos en el área de capacitación de los formadores.

La segunda parte de nuestra tarea fue crear un plan de salud mental que lamentablemente no se pudo aplicar. Mozambique es un país que está en estado de guerra, que tiene prácticamente todo el territorio tomado, por lo tanto en este momento es muy difícil implementar un plan de salud mental. Ese plan estaba programado en una A. P. donde había dos ejes fundamentales de interés que era: la formación y un relevamiento estadístico de datos porque no hay datos sobre la incidencia del programa de salud mental.

La tercer área de trabajo que tuvimos fue un centro de formación en el área de Salud Pública, donde no se formaban egresados de Salud Pública sino que eran cursos muy cortos que iban al encuentro de necesidades concretas, por ejemplo: hubo cursos de epidemiología, de salud y desarrollo, de planificación, de programa de salud mental. Eran cursos que respondían a necesidades concretas, donde la metodología de elaboración de los curriculums era la metodología de la OMS, basándose en un perfil de las tareas que posteriormente iban a desarrollar.

En este momento en Mozambique hay una mortalidad infantil muy alta, alrededor del 200 por 1.000, y esto se debe fundamentalmente a problemas de alimentación; una parte del país se mantiene con donativos internacionales. Se rompió toda la red de distribución de alimentos por la ida masiva de propietarios de medios de transporte; hay una situación muy grave de provincias enteras donde mueren de hambre. Hay una gran dificultad de implementar todo programa de salud por la situación de guerra. Está cerca de Sudáfrica y por lo tanto hay una contraguerrilla que está actuando en forma muy intensa y tienen una gran parte del territorio no solo tomado sino que tienen cortadas las vías de comunicación, haciendo una política de sabotaje.

En términos generales mi impresión, como alguien ignorante, (mi especialidad no es la salud pública), es que el sistema de salud funciona sobre todo con este tipo de recursos muy elementales, pero que realmente son efectivos. Los enfermeros y las personas que trabajan tienen una riquísima experiencia práctica,

además se van formando y van creciendo a nivel profesional. Se mantiene un mínimo de cobertura y más o menos, a nivel sanitario, la cosa funciona. Los médicos aceptan ir a los distritos y a las provincias pero aguantan un lapso de 3 ó 4 años; a partir de ahí piden ser transferidos para hacer las especialidades, porque son personas que no están radicadas en la zona, pertenecen a la capital, tienen otro tipo de costumbres, tienen una gran necesidad de formación y el contacto demasiado aislado los lleva a tener que pedir permanentemente transferencia para seguir especialidades. El resto de los profesionales se radica si la política de distribución del personal respeta enviarlos a sus lugares de origen, o donde tienen la familia instalada. Al principio esto no se respetaba porque había una gran necesidad de cubrir una gran ignorancia, entonces hicieron una distribución muy burda. En este momento se volvió atrás y se respeta que vayan a sus lugares de origen, donde además hablan la lengua nativa, lo que le permite tener un contacto mucho más intenso con la población local.

Otro de los problemas que encontramos en el área de asistencia psiquiátrica (una gran dificultad de todos los que trabajábamos) fue la de comprender las costumbres típicas de la población. En general las personas no hablan portugués; se trabaja con traductores, había grandes problemas de comprender la problemática porque la mayor parte de los técnicos eran extranjeros, permanecen dos o tres años trabajando en esos lugares y no pueden comprender la cultura.

Mozambique dio un salto muy grande: de una sociedad prácticamente tribal a una sociedad socialista. No tiene experiencia de país capitalista pero es un país que continúa con costumbres tribales. Hubo una gran dificultad para ver cuáles son sus costumbres; cuáles cambian y cuáles se respetan. Se intentó transmitir una serie de valores; en este momento hay una tentativa de estudiar más a fondo a nivel de salud que es necesario cambiar y qué no. A nivel de salud mental existe una gran patología de los cuadros dirigentes, los cuales vienen con patologías mentales porque tienen bajísimo nivel de formación y altísimo nivel de responsabilidad; son dirigentes que están prácticamente agotados, porque eran las personas más preparadas para la lucha por la liberación

y todavía falta un grupo de cuadros intermedios que los puedan suplantar.

José Carid. — Estuve como director en el Zaire de la cooperativa sanitaria española.

El Zaire está un poco más al norte de Mozambique. En un principio el Zaire fue una finca del rey Leopoldo de Bélgica, que nunca la visitó (no tuvo tiempo). Hace 26 años tuvo su independencia y así se quedaron con unos pocos intelectuales. Esto fue un problema dramático. Para que se pongan en situación: de un día para el otro se les llevaron todo el equipo de técnicos.

Hay diferentes etnias dentro del país; el concepto de país no lo tienen. En Africa esto fue implantado a través de un tratado por el cual se distribuyeron todos los países africanos los países supuestamente desarrollados. Si miran, el mapa de Africa tiene unas líneas muy rectas, se distribuyeron territorios y así quedaron países. El Zaire es un grupo de unas 40 etnias que quedaron enmarcadas en este concepto de país. Está situado en la zona del Ecuador, que divide al país en dos, medio país mira a la estrella polar y medio la cruz del sur; es totalmente tropical, de clima húmedo. Las enfermedades son las típicas del medio tropical. En 26 años no se ha hecho nada más a nivel de infraestructura del país. El presidente Mobutu es del movimiento popular de la revolución. Hay una oposición que cada vez que se levanta es eliminada, entonces siempre está ahí.

El sistema de comunicación es por vía terrestre; el país es muy rico a nivel fluvial. El país que lo colonizó construyó carreteras fuera de los trayectos fluviales, lo que hizo que la población fuera a vivir junto a la carretera.

Económicamente este país, siendo uno de los países más ricos de Africa, está en una completa ruina. Hace 6 años su moneda tenía una relación 1 a 1 con el dólar, cuando salí de allí, en el mes de noviembre, estaba la relación en 1 a 45.

El ministro de salud está en la capital que es el Zaire. Ese grupo de médicos fueron formados cuando hace 26 años no tenían a nadie y necesitaron en el momento de la independencia una ayuda del exterior. La formación de esos médicos fue en el estilo puro y clásico como se hace en Europa. Esto planteó algunos problemas graves porque durante la colonia lo que era la

medicina tradicional del país sufrió una brutal aculturalización. El africano era un animal útil de trabajo y no era importante que tuviera educación. Todo tipo de medicina tradicional que existiera en el lugar debía ser totalmente eliminada. Durante muchos años sufrieron un proceso de eliminación de la misma. Hoy en día nos encontramos con que muchos países africanos sufren un desarraigo de sus tradiciones ancestrales y con un sistema extraño impuesto, que es una "concepción del Estado".

El Ministerio de Salud del Zaire tiene una estructura administrativa como en todo el mundo. La élite que compone ese grupo de médicos prefiere siempre estar en la ciudad. El país tiene tres ciudades importantes; todo el mundo prefiere estar en la capital. En este marco aparece la estructura sanitaria del país. A pesar de que crea muy buenos programas teóricos, ayudados por consejeros de la OMS, a nivel práctico son inviables porque no tienen ni potencial económico para resolverlos ni los recursos para hacerlos; entonces interviene la OMS que tienen el invento fantástico de salud para todos en el año 2000 y se dedica a distribuir productos, de las campañas de vacunación, de los materiales, de los dispensarios en los cuales va incluido un frigorífico a petróleo, una camilla de exploración y material desechable. Además tiene a su cargo la formación de médicos, el reciclaje de lo que la estructura médica de ellos denomina el médico de familia, que es el responsable de todo un área que está en el interior.

En el año '87 hay un cambio de estrategias en todo el sistema de salud. Toda la planificación de la formación de los médicos que había sido impuesta por un modelo europeo fracasa y entonces tienen la genial idea de decir que en el año '85 en lugar de ser gestionados los hospitales desde la capital y el ministerio, van a hacerse autofinanciables desde el interior y sale una ley que dice: "A partir de ahora todos los hospitales deben autofinanciarse. De esta manera fui desplazado a un hospital del interior que está a unos 2.500 km de la capital, la vía de acceso al mismo son dos horas y media en avión o 15 días cuando hay barco, a partir de esto quedan 250 km que representan 10 horas de Land Rover. El hospital es regional, de tipo 4, es decir que se hacen las cuatro básicas. Nosotros éramos un grupo de espa-

ñoles trabajando conjuntamente con personal zaireño. El primer objetivo dentro del hospital era satisfacer las necesidades de la gente, la formación dentro del hospital y la formación del personal y el trabajo en los dispensarios periféricos que teníamos a nuestro cargo. En la formación de personal nos planteamos las prioridades; una de las primeras fue la unificación de criterios médicos por nuestra parte. Llegamos a la conclusión de que la formación es muy importante para el africano. Como no está tan embrutecido y es menos cartesiano que nosotros, difícilmente puede pasar de una abstracción a algo concreto; el africano lo que necesita es ver, tocar y hacer y a través de procesos internos llegar a hacerse una abstracción. En el período formativo nuestro si íbamos a formar un equipo era inútil dar clases magistrales que lo único que provocaban era satisfacción personal y pensar que ellos entienden cuando no entienden nada. No es que sean ellos, sino que somos nosotros los que no entendemos un proceso. Dentro del hospital intentamos formar al enfermero desde la práctica; el ritual de cada día era ver con ellos al enfermo, que ellos estén junto a nosotros y en un momento determinado sean ellos los que actúen, no en un momento sino desde el principio, porque somos tan cartesianos que pensamos que lo bueno es lo nuestro. Ellos se cierran a nuestro sistema, hay que dejarlos que sean ellos y a través de ellos que aprendamos cómo podemos llegar a esa comunidad. Teníamos luz eléctrica durante una hora y en ese momento debíamos poner el sistema de radiología, de esterilización; era un hospital de 200 camas, había toda una infraestructura que debíamos intentar poner en marcha. El hospital tenía la parte curativa y la formación del personal dentro del hospital. Junto a esto había unos centros periféricos que eran los dispensarios de salud, en los cuales la idea era dar una formación al enfermero que era el vínculo nuestro con la comunidad. La relación entre él y nosotros tiene que ser afectiva, porque hace que él tenga la capacidad de introducirnos dentro de la comunidad; esto tiene que ser a través de la práctica de curar una serie de enfermedades. Para el 80 % es mejor saber hacer cuatro cosas bien, como tratar a un palúdico, una diarrea, una filariasis o un tuberculoso, es mejor saber hacer cuatro cosas bien y no setenta y siete mal. Ese enfermero debe intentar tener una prác-

tica diaria y dentro del proyecto que llevamos intentamos hacer un tipo de medicina preventiva. Evidentemente el nivel del tipo de trabajo que teníamos que hacer parecía irrisorio la medicina preventiva, pero se efectuaba. Al enfermero de repente se le ocurre que puede hacer algo dentro de la comunidad. En un grupo decidieron ver la cantidad de niños parasitados dentro del dispensario. Fueron a las escuelas, dieron un curso en el cual hablaron de parásitos intestinales e incluso tenían una reunión viendo el perjuicio económico que tenía el tener a la población parasitada. A través de esa reunión, primero con los directores y profesores del colegio y después con los padres de familia, se les dejó un análisis de heces en el laboratorio. Hasta aquí todo funcionó bien; dio el 80 % de parasitados; entonces había que hacer una campaña de desparasitación en la escuela y llamar además a los padres para hacerle el examen a todo el núcleo familiar. El problema era ver quién tenía que pagar esto. Llegamos a la conclusión que no debía ser gratuito, porque si no, no les pertenece y les da igual. Prefieren ir a ver al hechicero porque tiene una relación más afectiva, más profunda y una tarifa elevada, entonces eso juega como elemento de curación.

El pensar que vamos a dar cosas gratuitas es inútil e inservible. Tiene que ser la comunidad la que genere sus necesidades y haga su aporte. Desde el exterior también hay que hacer un aporte, pero en la medida en que haya una respuesta y se sientan propietarios de ese medio. La cuestión de la A.P.S., tiene lo más grave en nosotros, porque hablamos de una actuación interdisciplinaria cuando en la casta médica difícilmente nos entendamos; primero tenemos que ponernos de acuerdo nosotros en lugar de ir a afuera a buscar más historias. Quizás es una crítica el ver que tocamos poco al enfermo.

En la medicina cada día quizá necesitamos de más aparatos para resolver una serie de cuestiones, cada vez somos menos clínicos, más mediocres; entonces de repente pensamos en la solución de que vamos a trabajar con la comunidad. El primer punto de reflexión es el nuestro y el del equipo médico. Yo lo planteo todos los días, porque más que hablar de cara afuera hay que hacer cosas prácticas dentro del equipo de salud.

Público. — Hubo algún intento de integración entre las formas tradicionales de curación y las occidentales.

Dr. Carid. — En este aspecto sí hay un intento siempre, porque la curiosidad es bilateral. No se puede hacer un trabajo, sino intentar ver qué es lo que hace él, pero él es mucho más listo. Normalmente hacía algunos contactos con el curandero del medio, aceptaba el diálogo, miraba qué es lo que podía aprender de mí. Y como para ellos el factor tiempo es una historia diferente a la nuestra nos decía: “ya te lo contaré, ya te lo contaré y aún sigo esperando”.

El iba aprendiendo una serie de cosas en las cuales ponía interés y a mí me dejaba con dos velas, porque nunca me decía nada; con ese tipo de relación te acerco un poco a la psicología de ellos.

Lic. Gutreiman. — En psiquiatría teníamos una colaboración estrechísima con la medicina tradicional. En general la mayor parte de los enfermos, cuando estaban internados, podían ir a la casa el sábado y el domingo; y ya sabíamos que iban a hacer un tratamiento tradicional. Nunca nos oponíamos, porque hay cierto tipo de enfermedades sobre todo las histerias en donde pueden tener una efectividad mucho más rápida.

Lic. Vuegen. — En Colombia hay todo un programa de recuperación de las medicinas indígenas, algunas de las cuales han estado sumamente desarrolladas. En el caso del programa que les comenté, al ser un programa urbano, lo que pudimos recuperar fueron las comadronas empíricas que se incorporaron al programa y siguieron atendiendo partos domiciliarios por demanda o remitiendo a otros niveles del sistema de salud los partos de riesgo. Y trabajaron también en el programa de educación permanente de PRIMOPS.

Dr. Echeverría. — En Ecuador existe una recuperación de la medicina tradicional. Esta es una nueva moda en muchos países, especialmente en Latinoamérica en donde existe esta práctica ancestralmente.

En la legislación sanitaria había penalidades por el ejercicio de dichas prácticas; la primera medida fue abolir esa legislación, lo que fue muy importante.

En los centros universitarios, que es donde existe la mayor resistencia a reconocer prácticas que no están fundamentadas en las publicaciones científicas, ha habido un avance de tal manera que se ha creado una cátedra especial denominada de medicina nacional o tradicional, en donde se están combinando una serie de conocimientos investigados últimamente para la práctica rural. En términos de A. P. S. es una propuesta fundamental. En el entrenamiento de nuevos promotores de salud se ha girado totalmente alrededor de este eje. En términos de un planteamiento global, hay muchos problemas; mucha gente habla de posibilidad de integración. Es difícil integrar dos cosmovisiones diferentes que tienen una lógica totalmente distinta a la nuestra; más bien se habla de un respeto, un paralelismo, una no competitividad, una aceptación mutua. En ese plano se está manejando bien, es posible que mejore la profundización de la estrategia reconociendo este aspecto.

Público. — ¿Quisiera saber si en alguno de los países en que ustedes han trabajado las organizaciones de la comunidad, ya sea en un nivel básico vecinal o un nivel global nacional, participan en la estrategia de A. P. S. a nivel de las decisiones?

Dr. Carid. — En el Zaire existe, desde arriba hacia abajo, todo muy bien estratificado; de abajo a arriba no hay nada, es difícil, la comunidad poco a poco se va organizando, incluso por el tipo de etnias que están muy próximas unas a otras y que en ocasiones son rivales. Así, de repente poner un enfermero que pertenece a otra etnia en un lugar es decretar la muerte del centro asistencial.

La comunidad intenta y necesita, tiene un proceso muy grave que es la aculturación; le han impuesto unas ideas a nivel occidental y ha perdido todo lo que tenía anteriormente, entonces la comunidad difícilmente pueda organizarse. Son comunidades pequeñas de hasta 3.000 personas, las cuales esperan que se les dé gratuitamente. Como siempre y en esa espera nadie organiza nada; la ayuda que llega fuera de la planificación se pierde por el camino, es robada y siguen esperando.

Público. — En Mozambique: ¿cuáles eran los criterios para internación de los pacientes?, ¿quiénes participaban?; porque

debía ser muy difícil dado las dificultades de las diferencias culturales y religiosas que a veces pueden llevar a confusiones en cuanto al criterio de internar a un paciente.

Lic. Gutreiman. — En general es la familia quien los trae. Primero agotaron las posibilidades de que la medicina tradicional pueda volver al paciente al estado de normalidad. Cuando alguien está raro, empieza a gritar, saltar y lo llevan a un médico tradicional y si no hay resultados van al hospital que es el segundo lugar al que se acude en general; a pesar de que en Mozambique es gratis y que el curandero cobra y bastante.

Hay cierto tipo de cuadros que acá son muy raros, hay psicosis que después desaparecen sin secuelas, eso es muy habitual, no sé si habrá alguna relación con los ritos. Es muy frecuente ver cuadros maníacos y es raro ver depresiones. Lo que a veces es difícil comprender es por qué se produce y sobre todo entender la estructura familiar. Los cuadros son iguales, lo que cambia es el contenido de los delirios; es la propia familia, la propia comunidad la que discrimina cuando es más grave y lo lleva al hospital.

Público. — Fundamentalmente a los que tuvieron la experiencia en Africa: con respecto a la estrategia de A. P. S. elegida como para implementar la salud en dos etnias que son totalmente diferentes a la concepción que nosotros tenemos sobre sociedad y civilización; ¿ustedes están de acuerdo?, ¿fue una estrategia válida lo que implementaron en las comunidades? La pregunta va relacionada a lo que Ferrara críticamente expuso como que la A. P. S. era una estrategia del imperialismo para colonizar.

Lic. Gutreiman. — En Mozambique, que tiene un sistema único de salud, es válida. Responde a las necesidades de pueblos tan pobres; hay una necesidad de jerarquizar al tipo de atención e ir derivando a un tipo de atención más sofisticada. No hay ningún tipo de recurso médico. En Mozambique estos programas de salud primarios básicos organizados por centros de salud parece una cuestión natural por el tipo de necesidad que este país tiene. No sé en países más desarrollados, pero ahí es el anillo que va al dedo; es efectivo, se cubren las necesidades de salud del

pueblo algunos errores que son corregibles; pero básicamente es válido.

Dr. Carid. — Difiero totalmente en el concepto de que la estrategia que se lleva es válida. La razón es que no hay un respeto al grupo al que va dirigido el trabajo. El único aporte que se hace es la elaboración de una estrategia con una metodología que nos sirve a nosotros pero que a ellos no les sirve; lo que se ofrece es quizás un limpiac conciencias, hay que hacer algo para quedar tranquilos, sirve para mantener la concepción de estado.

Público. — Esto iba relacionado al tema de la participación popular ya que no podía haber A. P. S. si no había participación popular; en lo que ustedes contaron parecía que la cosa estaba bastante dirigida, quizás era la única forma, por eso mi pregunta fue si era válido o no; veo que hay dos posturas, iba dirigida también a que la A. P. S. sea generadora de un todos para la salud.

Dr. Echeverría. — Me baso en la experiencia del caso ecuatoriano en el que el análisis fundamental no era sobre la validez o no de la estrategia en sí, sino de cómo se había aplicado. Quiero diferenciar mi opinión con respecto a la validez de los contenidos fundamentales de la estrategia y a las posibilidades reales de aplicación concreta que tenga cada país de acuerdo a su propia realidad económica y social. Estos postulados internacionales de la O. M. S. no son muy asépticos que digamos, aunque han contado con la participación de los propios países. Evidentemente que quién ha ido no representa toda la problemática interna de cada uno de los países. Si queremos ver a la A. P. S. como una estrategia de contención del avance social, lo podemos ver perfectamente, y tenemos todos los puntos de vista justificables para ello: ampliación del mercado y control social. Pero si queremos verla como una estrategia o una alternativa que puede revolucionar no solo alrededor de las instituciones de salud, esto es una cadena que puede llevar a otros cambios y a otros procesos. Esto no quiere decir que al relacionar los hechos de salud como un producto o consecuencia de la estructura socioeconómica que lo determina, caigamos en un inmovilismo, es decir: no hay nada que hacer si no cambian la estructura. Hay mucho que hacer ahora, mañana y pasado en términos de un proceso permanente, quizás

debamos sacarnos esa meta referencial que dio la O. M. S. para el año 2000, ya que éste se acerca y en la evaluación a nivel internacional no se ven muchos cambios, pero hay tendencias abiertas para trabajar. Depende de cómo se maneje la cosa en el interior de cada sociedad.

Público. — Hay algunos datos sobre los resultados obtenidos en Ecuador y en Colombia?

Lic. Vuegen. — Hay resultados, sobre todo porque muchas de las acciones en salud se han basado en acciones a nivel ejecutivo; poco a nivel de programación y bastante menos a nivel de evaluación. Este programa de A. P. S. en Colombia va acompañado de un sistema de evaluación en el que cada una de las metas son evaluadas, por lo tanto, sí hay datos sobre posibilidades de medir la aplicación del programa y las transformaciones que puede dar en la sociedad.

Dr. Echeverría. — Basaba algunas de las expresiones finales sobre una evaluación que se efectuó de cómo han funcionado estos programas. Había una parte en la que se demostraba el incremento de cobertura de atención específica a través de numerosos ejemplos. Los resultados de cobertura son indiscutibles; el asunto es en términos de la evaluación de cuánto aporta a la modificación de los niveles de salud. El caso de Ecuador en especial, por ser la aplicación muy piloto, en pocas áreas, la cobertura es muy pequeña, de tal forma que no se puede determinar su impacto en los niveles de salud.

Los niveles de salud dependen de muchas otras variables, tienen que ver con las condiciones de vida de la gente: si están viviendo en viviendas precarias, si no tienen trabajo; entonces hay una reproducción de la pobreza constantemente y es muy difícil que cambie. Depende de las condiciones generales de vida de la población para que el impacto sea más rápido o más evidente.

Lic. Fontán. — ¿Cómo se relaciona la propuesta de participación popular con la verticalidad de las políticas, que de alguna manera lo están proponiendo? En esto hay un riesgo grande que es establecer relaciones demasiado lineales entre ambos términos y están en relación constante y dinámica. Es un proceso que se

desarrolla muy trabajosamente; que se logra a lo largo del tiempo. Esto abre condiciones distintas, pero como todos los fenómenos ideológicos, el de la participación popular, que es un hecho de conciencia, un salto muy grande en la conciencia, en el caso sanitario, lleva tiempo, y el ingrediente tiempo es básico. Es un proceso de aprendizaje de las comunidades, que aparece siempre en términos mixtos. En parte se participa y en parte viene dirigida la acción. No he visto ningún caso en que funcione la participación en términos puros. La participación se plantea nada más y nada menos que modificar modelos internalizables de relación social que están internalizados en los sectores sometidos, y también en el sector técnico y esto requiere un proceso de concientización que nunca se da en plazos cortos. Es un proceso de aprendizaje lento, complicado, lleno de obstáculos y los que aprenden son las dos partes.

Dr. Carid. — Esa participación, estoy muy de acuerdo que existe, pero es una relación que se actúa desde toda una estructura preparada. El que siempre aprende es el que organiza y el que estructura y la comunidad queda pulverizada. Nosotros, como cartecianos que somos, vamos con reloj, y el tiempo tiene su importancia. Para la comunidad el tiempo es diferente, tenemos prisa, y entonces se diseña un plan de 1, 2 ó 3 años. No es así, tiene que ser mucho más lento, entonces es bombardeada, llega un plan y ¡plaf! y ¡plaf!; bofetadas y nadie entiende nada; a ver los próximos que vienen a ver que nos dan. Llega un momento en que la comunidad espera a ver lo que le regalan; ¿la idea de concientizar a la comunidad. Los que tendríamos que concientizarnos somos nosotros primero, antes de ir a la comunidad que es muy diferente. Para nosotros concientizar y romper el esquema requiere muchos años, a partir de ahí podemos ir a la comunidad, pero pensar que vamos a concientizar nosotros, francamente me parece un abuso de poder; ¿ir a concientizar a quién? El problema es nuestro, no de la comunidad.

Lic Vuegen. — Una cosa es discutir los componentes de la A. P. S. como componentes de un modelo de prestación de servicios de salud y otro caso es discutir como se desarrollan en la práctica esos componentes. Por ejemplo, un modelo que tiene como

uno de los componentes básicos la participación de la comunidad y la programación de acciones en salud partiendo de las necesidades reales que son detectadas por la propia comunidad, en ese nivel estaríamos todos de acuerdo en que es un modelo que puede producir cambios importantes en la penetración de servicios de salud. Otro problema es ver cómo esta se implementa. Si no hay cambios grandes, sobre todo a nivel de los equipos técnicos de salud, esta estrategia no sirve para nada y puede ser utilizada para lograr niveles de cobertura que a los únicos que nos interesa es a nosotros y no a la comunidad.

Público. — Me llamó la atención que dos participantes tocaran el tema de la gratuidad o del pago a los promotores de salud; me gustaría que desarrollaran más el tema.

Dr. Echeverría. — Esto fue motivo de real polémica. El promotor de salud ¿debe ser un voluntario o debe ser un trabajador de la salud reconocido con todos los derechos de un trabajador? Este debate no termina; una fórmula intermedia que resultó muy mal fue la de la compensación indirecta. En el programa que maneja el Estado, éste aporta a las direcciones de salud provinciales que pasan a las comunidades y ésta es la que regula incluso su entrega. A veces retiene una parte según el trabajo desarrollado. Esta compensación se considera como un estímulo para resituir el tiempo que el promotor está dedicando a la comunidad. Como a veces la remuneración no sustenta los gastos mínimos, algunos de ellos se han retirado y llevó a un planteamiento de un grupo de promotores de dos provincias que suspendieron su actividad mientras no le reconozcan el salario mínimo vital y móvil.

Lic. Gutreiman. — En Mozambique el agente polivalente no cobra, pero trabaja a tiempo completo. Es un problema realmente serio que contradice normas laborales básicas.

Dr. Carid. — No hay ninguna etnia blanca, negra o amarilla en la cual el que hace el acto de salud no sea retribuido. Incluso aquí pensamos que al pagar más tendremos mejor salud y que el médico nos va a tratar mejor. Este es un concepto universal. El aspecto no es derrotista, la sensación que tendrán es que soy derrotista. No es así; hay una acción puntual que es que cuando

estás sobre terreno, cuando es que hay dos enfermeros que funcionan bien, se invierte para que ese individuo aprenda tres o cuatro cosas. Entonces él se va a ingeniar para montarse su localcito de brujo o lo que sea. Si hace dos cosas, que las haga bien; ahí está la A. P. S.; porque la otra, la que queremos estructurar, es brutalmente cara, porque la A. P. S. no acaba en la primera línea. Hay toda una estructura que es cara, es un elemento que se vendió políticamente como barato y que iba a la comunidad y es mentira es muy cara y hay una acción a hacer que es puntual, la de cada uno. Y bien entonces, el elemento es dejar que esa comunidad lo utilice, porque no son tontos, si ven que les das una serie de elementos, los va a aprovechar y los va a invertir a su manera dentro de su comunidad, ahí sí que hay un gran trabajo que hacer.

MESA: GASTO EN SALUD

COORDINADOR:

Dr. Aldo Ferrer
Economista.

PANELISTAS:

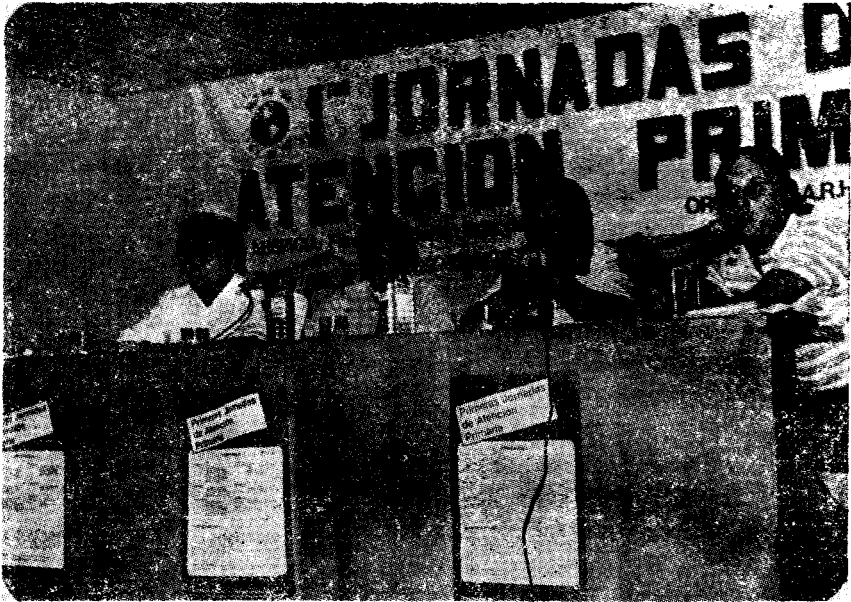
Dr. Jorge Katz
Economista.

Dr. José Carlos Escudero
Sanitarista y Sociólogo.

Dr. Quirno Costa
Director del Hospital de San Martín de los Andes.

Dr. Norberto Lechuga
Asesor de la Comisión de Salud del Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires. (Ausente).

Dr. Katz. — El país gasta alrededor de U\$S 5.000.000.000 en el sector salud, esto representa el 7 % aproximadamente del PBI; esto nos da un gasto de 160 dólares por habitante por año; estos son los datos del último informe del Banco Mundial presentados recientemente a las autoridades de Salud Pública. Es claro que desde el punto de vista de la participación porcentual del gasto, Argentina no es un país que gaste poco en salud, tiene un peso relativo respecto al producto bruto nacional bastante significativo, más alto que muchos otros países latinoamericanos y se ubica en un nivel medio en una comparación internacional. En valores absolutos los 160 dólares por habitante año también nos pone bastante por arriba de los países latinoamericanos y bastante por debajo de una sociedad Europea típica; Gran Bretaña estará en los 500 dólares por habitante y por año; EE. UU. arriba de los 1.500 dólares. El peso porcentual no es lo único que me interesa mirar porque voy a tener que comparar estos 160 dólares con el costo de prestar servicios de medicina, costo que está creciendo



Mesa Gasto en Salud.— (De izquierda a derecha:) Dr. José Escudero, Dr. Aldo Ferrer, Dr. Quirno Costa, Dr. Jorge Katz.

exponencialmente en el mundo; los 160 dólares por habitante año hay que mirarlos desde la perspectiva de lo que cuesta hoy realmente hacer medicina dentro de las características de lo que se está haciendo en el mundo.

Hay una sensación generalizada de que el sistema ha ido creciendo en inequidad y en ineficiencia, tanto en materia de distribución entre los grupos de la sociedad, como en materia de eficiencia en la prestación de servicios; hay razones para creer que el sistema está crecientemente enfrentando problemas y dificultades. Hoy en día hay una sensación bastante distribuida en la sociedad, de que la situación está en crisis, y frente a un presupuesto global que está relativamente constante, sobre todo porque una muy buena parte de este presupuesto viene por el aporte de los miembros del sistema de Obras Sociales, lo cual implica que un porcentaje del salario respecto a un salario relativamente congelado, da un aporte global que crece bastante poco frente al costo

de la medicina que está creciendo muy rápidamente. De una torta relativamente estable, frente a un costo de la medicina que crece, la puja distributiva dentro del sector, la puja entre sectores y al interior de cada sector está crecientemente en la mesa de discusión. Hay varios tipos de estudios que se podrían pensar sobre el sector salud, pero a mí como economista me interesaría mirar al sector salud integrado por distintos submercados: el mercado de los médicos, el mercado de la atención clínica de hospitales y sanitarios, el mercado de fármacos. ¿Por qué menciono estos tres?; porque si tomo la estructura de gastos veo que sumando estos tres sectores llego al 70 % del gasto aproximadamente, 30% es la parte del gasto total que se lleva el sector médico, 30 % en fármacos y un poco menos se llevan clínicas y sanatorios. El argumento central que quiero plantear es que en cada uno de estos submercados hay una pelea distributiva interna entre distintos miembros y grupos de ese submercado, entonces la situación global del sector desde mi perspectiva como economista, la tengo que ver como un conflicto entre submercados por ver quién se lleva la mayor parte de la torta, que está relativamente constante y con una pelea interna dentro de cada submercado para ver cómo se redistribuye el ingreso entre los miembros de cada submercado. Cada uno de estos submercados tiene una problemática particular que hay que estudiarla en detalle, para entender cómo incide esa problemática particular en la puja distributiva global; por ejemplo, si tomo el mercado de los médicos parece muy claro que en el mismo están ocurriendo transformaciones muy espectaculares a través de los años a raíz de la afluencia de nuevos médicos al mercado y de la entrada de la alta tecnología.

El país tiene hoy 80.000 médicos aproximadamente, si piensan cuantos son los médicos que van a entrar en los próximos cinco años al mercado, tendrían la primera perspectiva de esto que llamo el conflicto en el interior del propio submercado médico. Entraran aproximadamente 25.000 médicos en los próximos cinco años, esto va a producir una disrupción fenomenal de las relaciones internas dentro del propio submercado. Tengo que comprender que este es un campo donde la oferta crea su propia demanda, donde estas 25.000 personas nuevas que entren al mercado van a tener que generar la demanda para sí mismos, una forma será la

diferenciación del producto que ofrecen y para esto cuentan con un arma muy fuerte que es la aparatología de la tecnología médica.

Voy a ir acentuando cada vez más una cosa que a ustedes les preocupa mucho, que es, esa tendencia hacia una medicina de alta complejidad, institucionalizada, hospitalizada, frente a la alternativa que sería reordenar el papel de la APS y mirar el tema del rol médico desde la perspectiva de como buena parte del espíritu de esta reunión, pretende mirar. Esta es una pelea que ocurre en el interior del submercado médico, que está generando una división interna de grupos dentro del mismo mercado médico, entre los grandes especialistas que manejan la aparatología compleja, y un proletariado médico que está cada vez más diferenciado dentro de esa estructura.

Tomemos el ejemplo del mercado de los fármacos que tiene alrededor de un 30 % del peso relativo dentro de la estructura total de costos. La venta total en la industria farmacéutica es a precio de fábrica farmacéutica 1.000.000.000 de dólares; a precio de farmacia es 1.500.000.000 de dólares respecto de un gasto total de 5.000.000.000 de dólares, este es más o menos el peso relativo del gasto de fármacos dentro del de salud total. Dentro de este submercado el conflicto obviamente, no es el mismo que marcaba recién entre médicos jóvenes y alta tecnología, acá el conflicto es entre laboratorios de capital nacional y laboratorios de capital extranjero. Los laboratorios de capital nacional controlan hoy en día alrededor del 55 % del mercado y 45 % del mercado está en manos de laboratorios de capital extranjero. Para que vean la génesis del conflicto en este submercado, les voy a dar los siguientes números: en el censo de los últimos cinco años, entran al mercado farmacéutico unos 1.500 productos nuevos, de estos 1.000 son lanzados por empresas de capital nacional, el ritmo de lanzamiento, por lo tanto, de productos nuevos del sector de capital nacional, duplica al ritmo de lanzamiento del sector de capital extranjero. Si tomo el precio promedio de los productos que tienen entre 0 y 12 meses de vida, o sea, de los productos que son nuevos en el mercado de fármacos, encuentro que el precio promedio está en los 8 australes, y el promedio de precios de todo el mercado de fármacos es de 3 australes; quien está lanzando productos nuevos más rápido, está recomponiendo más rápido su

participación relativa en el mercado, porque supera el precio promedio del producto normal en el mercado. Como las fábricas de capital nacional están lanzando productos nuevos al doble del ritmo de lo que lanzan las firmas de capital extranjero, la participación relativa de capital nacional está creciendo dentro de este sector.

Como tengo la torta constante, la participación de los gastos en salud no viene del costo de la medicina, de como está creciendo el costo de los fármacos o el costo de la atención médica, sino que viene de 7.5 % que aportan los obreros o la seguridad social, creando el monto de recursos por el cual se financia esta torta.

Lo que encuentro es una torta dada y un costo que viene creciendo, esta es la génesis del conflicto; de la pelea entre la COMRA de un lado que tiene que revitalizar la participación relativa del sector médico, el grupo de laboratorios farmacéuticos que tiene que revitalizar o mantener la participación relativa del sector fármaco y la federación de clínicas y sanatorios que es la que tiene que mantener la participación relativa del sector de hotelería. Desde el punto de vista del economista, a lo que uno está asistiendo en este medio, es al hecho de que en el interior de cada uno de estos mercados hay una pelea distributiva, y que esta pelea termina expresándose como un conflicto por la participación relativa en los gastos de salud. En rigor a la verdad, esto ocurre porque el país no tiene ni va a tener en un futuro próximo, un estado capaz de regular la atención médica, no tiene, ni va a tener un estado capaz de normatizar lo que son los servicios de salud, de decidir cuánto es el nivel de cobertura que quiere darle a su población, no tiene capacidad de regular los niveles de complejidad y cómo se entra en los distintos niveles de complejidad, qué diferencia hay entre el primer, segundo y tercer nivel de atención, y no tiene capacidad de regular los precios relativos entre los submercados, no tiene capacidad de normatizar, de estandarizar y decir qué medicina es la que quiere y qué nivel de cobertura. Su capacidad de control en la acreditación es muy pobre, su capacidad de control de gestión es pobre, y no puede ir a ver efectivamente cómo son los fármacos que se venden en el mercado, o cómo son las clínicas que operan, cómo es la atención que se da en los consultorios; asistimos así a un estado totalmente desmantelado en materia de capacidad de hacer una política de salud.

En tanto el Estado esté en estas circunstancias lo que va a primar en la realidad, es la puja distributiva que mencionaba antes, porque no hay árbitro en esa puja distributiva que tenga un instrumento con el cual decidir cómo quiere operar. Esta puja distributiva frente a un árbitro totalmente inerte, que no tiene una teoría desde la cual operar, y una práctica desde la cual operar, me permite una puja de mercados entre los submercados mencionados y como resultado de la misma se decide cuál es el camino que debe seguir la medicina. Así del lado del mercado médico hacia la alta especialización y la alta complejidad; del lado de las clínicas y sanatorios está yendo hacia la diferenciación creciente del productor en materia de hotelería, de prestación de servicios colaterales a la atención médica en sí, y en materia de fármacos la pelea entre capital nacional y extranjero está yendo hacia un tipo de forzamiento del mercado hacia un uso indiscriminado de fármacos, que va mucho más allá de lo que son realmente las necesidades médicas, no hay un criterio de mercado producto de la puja interna de ese submercado entre capital nacional y extranjero.

Dr Escudero. — Escribo sobre salud pero soy fundamentalmente epidemiológico. La conclusión final de relación entre nivel de salud y gasto en salud es que hay bajísima relación entre las dos cosas, no diría que la relación es aleatoria o negativa, pero la conclusión que uno saca leyendo las cifras es que se gasta dinero con la excusa de dar salud pero no se da salud en gran parte. Voy a señalar estas objetivas contradicciones y voy a plantear hasta qué punto es posible que haya una especie de explicación superadora de estos hechos aparentemente tan dispares. Volviendo al método epidemiológico, si empezamos a discutir niveles de gasto en salud, esto correspondería epidemiología descriptiva de niveles. Hay un trabajo reciente de Vicente Navarro (que es profesor en el John Hopkins Hospital) que relaciona para varios países europeos gasto en salud como proporción de producto bruto interno, con niveles de salud medido a través de la esperanza de vida al nacer. Navarro llegó a la conclusión de que los países que financian sus sistemas de rentas generales, y donde el acceso al sistema es absolutamente abierto y nadie lleva ningún papelito, tienen gastos administrativos muy bajos y la proporción de su

producto bruto interno que destinan a salud es igualmente bajo; el ejemplo más claro de esto creo que es Inglaterra, donde el gasto en salud oscila en el orden del 5 % del producto bruto interno, comparado con países como Alemania Federal o Francia que gastan alrededor del 8 al 9 % del producto bruto interno. Inglaterra gasta casi la mitad de lo que gastan estos últimos países; si uno ve la esperanza de vida al nacer de esas poblaciones es más o menos igual, así que pasa algo, o los ingleses son congénitamente más sanos que los franceses y alemanes, cosa que podemos rechazar, o el gasto inglés en salud es mucho más eficiente en tanto se gasta menos para el mismo nivel de salud. Otras diferencias son espectaculares y han pasado en América Latina, el gasto de salud de Argentina, como dice Katz, es de 160 dólares por habitante año y nos dan una esperanza de vida al nacer que en este momento para vergüenza nuestra, está siendo superada por otros 14 países de América. En 1962 Argentina tenía la quinta más alta esperanza de vida al nacer de América, después de Canadá, EE. UU., Puerto Rico, Uruguay; ahora es la decimoquinta y estamos gastando el 7 % del PBI, una barbaridad de dinero para resultados tan bajos.

Medir salud es difícil, medimos mortalidad muy bien porque hay métodos demográficos recientes que nos permiten saber bien los niveles de mortalidad, pese a que la calidad de la información es mala; morbilidad la medimos mal y peor cuando peor son los problemas; esto se ve bien en salud mental que la medimos muy mal y la somatometría que la medimos aleatoriamente. El hecho más sorprendente de los últimos años es que en este momento, la esperanza de vida al nacer de Cuba es más alta que la de EE. UU., si me lo hubieran dicho hace años hubiera pensado que era esto imposible. Cuba con una calidad de información excelente, en términos de medir su mortalidad, tiene niveles de esperanza de vida más altos que los norteamericanos. EE. UU. gasta, nos decía Katz, 1.500 dólares por habitante año en salud; en Cuba en un discurso de Fidel Castro del año pasado se dijo que se estaba gastando 50 pesos cubanos; la cotización del peso cubano es aleatoria, asumamos la oficial de 1 a 1 y veremos que un país que gasta 50 dólares por habitante año, tiene mejores niveles de salud que otro país que gasta 1.500 dólares por habitante año. Países

como Jamaica o Trinidad de Tobago o Costa Rica que han sobrepasado a la Argentina en cuanto a su esperanza de vida al nacer, países como Venezuela, que tenía una esperanza de vida al nacer mucho peor que la Argentina y ahora tiene igual. Esto indica que se gasta dinero en salud con la excusa de dar salud.

Otro dato sorprendente es lo que pasó en China. En 20 años calendario aumentó la esperanza de vida al nacer en 18 años, es el récord de la historia demográfica del mundo. Me complazco en citar el libro de un norteamericano, William Vogt, escrito en 1949 sobre las catástrofes naturales en China, decía: "Lamentablemente, que en China la gente se muera al nacer, o que se muera por inundaciones realmente no tiene mucha importancia porque China no tiene solución"; en el mismo año los comunistas ganan la guerra civil y después la situación china cambia a tal punto, que en este momento la esperanza de vida al nacer es ligeramente superior a la de Argentina, China debe estar gastando, sospecho, la décima parte de lo que gastamos nosotros en salud y tienen una mortalidad infantil del 30 por mil.

Gasto en salud versus nivel de salud, nada que ver, es como si estuviéramos hablando de universos distintos.

El porqué de esto, en el fondo, es una explicación económica sobre los modos de reproducción social y reproducción económica de los diferentes tipos de sociedades.

El chico que tenemos adelante enfermo, puede ser explicado en un nivel de interacción del agente microbiano con un huésped humano que genera enfermedad, o puede ser explicado a un nivel mayor de abstracción, con categorías explicativas que provienen de la economía, de la sociología, de las ciencias políticas, de la historia, son diferentes niveles explicativos y en cierto modo diferentes paradigmas.

Hay categorías que vienen de las ciencias sociales que explican fenómenos de salud, uno de ellos es la economía de mundo capitalista, como que hay una economía en el planeta tierra que es más que la sumatoria de los países, que tiene un centro y una periferia, con flujos (transferencias de dinero de un lado para otro). Esta economía de mundo capitalista se caracteriza por tener un centro, una periferia y un país hegemónico; en este momento es EE. UU., antes que Inglaterra.

El país hegemónico es a la vez gendarme, ideólogo y banquero del sistema, las cañoneras inglesas del 1900 han sido reemplazadas por las fuerzas de operación rápida de la USA. Esta economía, hace que ciertos países centrales hayan recibido una gran cantidad de excedentes económicos en donde por ineficiente que sea el sistema sanitario, el nivel de salud es bueno; ejemplo Alemania Federal gasta en medicamentos alrededor del doble de lo que gasta en salud Cuba como gasto total en salud. Sin embargo, este despilfarro es posible porque la cantidad de excedente económico en Alemania es enorme, porque la industrialización químico-farmacéutica alemana es políticamente muy poderosa y porque la salud depende más de la satisfacción absoluta de ciertas demandas biológicas. Así que el centro capitalista puede ser ineficiente, pero puede tener buenos niveles de salud.

La salud norteamericana es un ejemplo extremo de ineficiencia, porque son 1.500 dólares por habitante año y niveles de salud bastante deplorables, con bolsones de pobreza que son monstruosos: Detroit, Bronx y degradación humana quizás peores que en algunos lugares de Argentina.

En la periferia capitalista donde tenemos pocos excedentes, estamos obligados a ser sensatos. En la periferia gastamos dinero y tenemos que ser eficientes, y esto es parte del desafío que tenemos en la Argentina. El capitalismo no tiene forma en la cual gastar el dinero en salud eficazmente, así que invierte en cosas innecesarias e inútiles y a veces perjudiciales.

Como conclusión final deberíamos hacer un estudio de escenarios políticos, con quién nos tenemos que pelear o no pelear, para desbloquear la sociedad argentina; por ahí el estudio de la política es el estudio de las fisuras en los aparentes blocks sólidos.

Como último comentario, estamos compartiendo aquí la mesa con el autor de "Vivir con lo Nuestro", quisiera plantear que salud es una actividad absolutamente autárquica en términos nacionales, es decir si se diera cierto tipo de situación internacional y Argentina tuviera que bajar las cortinas, el nivel de salud del país mejoraría, principalmente en desnutrición. ¿Qué pasa si nos bloquea la marina americana?, el nivel de salud de Argentina mejoraría, el de nutrición también; no puedo hablar por los videoes que es lo que va a pasar, pero lo anterior está clarísimo.

Dr. Quirno Costa. — No voy a agregar más de lo que se habló en la mesa. Pero quisiera ver cómo podemos, dentro de nuestra realidad socioeconómica actual, donde las perspectivas no son muy favorables, empezar a cambiar un poco las cosas. Hay un gasto que es importante en el PBI: hay tres subsectores que aportan, uno que es el de pago directo, el del sector privado, el que lleva la parte más gruesa; otro es el de obras sociales que nació por una deficiencia a cubrir ante la falta de respuesta que daban los otros sectores; y un tercer sector que es el que podemos modificar, que es el del sector de la medicina oficial. Las cifras que se han volcado nos marcan que la Argentina malgasta en salud una cifra nada despreciable. En muchas situaciones escuché que en el país había que aumentar el presupuesto en salud, es cierto, pero no tenemos muchas posibilidades de aumentarlo. Si pensamos aumentarlo a través de la seguridad social el presupuesto resultaría aumentado en parte por el salario del trabajador, esto es imposible con los salarios deprimidos que tenemos, y a veces hasta congelados; a partir de las finanzas públicas tampoco es posible con sólo 4.000.000.000 de dólares de intereses de la deuda externa, lo cual hace difícil pensar en cambios del rol del Estado.

Yo creo que podríamos obtener modificaciones en la administración y en el uso de los recursos destinados a salud. No puedo manejar cifras nacionales pero con la participación de profesionales de la Capital y Gran Buenos Aires que plantean una situación diferente creo que se puede actuar racionalmente para modificar la situación de salud. La usina de este despilfarro es la competencia de los tres subsectores.

Si entendemos que la A. P. S. es aquel nivel de atención que apunta fundamentalmente a una mejor calidad de vida de la población desde el punto de vista ético, ya estamos trabajando para redistribuir los recursos.

Dr. Aldo Ferrer. — Voy a hacer algunos comentarios de los argumentos que hemos escuchado, cuáles son las cosas que más impactaron y me parecen más centrales.

Escudero planteó esta contradicción que existe entre el gasto de salud y el nivel de salud y es bastante claro que no hay relación entre una cosa y otra, que se puede gastar mucha plata y

tener un mal nivel de salud y puede haber pocos recursos y tener un nivel sanitario mejor, esto tal vez en un sentido muy general depende que al fin y al cabo la salud como la educación, como las diversas expresiones del desarrollo social depende de todo lo demás, o sea que no es un problema de asignación de recursos sino del conjunto de circunstancias que hacen la operatoria del sistema de salud, de los médicos, las instituciones, de la industria que produce fármacos y demás.

El segundo argumento lo planteó Katz, la subdivisión del sistema de salud en tres subsistemas y al existir una cierta congelación de la torta de recursos disponibles se produce una lucha en el interior de cada subsistema y parecería que la puja competitiva dentro del sistema no se da en sentido de mejorar la calidad de los servicios y de los productos que se le ofrecen a la sociedad, sino más bien tiende a producir productos más sofisticados, elementos que hacen a una mayor capacidad competitiva sin que necesariamente eso lleve una mejor atención o calidad de productos.

Lo que dijo Katz, sobre el Estado, es un hecho grave que se produce en otras áreas del funcionamiento de la sociedad argentina, es la debilidad del Estado de arbitrar la puja distributiva dentro de cada subsistema y del sistema en conjunto, esto es un hecho grave porque ciertamente el Estado como articulador de las opciones políticas de la sociedad, es el que tiene que motivar la puja inevitable en toda sociedad.

Finalmente Quirno Costa enfatizó el hecho de que aún en el marco de la escasez de recursos se pueden hacer muchas cosas a partir de formas organizativas, su mensaje es un mensaje optimista, ya que es posible a partir de ciertas opciones políticas, de ciertas motivaciones, dar respuestas que producen resultados importantes a nivel de la salud, sin que los recursos utilizados sean mayores.

Quiero agregar algunos comentarios adicionales. Tengo la impresión que estamos viviendo en un mundo paradójico por que no hay duda que hay un proceso de internacionalización, es decir la revolución tecnológica, las comunicaciones, los flujos de conocimientos en el plano de la salud, de los fármacos, del instrumental, determinan que hay una circulación planetaria de todos estos

elementos y un contacto muy estrecho entre cada realidad, y en el sistema internacional hay centros de poder, hay grupos que influyen; Escudero usó el concepto centro-periferia, que es un concepto de toda América Latina y que es válido para abordar problemas y sistemas internacionales.

Al mismo tiempo que advertimos esto, advertimos también la proliferación del poder, se suele prestar más atención relativa a los fenómenos de concentración de poder en los EE. UU., en las grandes corporaciones, en el sector financiero, que a otros fenómenos que se dan en otros planos que son igualmente importantes: la multiplicación de actores en el sistema internacional. Por ejemplo en 1950 la producción de EE.UU. representaba el 50 % de la producción mundial, hoy representa el 25 %, en aquellos años EE. UU. representaba más o menos un 25 % del comercio mundial, hoy representa un 12 %. En aquellos años las empresas norteamericanas tenían un papel claramente hegemónico en el sistema mundial, hoy hay empresas japonesas, francesas, alemanas e incluso de algunos países en desarrollo como Brasil y Corea que tienen participación en el sistema internacional, incluso desde el punto de vista de la generación de tecnología, donde se suponía que sólo las grandes empresas y/o países tenía capacidad de innovar y adaptar tecnología, resulta que ahora hay una multiplicación de las fuentes de tecnología y en muchos sectores altamente competitivas. Hoy es muy frecuente que las empresas más rentables no sean los grandes gigantes de los grandes países, sino las pequeñas y medianas empresas incluso en los países centrales. En América Latina también hay proliferación del poder, incluso desde el punto de vista político, los grandes centros hegemónicos de poder de EE. UU. y la U. R. S. S., tienen hoy grandes problemas en disciplinar sus propias zonas de influencia; la U. R. S. S. con Afganistán y los EE. UU. con centroamérica son ejemplos claros de la restricción del poder de las superpotencias. Desde esa perspectiva me parece conveniente señalar que hay un enriquecimiento de las opciones y las alternativas, este es un primer dato, que junto al fenómeno de la internacionalización y de la existencia de centros de poder internacional haya una multiplicación de actores, de posibilidades y restricciones al poder de las superpotencias, lo que es importante desde la perspectiva de un

país periférico. El segundo elemento, que es más importante, es que junto a este fenómeno de internacionalización, se advierte también que en el mundo contemporáneo los países que han tenido éxito dentro de la periferia, son aquellos capaces de afirmar el carácter endógeno del proceso de transformación. Es decir que hoy el crecimiento moderno que es el crecimiento de la ciencia, la tecnología, de la modernización del Estado, de la racionalización de las políticas sanitarias y culturales, del buen uso de los recursos, del apoyo a la propia capacidad de innovación está ligado a ciertos procesos de industrialización y tecnológicos y no son procesos que se puedan importar. Es decir el desarrollo moderno no es un desarrollo que pueda venir del exterior, como vino en la Argentina y en otros países de América Latina en la segunda mitad del siglo XIX, cuando el mercado internacional, las inversiones eran bastante simples y venían del exterior. Hoy el fenómeno del desarrollo económico social es un fenómeno complejo, profundo que solo puede emerger desde dentro de la sociedad, de su vocación de cambio, de la estabilidad de su sistema político, de la racionalidad de sus opciones, de la capacidad de movilizar el potencial innovador, de calificaciones de los recursos humanos; por lo tanto, yo creo que esta es la paradoja del mundo contemporáneo. Un mundo con proliferación del poder y multiplicación de sus actores sociales; es un mundo en el cual no se puede vivir de espaldas; es muy difícil bajar las cortinas y aislarse, pero sí un mundo en el cual se debe partir del desarrollo endógeno, de buscar formas de vinculación internacional que sean compatibles con la propia realización de un país. Entonces, ese carácter endógeno de crecimiento que planteo, se puede utilizar de fondo para temas como la deuda externa, donde por la suma de una serie de factores, en primer lugar por problemas internos, políticas que han hecho ciertos países, en la Argentina la dictadura que llevó a una especulación financiera que fue parte principal de la explicación del problema, pero también está la responsabilidad de los bancos que financiaron estas cosas y después las políticas fiscales y monetarias de los EE. UU., que llevaron a un aumento de las tasas de interés y a la multiplicación del problema y sin embargo, a pesar de esto, se pueden crear mecanismos de defensa que per-

mitan replantear la cuestión. Seguramente en el caso latinoamericano, parte de la respuesta transcurre por una cooperación más estrecha y mecanismos de defensa concertados entre nuestros países. De lo que escuché, tenemos esta tendencia internacional, tenemos este carácter endógeno esencial del desarrollo contemporáneo, entonces esto, está en nuestras manos, en las manos de los argentinos, de sus médicos, de sus políticos, de la sociedad en conjunto, de encontrar respuestas válidas. Respuestas racionales que permitan transar las formas distributivas en el interior de los subsistemas a los que se refería Katz; que nos permita cerrar la brecha entre la asignación de recursos y el nivel de la salud y, probablemente la respuesta de todo esto pase en buena medida por soluciones puntuales a niveles operativos concretos en las provincias, partes concretas del sistema sanitario. Pero, seguramente, también parte por la racionalización de la política sanitaria global, de la superación de esta impotencia del sector público para dar señales claras y orientadoras en el desarrollo de la salud, y para todo esto hace falta ciertas condiciones políticas de estabilidad, una sociedad pluralista. Los argentinos, estamos avanzando con firmeza en este camino de consolidar la democracia. Este es un requisito importante porque en el campo de la salud, como en el campo económico social, estamos pagando el precio de un largo período de inestabilidad política. En el hecho de que en 1930 se hubiera roto el juego de las instituciones democráticas y que desde entonces hasta hace poco hayamos vivido en condiciones tan inestables, todo el desarrollo económico social, incluso la política sanitaria del país se vio afectada. No hay duda que los cambios de ministro de gobierno, han impedido respuestas racionales, esta debilidad actual del sector público para orientar una política de salud.

Dr. Escudero. — La sustancial diferencia entre socialismo y capitalismo, es que el capitalismo tiene que generar mercancías y obtener beneficios, en salud eso se traduce en generar mercancías, como los medicamentos, gran parte de los cuales no sirven o hacen daño; Argentina gasta 1.500 millones de dólares por año en medicamentos; se podría gastar la quinta parte, podríamos tener inclusive mejor salud porque habría menos iatrogenia, así que esta es una diferencia muy sustancial que hace al modo bá-

sico de acumulación, y ojo que no defiendo al socialismo real que tiene problemas sanitarios concretos que hay que analizar.

Pero este problema, en los países centrales, esta venta de mercancía innecesaria, no importa, no pasa nada, los medicamentos que se venden en Francia son, en gran parte, la misma basura que se vende en Argentina; pero hay tanto excedente social en Francia, que los franceses se dan el lujo de tener una mortalidad infantil de 9 por mil, porque hay basura, pero la sociedad funciona y la función fiscalizadora del estado existe; en la periferia tenemos que ser sensatos porque hay poco excedente social y hay que gastar realmente en lo que importa. Complica el hecho de que como nuestros Estados son más débiles en la función fiscalizadora, permiten más piratería en venta de cosas que no sirven, así vemos una diferencia sustancial. La acumulación capitalista social en la venta de mercancías, que en salud dan ganancias pero no dan salud, lo cual tiene que ver con el problema teórico del reciclaje del capital y del capitalismo y la dificultad que eso se haga en salud; ese es el punto central de mi argumento.

Dr. Katz. — Voy a tratar de unirme a este punto que marcaran Ferrer y Escudero. Acá hay tres racionalidades diferentes. Detrás de este sector hay una racionalidad política, hay una racionalidad económico-financiera y hay una racionalidad médica.

Cuando Escudero dice que en los países socialistas pasa tal cosa, en realidad nos está diciendo que las decisiones se están tomando dándole la prioridad a la racionalidad médica. Es decir, los temas racionalidad económico-financiera y racionalidad política son subsidiarios. Se trata de armar un sistema que tenga racionalidad médica, y entonces los logros médicos que logran estos sistemas se deben a que se está poniendo el acento en la racionalidad médica. No estoy tan convencido de que no sea importante que los países centrales estén despilfarrando, porque lo que hacemos nosotros es copiar la organización médica y la organización de la atención de la salud de estos países. Entonces nuestros modelos organizativos de la medicina y de la prestación de salud copian pautas de asignación de recursos que están montadas sobre este despilfarro, es decir, no es tan inocuo el hecho de que Alemania o EE. UU. estén haciendo lo que están haciendo, porque la tecnología de organización social de la medicina que yo

voy a duplicar en la República Argentina tiende a mimificar aquel tipo de organización social. Entonces esto no es un hecho que yo tenga que tomar meramente como un dato referencial, sino que me está condicionando muy significativamente en la organización del sector en la Argentina. Pero el punto central es que en el escenario local en los últimos 20 ó 30 años, lo que ha primado es la racionalidad política y económica-financiera, es decir, que nosotros asistimos a un complejo debate acerca de la propiedad de las Obras Sociales en la República Argentina, que no tiene nada que ver con la medicina, con lo que son los criterios de adecuación de la atención médica, con lo que es el nivel de cobertura que se desea darle a la sociedad, con lo que son los niveles de atención; lo que se discute, es la estructura política argentina y no un problema de racionalidad médica; entonces, las Obras Sociales sí pueden ser propiedad de los obreros, lo que no está bien es que en el interior de las Obras Sociales haya una diferencia de nivel de 50 a 1 en cuanto a calidad de cobertura entre algunas de ellas. La pregunta que es interesante hacerse es: ¿por qué hay una racionalidad política en el juego detrás de esto, que termina convalidando la inequidad y la deficiencia?, o sea que convalidamos un modelo de inequidad y deficiencia porque nos estamos escudando en un debate político, y no en un debate médico de la realidad, de lo que está ocurriendo. Entonces queda en un nivel superficial de discusión porque lo que prima es la racionalidad política. Cuando yo hablo de los submercados, y digo que en el interior lo que hay es solo una puja distributiva por lo tanto lo que está primando ahí es la racionalidad económica-financiera, cuanto es la velocidad de rotación del capital, cuánto es la tasa de ganancia. Entonces, lo que no se tiene en cuenta allí, es que hay una racionalidad médica que me dice que una buena parte de esta aparatología, no tiene valor desde el punto de vista de la eficiencia marginal que tiene sobre la calidad de atención, pero sí la tiene bajo el punto de vista de la tasa de ganancia. Si yo tengo que recrear un sistema por el cual estos 2.500 nuevos médicos que van a entrar al mercado, generen su propia demanda, no hay forma, si yo no tengo un Estado normalizador, que tenga capacidad de regular el sistema, de que no siga tendiendo hacia una racionalidad económico-financiera, mucho más que a la raciona-

lidad médica. Por lo tanto el punto a marcar, es que cada uno que compara socialismo con capitalismo, está comparando dos modelos de racionalidad en la toma de decisiones que son muy diferentes, es decir, un modelo que prioriza la racionalidad médica frente a un modelo que prioriza el desajuste de la realidad política, o de la tasa de ganancia, que son dos cosas diferentes.

Dr. Quirno Costa. — Yo quisiera agregar que el Instituto de Seguridad Social de la Provincia de Neuquén, tiene la obra social provincial que cubre la cobertura asistencial de todos los empleados públicos y una gran cantidad de adherentes, que son en general comerciantes, pequeños industriales e independientes que hacen su aporte opcional. El instituto tiene un conflicto bastante serio con el Colegio Médico, éste pide con justicia desde el punto de vista de la jerarquización del acto médico, un aumento del pago de la consulta médica; esto basado en un criterio de arancel escalafonario, o sea que el médico de mayor antigüedad recibe un aporte mayor de los que recibe el médico que recién se inicia. Lo importante es que el Instituto es una Obra Social bien administrada, que da una buena cobertura de tipo médico, en cuanto a la cantidad de prestaciones que cubre a la retribución, ya que ésta es prácticamente dentro de los 30 días; pero su capacidad financiera está limitada, porque no pueden incrementar sus recursos, que vienen prácticamente de los asalariados. La contraoferta fue estudiar una propuesta con participación incluso del sector oficial como mediador, para redistribuir la torta y fundamentalmente, pasaba por el alto consumo que tienen estos recursos en la parte medicamentos, hay acusaciones públicas donde los médicos acusan al Instituto de malgasto, lo que yo diría que es hasta cínico porque el Instituto gasta en medicamentos lo que recetan los médicos. Por lo anterior creo que el hecho importante, es no transferir las responsabilidades, llámese Estado, Obras Sociales, al sistema; sino que nosotros mismos tenemos que ser parte del ejemplo. El hecho que estemos acá, nos compromete a un cambio de conducta médica.

Pregunta. — He escuchado a los diferentes expositores y creo que decididamente, tendríamos que ejemplificar como causa de esta crisis la ley 18.610 que da ingreso jurídico a una forma de atención que canaliza la mayor parte de los recursos que se han

mencionado, y se provoca el desvío intencionado (generado en un gobierno de facto con el consenso de los sectores gremiales que en ese momento existían) de importantes sumas de dinero. Ahí comienza la tercera etapa de la demolición del sistema público, la denomino la tercera pues la primera fue después del 55, cuando se desconoce la política sanitaria de Carrillo. Yo me pregunto, ¿cuándo será el día que los argentinos mostremos con el mismo orgullo que mostramos los edificios más lujosos y suntuosos que hay en el país (que son las sucursales de los bancos), los hospitales?

A lo mejor, de estas jornadas tendría que salir una estrategia de dinamización del sector público, dándole el rol adecuado a una política salarial del trabajador de salud, que es el factor principal de esta dinamización, y desalentar a lo mejor la inversión en nuevas construcciones y en aparatología de alta sofisticación.

Pregunta. — ¿Dentro de los niveles de gasto en salud de los países europeos, se incluía el reciclaje por investigación en nuevos fármacos?

Pregunta. — ¿Cuáles son los términos concretos que impiden una política de medicamentos en el país. Recuerdo haberle escuchado al Dr. Escudero decir, que en ciertos boletín de OPS, la OMS opinaba que para cualquier país del Tercer Mundo el querer implementar una política de medicamentos le significaría un alto riesgo de golpe de Estado. Además circulan rumores que el gobierno ya habría sufrido presiones por el tema; dado que en el panel hay un ex funcionario del Ministerio del Dr. Neri, si podría explicitar en que consisten estas presiones si es que están ocurriendo.

Dr. Escudero. — Cuidémonos de la omnipotencia médica, o de su negativo fotográfico que es el masoquismo médico. Yo siento que ahora los médicos reconocen que su modelo no funciona muy bien; el peso de la historia en sus espaldas los hace muy vulnerables a auto-acusaciones muy importantes, por ejemplo, con respecto al comentario sobre el nomenclador, que es un problema médico pero que está sobredeterminado por explicaciones más generales del funcionamiento de la sociedad. Con res-

pecto al comentario del médico como agente de cambio, por supuesto que estoy de acuerdo pero teniendo en claro que nosotros jugamos piezas muy pequeñas en el tablero, es decir que hay grandes explicaciones y fenómenos que sobredeterminan el modelo médico; no pasemos de la omnipotencia de los cirujanos del 30 al masoquismo de los preocupados médicos del 80.

Sobre el segundo comentario, el de un pedido de estrategia, yo creo que ahora tenemos bastante clarito que salud queremos, lo que hay que discutir ahora, es el escenario de cómo hacer para acumular poder para tener la salud que queremos, con quién nos tenemos que pelear y con quién tenemos que negociar.

Dr. Katz. — Las tres preguntas son interesantes. Con respecto a la que hacía referencia a la inclusión de los gastos de investigación, la respuesta es no; estamos hablando de gastos directos, el tema de los gastos de investigación y desarrollo en el área fármaco, daría para una reunión completa, pero cuando uno habla de cifras de Alemania, de casi 1.000 dólares por habitante y por año, no está computando cuánto la empresa farmacéutica alemana gastó en investigación y desarrollo en Alemania, sino que está computando el gasto directo del presupuesto federal.

Con respecto a la puja distributiva vs. atención primaria, creo que en la ausencia de un estado capaz de normatizar, que es seguramente lo que va a ocurrir en los próximos 10 años en la argentina, no tengo ninguna esperanza que de aquí en adelante, resurja un Estado con capacidad reguladora, por lo menos en el corto y mediano plazo. Esta situación de crisis va haciendo eclosión, y se va a seguir deteriorando el nivel de cobertura. Lo curioso de la situación contemporánea es que todo el mundo pierde plata en un juego que no suma cero; pierden plata las clínicas, los fabricantes de fármacos, los médicos porque están cobrando por debajo del nomenclador, prácticamente cada uno de los miembros intervinientes en este juego declara oficialmente, que con este nivel arancelario que está trabajando, no puede seguir y es cierto desde el punto de vista de la racionalidad de cada uno de los sectores. La situación a la que hemos llegado, por eso, se tipifica como una crisis, que es de tal envergadura que prácticamente cada uno de estos factores no tiene gran rentabilidad en la economía de lo que está haciendo. Esto va a producir varias cosas,

la primera es que se va a seguir deteriorando el nivel de cobertura y que los médicos van a seguir cobrando por debajo de la mesa, las clínicas van a seguir usando subterfugios para cobrar dos veces una atención, porque por otro lado no le cierran las cuentas económicas, y los laboratorios farmacéuticos van a seguir jugando con el tema de los certificados, los lanzamientos nuevos, el precio promedio de los productos, etc., lo cual, no tiene nada que ver con la calidad de la atención médica, ni con la calidad del servicio que se le brinda al usuario. Esas cosas van a continuar porque vivimos en el medio de un juego de tipo cabalístico, donde quien no reacciona pierde terreno en la distribución. Vamos a seguir escuchando afirmaciones que digan que hay que revalorar el papel del médico, yo lo encuentro totalmente válido y respetable, pero si hubiera aquí sentado alguien de las clínicas diría exactamente lo mismo, y también del sector de fármacos, ¿por qué?, porque todos sienten que están siendo el "pato de la boda". Y, ¿cómo se arbitra esta puja distributiva?, esto es lo difícil. Allí es donde creo que está la falta de un Estado con capacidad reguladora, que no viene solo desde 1810, sino que el Estado ha ido perdiendo capacidad regulatoria a través de los años. Finalmente, lo que se canaliza a través del Estado Federal si uno mide qué proporción del gasto total corresponde a la Secretaría de Salud Pública de la Argentina, es simple. Cuando yo tomo estos 5.000 millones de dólares y los corto en partes, veo que un tercio de ese gasto es del sector público y de ese tercio que viene a ser 2,2 % del P. B. I., el 5,5 es de la Secretaría, lo que resulta una parte ínfima sin ninguna capacidad de ejercer el liderazgo dentro de este sistema. Lo único que podría hacer desde ese peso relativo que tiene, es sentar algunas pautas de normatización, a la espera que después del sector privado se comporte aceptando esto, e instituir una mínima capacidad de gestión para controlar que es lo que posteriormente se hace sobre estas pautas. Pero de allí, a que el Estado sea el que va a poder fijar el tipo de gestión, el tipo de cobertura; no lo creo, porque el peso relativo es cada vez menor.

¿Cómo arbitrar en esta puja distributiva?, pienso que el creciente sentido de crisis se va a ir adentrando en los diferentes sectores participativos y van a aparecer mecanismos de racio-

nalización intrasector, o sea, no veo imposible que se trate de ganar eficiencia operativa en el sector de clínicas, por ejemplo racionalizando gastos; van a ocurrir cosas de ese tipo porque por un lado van a desaparecer firmas que van a entrar en crisis, y no van a poder pagar sus cuentas económicas. Frente a esto, que es la esencia del juego en una sociedad capitalista, algunos van a racionalizar gastos y van a sobrevivir. O sea que va a ver creciente irracionalidad en el sistema, creciente pérdida de cobertura, fracaso económico con muerte de algunas empresas y racionalización de algunos otros, esto es más o menos como se comporta un mercado capitalista, no solo en el área de salud, sino en general. Por otro lado va a aparecer la comunidad médica revalorizando cada vez más la participación comunitaria, la A. P. S.; es decir que así como las clínicas van a ordenar sus cuentas de costos y ordenar sus gastos para poder sobrevivir, la profesión médica va a ir generando al interior de sí mismo conflictos intramercado médico. Esta falta de un modelo global de normatización se puede resolver con experiencias puntuales de esta naturaleza. Yo creo que algunos aspectos interesantes se debatieron acá. Cuando uno toma ejemplos como los de Neuquén y Salta, ve cuando se está en tasas de mortalidad infantil de 60 ó 70 por mil, traerlas al 30 por mil es algo que por este camino se puede conseguir con éxitos espectaculares, pero cuando ya llega al entorno del 25 por mil, el seguir bajando es más complicado, donde ya se entra en una fenomenología de tipo biomédica que necesita una tecnología más compleja, entonces una cosa que a mí me hubiera gustado mucho escuchar en las experiencias, es como sigue esto, una vez que uno ha bajado a niveles de mejorar la atención primaria y de mejorar los resultados, a partir de donde se torna más difícil seguir avanzando. Creo que esta es la fenomenología de Cuba y otros países que han hecho este camino, pero que ahora se están planteando preguntas mucho más complejas de como seguir para adelante.

Finalmente el nomenclador no está constituido bajo la base de una conciencia de cuál es el costo de la atención médica real, si uno maneja el costo real y se fija como se maneja y se regula esto en el nomenclador, la conclusión es que no tiene nada que ver. El nomenclador es la expresión de la crisis ya enunciada.

LA INDUSTRIA FARMACEUTICA INTERNACIONAL Y LA SALUD DE LA POBLACION MUNDIAL

THOMAS S. BODENHEIMER **

Se estima que 130.000 personas mueren cada año en los EE. UU. por reacciones adversas a los medicamentos (Silverman y Lee, 1974: 264). El 60 % de dichas medicaciones son enteramente innecesarias (Burack, 1970: 49). En las naciones pobres del mundo, un millón de niños mueren cada año por desnutrición e infección causadas por el reemplazo de la lactancia materna por fórmulas infantiles comerciales (Newsweek, 1981). Los médicos de todo el mundo prescriben medicamentos con nombres comerciales que cuestan a los pacientes de 3 a 30 veces más que las drogas genéricas idénticas (Silverman y Lee, 1974: 334). Ciertas drogas que no ofrecen seguridad, prohibidas o limitadas en los EE. UU. son vendidas indiscriminadamente en los países subdesarrollados (Silverman et al. 1982).

Es evidente que el potencial parcialmente realizado de los descubrimientos químicos y biológicos para reducir el sufrimiento y promover la salud de la población mundial ha sido distorsionado en forma aguda, pervertido y convertido en su opuesto ¿por qué?, ¿dónde reside la responsabilidad?

La causa de esta situación es aparente para todos los que quieren verla. Un pequeño grupo de hombres extremadamente ricos —directores de unas pocas corporaciones transnacionales gigantes, de alcance mundial— controla la producción y distribución y el conocimiento de los grandes descubrimientos farmacéuticos. Estos hombres han convertido los adelantos científicos

* Traducido de la publicación del ISLEC (Instituto for the Study of labor and Economic Crisis), *The Transnational Pharmaceutical Industry and the Health of the World's People*". Miembro del staff del ISLEC.

** Publicado en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 21.

dadores de vida en un medio para obtener poder e inmensos beneficios. Han comprado y sobornado profesionales de salud y funcionarios gubernamentales para que colaboren en sus proyectos. Se proclaman benefactores de la humanidad, pero los hechos hablan de otra manera. Según las palabras del Dr. Dale Console (1960) anterior director médico de la enorme Corporación Squibb:

“La industria farmacéutica es la única en la que es posible hacer que la explotación parezca un noble propósito”.

Este capítulo está organizado de la siguiente manera: 1) descripción de la industria farmacéutica como una empresa transnacional; 2) el uso por parte de la industria farmacéutica de las innovaciones protegidas con patente para hacer frente a la actual crisis económica mundial; 3) la industria farmacéutica y la clase media; 4) los efectos de la industria farmacéutica sobre la salud de la población mundial; 5) la industria farmacéutica y el Estado, y 6) propuestas para una reforma.

I

EL CARACTER TRANSNACIONAL DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

La corporación transnacional se ha convertido en el centro de poder en el mundo de hoy (Dixon, 1982 a). Las decisiones tomadas en las oficinas de Zurich, Nueva York o Tokio —mucho más que las decisiones de los gobiernos nacionales— determinan dónde vivirán las personas, qué comerán, cuándo y cómo morirán. Las mayores corporaciones transnacionales, ejemplificadas por la General Motors, Exxon, Citibank e IBM, tienen activos mucho mayores que el producto bruto interno de muchas de las naciones del mundo.

Las corporaciones transnacionales están definidas por su poder para planificar su producción y ventas en escala global: cada parte de la empresa global es organizada y ubicada de modo de maximizar el beneficio general (Barnet and Mueller, 1974). Así, una compañía farmacéutica puede tener su directorio en los

Estados Unidos, producir sus drogas en Irlanda, fabricar sus cápsulas en Brasil y vender el producto en Bolivia. Los detalles dependen de dónde las materias son obtenibles más fácilmente, dónde son menores los costos de la mano de obra, dónde pueden evadirse las tasas con más facilidad, y dónde las regulaciones de comercialización son menos estrictas.

La movilidad de las corporaciones transnacionales da una ventaja insuperable sobre la inmovilidad de los gobiernos nacionales. Buscan las áreas de menores salarios y de este modo han arrebatado a los gobiernos el poder de mantener el empleo estable. Presionando los botones de computadoras internas o aparatos de Telex, pueden transferir millones de dólares de un país a otro, privando de ese modo a los gobiernos del poder de proteger su oferta monetaria. Pueden, manipular precios y beneficios entre subsidiarias en diferentes naciones y pueden fabricar sus libros de manera que las ventas o empréstitos generados en países de altos impuestos parezcan emanar de los de baja imposición, y de este modo evadir impuestos y negar a los gobiernos el fundamental poder de recaudar ingresos.

Con su enorme riqueza, las corporaciones multinacionales pueden sobornar políticos, y lo hacen, como en Coreagate o Watergate; y los bancos transnacionales pueden forzar cambios en las políticas básicas de los gobiernos dando, negando o extendiendo empréstitos, como los que tuvieron lugar a lo largo del mundo desde Nueva York en 1975 a Polonia en 1980.

La industria farmacéutica se hace transnacional

La industria farmacéutica mundial está dominada por un pequeño número de firmas multinacionales, ubicadas principalmente en los EE. UU., Suiza, Alemania, Gran Bretaña y, más recientemente, Japón. Las mayores corporaciones farmacéuticas no son tan grandes como las transnacionales gigantes del petróleo y la banca. En 1981, la mayor compañía farmacéutica de los EE. UU., la American Home Products Corp., tenía 4.1 mil millones de dólares en ventas, en comparación con los 108 mil millones de la Exxon (Fortune, 1982). En tasas de beneficio, sin embargo, las farmacéuticas están muy por delante de la mayoría de

las transnacionales. Para el período entre 1963 y 1976, con excepción de dos años, las tasas de beneficio de la industria farmacéutica fueron por lo menos 45 % más altas que las tasas promedio de beneficio de las 500 mayores corporaciones de los EE. UU. (Mc Craine y Murray, 1978). Durante la mayoría de estos años, la industria farmacéutica se ubicó primera o segunda en montos de inversión. La American Home Products, que tenía 93 en las ventas en 1981, era la undécima en ingreso neto como porcentaje del valor de las acciones (Fortune, 1982).

De las 18 mayores compañías farmacéuticas del mundo, 13 tienen su directorios en los EE. UU., 3 en Suiza y 2 en Inglaterra. Además, las grandes firmas Alemanas y Japonesas producen fármacos como parte de su línea de productos. Cada vez es más y más difícil definir el verdadero lugar de las multinacionales farmacéuticas. No solo las compañías con base en los EE. UU. y Europa tienen cientos de subsidiarias en otros países, sino que las compañías europeas están absorbiendo en forma creciente a las estadounidenses. En 1977, compañías no estadounidenses dominaban el 35 % del mercado norteamericano de salud y medicamentos (New York Times, 1978 a). En los últimos 5 años, las compañías europeas se han hecho cargo de firmas estadounidenses, por ejemplo la Bayer de Alemania adquirió Miles Laboratories y la Nestlé Suiza Alcon Labs. Las ventajas de tales fusiones y adquisiciones transnacionales revelan la forma en que las corporaciones piensan globalmente, no nacionalmente, según el New York Times (1978 a).

“Aunque los extranjeros han expandido rápidamente su control del mercado de drogas de los EE. UU., la industria americana no parece sentirse amenazada. Muchas compañías americanas de salud y medicamentos han descubierto que una dosis substancial de inversión extranjera era justamente lo que el médico les había recetado”.

El ejemplo de la adquisición de Bio-Dynamics Inc. por parte de la Boehringer Mannheim alemana es instructivo: la Bio-Dynamics se vio favorecida por un flujo de capital (que necesitaba) mientras ambas compañías se beneficiaron por la apertura del mercado de EE. UU. por parte de la Byo-Dinamics para los productos de la firma alemana. (New York Times, 1978 a).

Las compañías japonesas, relativamente recién llegadas al terreno farmacéutico, están cooperando con las norteamericanas y europeas con fusiones y acuerdos de licencias. Por ejemplo, tanto Pfizer y Eli Lilly en los EE. UU., como Hoechst en Alemania están compitiendo para obtener licencia exclusiva para comercializar nuevos antibióticos desarrollados en Japón (Wall Street Journal, 1981). Es evidente que los actores importantes en esta etapa son las corporaciones multinacionales, no los estados nacionales.

La industria farmacéutica y la periferia del mundo

Las naciones subdesarrolladas del mundo están jugando un rol creciente en la emergencia de la organización transnacional de la industria farmacéutica. En este informe usaremos el término "centro" —el lugar de la acumulación del capital (entre las corporaciones transnacionales, aquellas cuyos directorios están principalmente ubicados en los EE. UU., Europa Occidental y Japón)— vs. la "periferia" —las áreas explotadas del mundo cuyos recursos son drenados sistemáticamente en beneficio del proceso de acumulación de capital en el centro. Centro y periferia constituyen un conjunto de opuestos que proporcionan la forma más fundamental de designar la división de trabajo en el mundo (Hopkins and Wallerstein, 1977).

Mientras la investigación y desarrollo y la producción masiva de fármacos están generalmente concentrados en las naciones del centro (industrializadas), la elaboración de píldoras y cápsulas se está moviendo en forma creciente hacia los países periféricos con baja imposición y bajos salarios (subdesarrollados). Cualquiera que ingrese en San Juan de Puerto Rico, la ciudad de Guatemala o San Salvador verá plantas de transnacionales farmacéuticas, destinadas a ese fin, ubicadas unas tras otras. Un tercio de las inversiones de la industria farmacéutica con base en los EE. UU. están ahora ubicadas en el extranjero (Mc. Craine y Murray, 1978) Pfizer, por ejemplo, tiene 63 plantas en 34 países. Ya en 1968, las compañías con base en EE. UU. tenían 332 manufacturas subsidiarias, 110 en Latinoamérica, 106 en Europa, 31 en Africa y en el Medio Oriente, y 60 en Asia y otras áreas del globo. Estas plantas toman generalmente la

droga en polvo importada en grueso desde su lugar de fabricación y la fraccionan en cápsulas o píldoras. Excepto una pequeña cantidad destinada a consumo doméstico, estos países reexportan luego el producto terminado nuevamente hacia las naciones del centro o hacia otros mercados periféricos.

Los beneficios que este sistema proporciona a las transnacionales son enormes. Tomemos el ejemplo de Puerto Rico, una minúscula isla que alberga 84 compañías farmacéuticas. La mayoría de ellas son subsidiarias de empresas radicadas en EE. UU.; unas pocas lo son de compañías alemanas o suizas. Muchas simplemente se limitan a la importación de materias primas y a la producción de cápsulas, reexportando luego el producto final —el 67 % del mismo— de vuelta a los EE. UU. (Murray, 1974). Una ventaja de este sistema es la mano de obra barata: en 1980 el salario promedio por hora en la industria farmacéutica portorriqueña era de 2/3 del correspondiente a EE. UU. En naciones como Guatemala, El Salvador y Corea, los salarios son todavía mucho más bajos.

La otra ventaja importante es la constituida por los bajos impuestos: muchos fabricantes portorriqueños están eximidos en un 90 % de los impuestos locales, y pueden repatriar beneficios a la central estadounidense libres de impuestos federales (Journal of Commerce, 1981). En 1979, 16 corporaciones farmacéuticas ahorraron 441 millones en impuestos estadounidenses utilizando la exención de impuestos de Puerto Rico (Donlan, 1981) (441 millones podrían financiar por 15 años en forma completa el programa federal de inmunizaciones que el presidente Reagan recortó por “falta de fondos”).

En verdadero estilo transnacional, las compañías farmacéuticas utilizan el mecanismo de transferencia de precios para maximizar la evasión impositiva. Eli Lilly, por ejemplo, proporciona a su subsidiaria de Puerto Rico las Materias primas para producir el analgésico Darvon a un precio artificialmente bajo. La subsidiaria vende luego las cápsulas terminadas nuevamente a Eli Lilly a un precio artificialmente alto (Donlan, 1981) ¿El resultado? Los libros de la compañía estadounidense muestran bajo ingreso por la venta de las materias primas y altos costos derivados de la compra de las cápsulas, es decir, bajos beneficios

e impuestos consiguientemente bajos. La subsidiaria muestra bajo costo por las materias primas y alto ingreso por las ventas, es decir, beneficios importantes que están ampliamente protegidos de los impuestos locales. La subsidiaria repatría luego los altos beneficios hacia la compañía matriz, libres de impuestos.

En otros casos, el trabajo de transferencia de precios sigue el otro camino, la matriz trasnacional cobra a sus subsidiarias en las naciones periféricas enormes precios por productos intermedios que se convertirán en cápsulas o píldoras. En estos casos la mayor parte del producto final se vende dentro de la misma nación periférica, que suele tener una importante tasa impositiva. Pagando altos precios por los materiales importados, la subsidiaria muestra beneficios bajos y paga impuestos bajos a la nación periférica. Este mecanismo, por supuesto, también permite a la subsidiaria justificar los altos precios del producto final. Por ejemplo, los precios de Valium y Librium en Colombia eran 82 y 65 veces más altos, respectivamente, que el precio estimado en el mercado mundial (Barnet y Mueller, 1974: 158).

En ocasiones, los esquemas de maximización de los beneficios llegan a ser más complejos. Las trasnacionales con asiento en Europa o los EE. UU. proporcionan materias primas a bajo precio a sus subsidiarias en Panamá, donde los impuestos son bajos. Las subsidiarias panameñas exportan luego a subsidiarias en Colombia, donde los impuestos son altos, a precios sustancialmente aumentados. Las firmas panameñas realizan grandes beneficios a bajos impuestos, mientras las firmas colombianas tienen bajos beneficios y por consiguiente eluden la alta imposición (Murray 1974). Naturalmente los beneficios de todas estas maniobras se acumulan en la corporación trasnacional matriz, que es la propietaria de todas las subsidiarias.

La escala de las operaciones de las compañías farmacéuticas en las naciones periféricas está aumentando rápidamente. Las ventas en el extranjero conformaban el 38 % de las ventas totales para las compañías farmacéuticas con base en los EE. UU. en 1974. En ese mismo año las naciones periféricas importaban dos mil millones de dólares en drogas, actualmente la cifra llega a seis mil millones. La importancia de la hipoteca de las economías periféricas respecto de las corporaciones trasnacionales a través

de la deuda creciente se muestra en la industria farmacéutica: ya en 1974 las naciones periféricas debían mil quinientos millones de dólares por drogas importadas (Brisset, 1979). Los beneficiarios de esta deuda son generalmente los bancos trasnacionales, los que en realidad, están estrechamente conectados con la industria farmacéutica. En muchas naciones periféricas el 20/30 % (en algunas más del 50 %) del presupuesto total de salud es gastado en la compra de medicamentos, en comparación con menos del 10 % para la mayoría de los países centrales (Yudkin, 1980).

Entrelazamientos y fusiones

Aunque despliegue su propia particular farmacocinética global, la industria farmacéutica no puede ser separada del capital trasnacional en su conjunto. Primero y ante todo, los fármacos son generalmente químicos; de este modo una consideración de la industria de drogas puede ubicarla como un subgrupo de la vasta industria química. Lederle, por ejemplo, es la rama farmacéutica de American Cyanamid; y Dow Chemical, ubicada en el 24º lugar entre las más grandes corporaciones industriales de EE.UU. tiene una rama farmacéutica, Hoechst, la 25º mayor corporación industrial del mundo. Un cierto número de drogas se fabrican a partir de petroquímicas, pero las grandes compañías petroleras por lo general no son propietarias de compañías farmacéuticas. Hay algunos entrelazamientos entre compañías petroleras y corporaciones farmacéuticas; por ejemplo, Howard Kauffman, presidente de Exxon, es un directivo de Pfizer, y Wililam Wrigley es director de Texaco y American Home Products. Pero estos entrelazamientos no son extensos.

Mucho más significativos son los entrelazamientos entre compañías farmacéuticas e instituciones financieras. En 1976 las mayores compañías productoras de droga tenían 13 entrelazamientos con instituciones financieras (Mc Crain y Murray, 1978). Bancos como el Chase Manhattan, Citibank y Morgan Guarantee Trust tenían directores en las juntas de compañías farmacéuticas como American Home Products, Bristol-Myers, Eli Lilly, Merck Smithkline, Abbott y Searle. Estos entrelazamientos favorecen a los bancos proporcionándoles canales de inversión para su exceso

de capital, y favorecen a las compañías a través de empréstitos para expansión exterior o para llevar a cabo adquisiciones o fusiones. En algunos casos, la relación entre un banco y una compañía farmacéutica es cerrada y a largo plazo; por ejemplo, American Home Products tuvo tres diferentes presidentes de su junta a directores en 1961, 1966 y 1972: cada uno de los tres fue también director de Manufacturers Hanover Trust (Murray, 1974).

Otra forma por la cual la industria farmacéutica se comporta como una típica corporación transnacional es el aumento de las fusiones y adquisiciones. Algunas firmas compran compañías más pequeñas, por ej.: Pfizer hizo 60 adquisiciones entre 1961 y 1973. Otras grandes compañías se fusionan, como sucedió entre Warger-Lambert y Parke-Davis en 1970 y entre Schering y Plought en el mismo año.

Con el aumento de las fusiones y adquisiciones, la industria farmacéutica deja de existir como entidad separada. Abbot ha introducido la producción de sal de mesa, electrónica médica y la construcción de clubs de golf. Antiguos fabricantes de drogas, como Eli Lilly y Ujjohn, cubren ahora el 30 % de sus ventas con productos no farmacéuticos. Bristol-Myers está en el negocio de películas y TV, y Merck compró la compañía Calgon de purificación del agua. American Home Products, la mayor productora de fármacos, comercializa sus drogas a través de Wyeth, Ayerst e Ives Laboratories, que realizan el 50 % de sus ventas en áreas no relacionadas con los fármacos. Los gigantes suizos Hoffmann-La Roche, Ciba-GeGigy y Sandoz han entrado en agroquímicos, electrónica médica, plásticos, productos aeroespaciales y alimentos (Economist, 1980). Además, enormes conglomerados han adquirido recientemente instalaciones farmacéuticas, como ejemplo se puede mencionar a Coca-Cola, Standard Oil, Liggett and Myers, Penn Central Railroad y United Fruit Company (Murray, 1974).

El proceso de transnacionalización se produce generalmente a través de adquisiciones en el extranjero. Las compañías farmacéuticas comienzan siendo proveedoras exclusivamente del mercado nacional. Luego empiezan a vender sus productos a otras naciones. Después de penetrar en los mercados extranjeros, el paso siguiente es la adquisición de instalaciones fabriles en la nación,

a menudo por la compra de compañías nacionales más pequeñas. El paso final es la planificación a gran escala de las operaciones totales de la transnacional, utilizando las plantas "extranjeras" no solo para vender a sus respectivos mercados nacionales, sino empleándolas también para reexportar hacia el centro, o como un eslabón de evasión de impuestos mediante la transferencia de precios.

Por ejemplo, Brasil llegó a tener su propia industria farmacéutica internacional, pero con la invasión de sus mercados por las firmas europeas y estadounidenses, las compañías brasileñas se encontraron en la imposibilidad de competir y salieron del negocio o fueron adquiridas. Hacia 1972, el 83 % de la industria farmacéutica brasileña estaba en manos de compañías extranjeras, la mitad europeas y la mitad norteamericanas (Mc Craine y Murray, 1978; Ledogar, 1975: 6-24).

II

PARA SOBREVIVIR A LA CRISIS ECONOMICA: INNOVACION TECNOLOGICA Y PATENTES

Las dos décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial constituyen un período de expansión económica mundial, con altos beneficios, crecimiento estable, creciente demanda de los consumidores y desempleo relativamente bajo. La industria farmacéutica no constituyó una excepción, con ventas para las compañías estadounidenses, que subieron de mil cuatrocientos millones de dólares en 1950 a más de 8 mil millones en 1972. Los beneficios como porcentaje del valor de las acciones estuvieron consistentemente en el orden del 17-21 %.

Desde 1970 aproximadamente, sin embargo, la economía mundial ingresó en un prolongado período de sobreproducción y estancamiento económico, causado por la insuficiente demanda de consumo y la resultante imposibilidad para las corporaciones de vender sus productos. En los EE. UU. esta crisis de beneficios es agravada por la sostenida competencia intercapitalista, en particular en Europa Occidental y Japón. Esta contracción de los beneficios resulta ejemplificada por los bien conocidos casos

de las industrias automovilísticas y del acero en los EE.UU. La disminución de la hegemonía económica estadounidense se muestra por el hecho de que las exportaciones de manufacturas de los EE.UU. declinaron desde un 30 % de las exportaciones mundiales en 1952 a un 13 % en 1976. Es precisamente esta crisis económica la que explica la implantación de la Reaganomics y los profundos recortes en servicios sociales en los EE.UU.

Con algunas excepciones, la industria farmacéutica avanzó, hasta ahora, a través de la actual crisis sin sufrir daños. Según Standard y Poor (1982 a) la Composite Industry Data para fármacos muestra que los márgenes de beneficios continuaron en el sorprendente nivel del 20 % a través de la década de los '70. ¿Cómo escapó la industria farmacéutica de la crisis económica? Las dos razones principales son innovación tecnológica y patentes de monopolio.

El capitalismo por lo general, superó las crisis recurrentes de estancamiento (sobreprroducción) a través de importantes innovaciones tecnológicas (vapor, ferrocarriles, electricidad, motores de combustión interna). En una mucho menor escala la innovación tecnológica, protegida por patentes de monopolio, ha sido la simiente de la rentabilidad farmacéutica permanente. Desde la década del '30, uno tras otro, los descubrimientos químicos y biológicos pusieron a las corporaciones, una tras otra, frente a un boom económico: sulfamidas, penicilina, una multitud de nuevos antibióticos, medicaciones para la presión arterial, tranquilizantes, remedios para úlcera, y muchos más. De este modo la productividad de los programas de investigación y desarrollo de las compañías farmacéuticas, o su capacidad para obtener derechos exclusivos sobre los descubrimientos de otras personas resultan fundamentales para la rentabilidad de las compañías (Business Week, 1982).

Un ejemplo reciente es SmithKline Corporation, que en 1976 comenzó a vender un nuevo tratamiento para la úlcera llamado Tagamet. Actualmente la mayor parte del mundo utiliza la droga (que recientemente sobrepasó al Valium). Los beneficios de Smith Kline casi se triplicaron desde 1975 a 1979, y el precio de las acciones subió de 11 a 65 dólares (Louis, 1980). La compañía no estaba preparada para su propio éxito y tuvo que encargar la

producción de Tagamet a otras compañías químicas hasta que pudo expandir sus propias instalaciones a lo largo del mundo. Procurando ingresar en el mercado japonés, con una de las tasas de úlcera per cápita más altas del mundo SmithKline hizo un convenio para compartir utilidades con la Fujisawa Pharmaceutical Co.

Sin el crítico artilugio monopolístico de la patente, la innovación farmacéutica no beneficiaría en forma suficiente al innovador. Si otras compañías pudieran vender las innovaciones, la competencia bajaría los precios y dividiría los mercados. Así la patente se ha convertido en la clave para sacar provecho de la inversión en investigación y desarrollo.

A primera vista, la industria farmacéutica no parece estar altamente monopolizada. En café, algodón, cobre, acero y otras mercaderías básicas sólo 15 compañías controlan el 90 % del mercado mundial (Clairmonte y Cavanagh, 1981). En cambio en fármacos, 136 compañías dan cuenta del 95 % de las ventas de medicamentos (Murray, 1974). Sin embargo, no podemos comparar las ventas de Valium con las ventas de Penicilina, son tan diferentes como automóviles y aspiradoras. Tomando cada producto separadamente, la industria farmacéutica está altamente monopolizada. Durante los 17 años de vida de una patente estadounidense, una compañía es la única productora de una droga, (por ejemplo, Valium o Tagamet) incluso cuando la patente expira, las ventajas de una firma que ya comercializa un producto son enormes. En un estudio del monopolio farmacéutico, se encontró que de 51 entidades químicas que comprendían los 2/3 de las ventas de medicamentos, 27 tenían un solo producto, 8 dos productos, 10 tenían tres, y ninguna tenía más de siete (Barnhart, 1972).

Dado que innovaciones y patentes constituyen los principales mecanismos de crecimiento y rentabilidad, la industria farmacéutica está en guerra con el gobierno de EE. UU. por esta cuestión. En 1962, a continuación de una serie de desastres producidos por drogas, incluyendo Thalidomida, el Congreso de los EE. UU. endureció las exigencias para la aprobación de nuevas drogas. A partir de ese momento, la aprobación de nuevas drogas por parte de la Food and Drug Administration (FDA) co-

menzó a ser de trámite más lento y más difícil de obtener (lo que la industria farmacéutica llama "drug lag" (la demora de las drogas) (Chitrin and Tayan, 1977). El problema con esta demora es que el tiempo que demanda la aprobación por la FDA reduce la duración efectiva de los años de altos beneficios debidos a la protección de la patente, dado que el plazo de 17 años comienza a correr durante el proceso de revisión (Business Week, 1982).

Según los voceros de la industria, la demora en la aprobación de drogas en los EE. UU. ha dado ventaja a los competidores extranjeros: en 1968 las compañías estadounidenses producían el 34 % de los fármacos comercializados en el mundo; hacia 1981 la porción respectiva alcanzaba al 27 %. También las exportaciones farmacéuticas de los EE. UU. son menores en valor dólar que las de tres países tomados individualmente: Suiza, el Reino Unido y Alemania (American Druggist, 1981). Es posible preguntarse si esta declinación se debe realmente a la "drug lag", a la competencia capitalista internacional, o a que las empresas farmacéuticas multinacionales exportan una proporción mayor de sus productos desde instalaciones productivas no estadounidenses.

Pero, cualquiera sea la verdadera razón, la industria farmacéutica está utilizando dichas cifras exitosamente para convencer a la Administración Reagan y al Congreso de la necesidad de "mostrarse compasivos". El Comisionado de Reagan en la FDA ha flexibilizado ya las pautas para la aprobación de nuevas drogas y es probable que el Congreso apruebe una legislación que extienda la vigencia de las patentes por lo menos durante 7 años (Standard and Poor, 1982 b).

III

LA INDUSTRIA FARMACEUTICA Y LA CLASE MEDIA

El capitalismo no ha constituido nunca una simple relación bipolar entre capitalistas en la cima y la clase trabajadora por debajo. A través de la historia de la era capitalista, siempre hubo

estratos intermedios de pequeños capitalistas independientes (pequeña burguesía) (Dixon y Bodenheimer, 1980). Más recientemente, bajo el capitalismo monopolístico, los estratos intermedios (también llamados clases medias) son frecuentemente empleados por el capital como administradores y técnicos, o empleados por el gobierno, las universidades, los hospitales y otras instituciones en calidad de burócratas, académicos, científicos u otro tipo de profesionales. Aunque los estratos medios tienen sus propios intereses de clase particulares (dinero, prestigio, poder), sirven también a los intereses del capital nacional y trasnacional y son generalmente recompensados (o sobornados) por estos servicios. Para el gran capital, la clase media es extremadamente útil para manejar el descontento de la clase trabajadora:

“Sus condiciones de empleo están afectadas por la necesidad de la administración superior de tener dentro de su órbita capas amortiguadoras, subordinados “leales” y “responsables”, agentes de transmisión para el ejercicio del control y la recolección de información, de manera que la administración no se enfrente sin ayuda a una masa hostil o indiferente” (Braverman, 1974: 406).

Así, los capataces controlan directamente los trabajadores de las fábricas quienes nunca ven a sus reales amos, ocultos en sus directorios; la policía y el ejército cumplen la función visible de reprimir a las corporaciones por la fuerza; los medios de comunicación de masas, los políticos y las burocracias dirigentes gubernamentales cumplen la función de reprimir a las corporaciones por la ley y el consenso, etc.

En el caso de la industria farmacéutica, los estratos intermedios —particularmente médicos, pero también investigadores, farmacéuticos, profesores universitarios y administradores, burócratas gubernamentales y políticos— son fundamentales para los dos pilares de la rentabilidad farmacéutica: investigación y comercialización.

La comercialización de la investigación

En 1978, el Comisionado ante la FDA, Ronald Kennedy informó al respectivo subcomité del Senado que 13 médicos sobornados por compañías como Hoffman-La Roche, Bristol-Myers, y Johnson & Johnson, habían cometido fraude en las pruebas de

control de calidad de medicamentos (Washington Post, 1978). Dichos médicos informaron sobre pacientes inexistentes, pacientes que no padecieron la enfermedad que se suponía dichos medicamentos trataban, y pacientes que nunca recibieron los medicamentos que se suponía le habían sido administrados. Por cada control de calidad de un medicamento el médico recibía hasta 100.000 dólares, y resultaba indudablemente de interés tanto para el médico como para la compañía obtener el resultado más favorable respecto a la eficacia y seguridad del fármaco.

Aunque estos son casos extremos, las compañías farmacéuticas proporcionan becas de investigación a las universidades y están constantemente citando en su literatura médica promocional a los expertos académicos que elogian sus productos. Se supone que la ciencia es objetiva, pero cuando hay dinero en juego, la subjetividad puede ciertamente tomar la delantera.

Los resultados de investigación provenientes de científicos empleados por compañías farmacéuticas son a menudo de valor cuestionable. La principal justificación de la industria farmacéutica para sus altos beneficios es que la investigación en nuevas drogas es costosa, financieramente riesgosa y de gran beneficio para el género humano. En realidad, las compañías gastan mucho menos en investigación (11,7 % de las ventas en EE. UU.) que en propaganda y promoción (por lo menos 20 % de las ventas en EE. UU.) (Mc Craine y Murray, 1978). Lo más significativo es que la mayoría de las investigaciones benefician sólo a las mismas corporaciones. La Task Force on Prescrip Drugs de los EE. UU. demostró que solamente del 10 al 25 % de los nuevos productos representaban nuevas entidades químicas importantes: el resto era drogas "me-too", simples manipulaciones químicas o combinaciones de drogas anteriores. Estas drogas "me-too" son producidas para obtener nuevas patentes para drogas cuyas patentes están agotándose, y tienen poco o ningún valor para el consumidor, sirviendo principalmente para elevar los costos y aumentar la confusión de los médicos frente a docenas de fármacos que tienen virtualmente la misma utilidad. Finalmente mucho de la investigación farmacéutica básica no es realizada por la industria farmacéutica sino por científicos gubernamentales o universitarios.

Los recientes desarrollos en ingeniería genética (recombinando DNA) están llevando a aproximarse estrechamente a los académicos y miembros de directorios. Los científicos pueden ahora reestructurar bacterias para fabricar químicos farmacéuticamente activos, ya sea vacunas, insulina, o el interferon, la proteína antiviral y posiblemente anticáncer. Una compañía, Biogen, S. A., formada específicamente para capturar estos descubrimientos de avanzada, reúne en su junta de directores varios miembros de algunas de las principales universidades del mundo. El biólogo de Harvard Walter Gilbert era el presidente interino de Biogen, manejando la compañía fuera de su escritorio en Harvard. Estos fenómenos han creado fuertes controversias en el campo, donde, según la revista Fortune:

“Algunos científicos temen que sus colegas orientados comercialmente enfatizan el secreto y la falta de resultados más que la investigación básica. Y los políticos han comenzado a preguntar por qué los frutos de esta investigación básica, originalmente apoyada por los contribuyentes a través de los subsidios a las universidades, puede convertirse en propiedad privada” (Bulinsky, 1980).

Las compañías (y algunas de las firmas farmacéuticas multinacionales están profundamente comprometidas en la recombinación de DNA) financian la investigación de los científicos universitarios y las investigaciones se convierten en propiedad exclusiva de la compañía. Con los recortes en los subsidios de investigación gubernamentales, las compañías farmacéuticas pueden reclutar fácilmente científicos a los que se han reducido los subsidios. Tal investigación es secreta, y no se publica para el avance de la ciencia. El lema, que anteriormente era “publicar o perecer” se ha transformado en “si usted publica, perece”.

El soborno a los médicos

Desde el momento en que los futuros médicos ingresan a la Universidad, son sobornados y sufren un lavado de cerebro destinado a convertirlos en sirvientes vitalicios (y no poco recompensados) de la industria farmacéutica. Los estudiantes de medicina ingresantes en los EE. UU. reciben un saludo de bienvenida con estetoscopios gratis procedentes de Eli Lilly Co., el comienzo

de la promoción de las compañías farmacéuticas que alcanza un costo de 5.000 dólares por año por médico (Concerned Rush Students, 1976). Aunque un cierto número de profesores de escuelas médicas honestos insisten en enseñar nombres genéricos más que nombres comerciales no existe un énfasis adecuado en los importantes efectos colaterales de los medicamentos, la sobremedicación en el mundo actual, y las formas de tratamiento sin medicamentos. Para asegurar que la educación médica esté dominada por el modelo farmacéutico, prominentes educadores médicos están ubicados en las juntas directivas de la industria farmacéutica; por ejemplo, el Dr. Paul Russell, Profesor de Cirugía de la Escuela de Medicina de Harvard en el directorio de Warner Lambert y en el directorio de Squibb se ubican el anterior decano de la Escuela de Medicina de Harvard, el Dr. Robert Ebert, la Dra. Helen Ranney, catedrática del Departamento de Medicina de la Universidad de California y San Diego, y el Dr. Lewil Thomas, Presidente del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.

Los médicos son inundados con regalos, materiales para educación del paciente y muestras gratis —todos promocionando últimos productos por su nombre comercial. Yo mismo, como médico, estoy en realidad escribiendo este manuscrito con una lapicera Eli Lilly, sobre un pliego Pfizer, con un calendario Smith Kline recordándome la finalización del plazo, y un pisapapeles Squibb ubicado encima del portapapeles de Parke-Davis.

El libro que leo más que cualquier otro es el Physicians Desk Reference, publicado por las compañías farmacéuticas, que recibo gratuitamente y en el cual pudo obtener con mayor comodidad la información que necesito sobre prescripción de fármacos. Las publicaciones que leo para estar al día sobre adelantos médicos están profusamente ilustradas con propagandas multicolores de medicamentos; en realidad el dinero pagado por esta propaganda por parte de las compañías farmacéuticas me permite recibir tales publicaciones en forma gratuita. En mi consultorio recibo diariamente por lo menos un visitador médico que gana su admisión sobornándome con múltiples muestras gratis, que puedo utilizar para hacer ahorrar dinero a mis pacientes. Aunque yo escribo este manuscrito sobre el enorme costo de la prescripción

por nombres comerciales, me sorprende a mí mismo prescribiendo nombres comerciales, fuera de mis hábitos.

Además de su influencia sobre los médicos individualmente, la industria farmacéutica tiene enorme poder sobre la American Medical Association, en parte a través de su publicidad en las publicaciones de la A. M. A. que proporciona a ésta un monto superior al 26 % de su ingreso total. En recompensa, la A. M. A. utiliza su poderosa estructura para apoyar a los intereses corporativos farmacéuticos. Concerned Rush Students, 1976).

En las naciones periféricas, la promoción ante los médicos es aún más intensa. Mientras los EE. UU. tienen un promedio de un visitador médico por cada diez médicos, Guatemala, México y Brasil cuentan con un visitador cada tres médicos (Silverman, 1977). En San Pablo, Brasil: "Hay bancos a ambos lados de la entrada principal del hospital, donde más de una docena de hombres jóvenes se sientan a charlar y esperar. No son pacientes. Lucen saludables y llevan grandes portafolios. Pertenecen al ejército de vendedores de las compañías y el Hospital Santa Casa constituye su blanco principal cada mañana de cada día. Un médico entra y se para a conversar con uno de ellos. Recibe una muestra gratis de un medicamento y algunos folletos. Luego, es rodeado por otros vendedores. Cada uno a su turno, con atención y respeto, entrega al médico muestras y cambia con él unas pocas palabras. Luego uno de ellos saca una bolsa plástica y la entrega al médico con gran cortesía. Adentro hay más muestras gratis y folletos; el doctor llena la bolsa de plástico, intercambia unas pocas palabras más con los vendedores, y sigue su camino (Ledogar, 1975; 22).

Un médico brasileño llevó la cuenta de 21 días de visitas de vendedores a su clínica.

"Fue visitado 18 de los 21 días por un total de 69 visitantes. Recibió 452 muestras gratis de medicamentos, obtuvo 25 obsequios, incluyendo jarros para café, anotadores y bolsas plásticas. 'Se han convertido en una plaga', dijo un funcionario de Santa Casa" (Ledogar, 1975: 22).

Los farmacéuticos en los EE. UU. tienen poco que decir sobre las ventas de medicamentos de prescripción, aunque en las naciones periféricas son fuertemente promocionados por la industria

farmacéutica pues ellos pueden vender casi todos los productos sin receta médica. En los EE.UU. medicamentos innecesarios son promovidos por los farmacéuticos en razón del simple hecho económico de que cada caja de aspirina o de Maalox vendida significa dinero tanto para el fabricante como para el farmacéutico.

IV

LA INDUSTRIA FARMACEUTICA Y LA SALUD DE LA POBLACION MUNDIAL

El poder sin trabas de la industria farmacéutica internacional ha producido efectos negativos incalculables sobre la salud de la población mundial. La potencialidad de una empresa con capacidad de emplear sustancias biológicas y químicas para intervenir en la enfermedad y promover la salud representa una enorme esperanza para el género humano. La ciencia médica ha realizado avances hacia ese fin. Los grandes adelantos de descubrimientos como inmunización contra enfermedades infantiles, antibióticos, insulina y digital han brindado muchos años de vida útil y plena a millones de personas. Incluso muchos de estos descubrimientos fundamentales no fueron realizados a partir de una directa búsqueda de beneficio. La expansión de la empresa capitalista dirigida a la búsqueda de beneficio en el área farmacéutica ha convertido su potencial de dadora de vida en un factor en el mejor de los casos ambivalente y en el peor negativo para la población del mundo.

Drogas peligrosas

“Creo firmemente que si la totalidad de los medicamentos pudiera ser sumergida en el fondo del mar, sería lo mejor para la humanidad y lo peor para los peces”.

Dr. Oliver Wendell Holmes, 1860.

Si 130.000 personas mueren cada año en los Estados Unidos por reacciones adversas producidas por drogas (Silverman y Lee, 1974: 264), y si el 60 % de dichas drogas podrían no haber

sido prescriptas (Burack, 1970: 49) tenemos 78.000 muertes anuales enteramente innecesarias causadas por la sobrepromoción productora de beneficio de drogas tóxicas por parte de la industria farmacéutica y la dominación de la profesión médica por parte de dicha industria. En las naciones periféricas del mundo encontramos aún mayor devastación.

El Cloramfenicol, prohibido para casi todos los usos en los EE. UU. debido a sus efectos colaterales (anemia aplástica), es ampliamente vendido en Latinoamérica para múltiples enfermedades menores incluyendo el resfrío común.

“Todos los hematólogos colombianos están de acuerdo en que tan pronto como el cloramfenicol comenzó a estar disponible en su país, lo esperado ocurrió; es decir, la anemia aplástica se transformó en una enfermedad espantosamente común” (Silverman, 1977).

Se estima que las fórmulas infantiles agresivamente promocionadas como sustituto de la lactancia materna por Nestlé, Abbott, Bristol-Myers y American Home Products destruyen un millón de niños cada año por desnutrición, enfermedad o muerte (Newsweek, 1981). Para más detalles de esta casi incomprensible brutalidad corporativa se invita a los lectores a leer *Hungry for Profits* de Robert Ledogar (1975).

Ciento de páginas se han escrito sobre la secuela de resultados desastrosos —en realidad, criminales— de descubrimientos supuestamente destinados a mejorar la vida. Pero más que volver a contar estos casos ya bien investigados, debemos plantear la cuestión: ¿son estos desastres errores honestos de desarrollos potencialmente positivos cuyos efectos nocivos no han podido preverse por adelantado? La respuesta es no. En muchos casos los problemas fueron encubiertos por corporaciones farmacéuticas cuya única preocupación es el beneficio.

El MER/29 fue comercializado por William S. Merrell Company en 1960 para bajar el colesterol. En 1962 fue retirado del mercado en razón de por lo menos 500 casos de daño en la piel, calvicie, cambios en los órganos reproductivos y graves daños en la vista (Mintz, 1967; Mintz, 1976; Silverman y Lee, 1974: 89). A fines de la década del 50 un técnico de laboratorio de Merrel observó que un mono que estaba siendo observado con MER/29

parecía estar parcialmente ciego. El director de ciencias biológicas de la compañía excluyó de la experiencia al mono enfermo y ordenó al técnico alterar sus registros. Cuando finalmente investigó la FDA las anotaciones de laboratorio de Merrell revelaron altas tasas de muerte y daño en los ojos entre los animales tratados con MER/29, datos que no habían sido informados a la FDA. Además, médicos independientes que comprobaron el medicamento hallaron efectos extremadamente tóxicos y habían sido convencidos por Merrell para retener la publicación de sus hallazgos. Durante los dos años de vida de MER/29 Merrell promocionaba la droga ante miles de médicos como libre de efectos tóxicos y libre de efectos colaterales, sabiendo que no era cierto.

El Dr. Milton Silverman (1982) es coautor de un libro que documenta de qué modo las compañías farmacéuticas promocionan en las naciones periféricas sin advertir adecuadamente sobre medicamentos que se han comprobado potencialmente peligrosos. Por ejemplo, en los EE. UU. los médicos son alertados sobre los posibles efectos graves o letales de los anticonceptivos orales. Sin embargo, en las naciones periféricas, Searle, Wyeth, Parke-Davis, Ortho, Syptox y Johnson & Johnson proporcionan pocas o ninguna advertencia de efectos colaterales y promocionan las drogas para usos enteramente impropios como la tensión premenstrual (Silverman, 1977).

Se ha comprobado similar negativa a advertir a los médicos o limitar el uso de drogas peligrosas para productos de Ciba-Geigy, Lederle y Upjohn. La inevitable conclusión es que, en general, las compañías farmacéuticas (no simplemente una o dos compañías) ocultan evidencia sobre efectos peligrosos de sus productos con miras a vender más drogas y obtener mayores beneficios.

Fijación de precios monopólicos

“Cuando una compañía introduce una nueva droga, ésta recibe dos nombres, uno genérico y otro comercial. El nombre genérico es generalmente largo y difícil de recordar mientras que el comercial es a menudo atractivo y popular. Por ejemplo el tranquilizante de Roche con el bien conocido nombre comercial Librium tiene como nombre genérico clordiazepóxido hidroclo-
rídico

drico. Cuando se cumplan los 17 años de protección de la patente de Librium, cualquier compañía podría fabricar cloroiazepóxido/hipoclorídrico Roche, por supuesto continuará teniendo ventajas competitivas porque los médicos y pacientes conocen el nombre Librium”.

“Entre los componentes más significativos de los altos beneficios farmacéuticos se encuentra el precio anormalmente alto de los fármacos con nombre comercial. El precio de dichos fármacos no tiene virtualmente ninguna relación con costos de producción y otros gastos industriales, sino que sobre todo se basa en el máximo que el público puede ser inducido a pagar según su necesidad médica. Entre los numerosos ejemplos se puede considerar el de la prednisona: el nombre comercial de Schering, Meticorten, se vende por U\$S 102,57/1000, mientras Wolins (un muy respetado mayorista de drogas genéricas) vende prednisona por U\$S 4,40/1000” (Barnhart, 1972).

Un estudio de 1972 comparando los precios de fármacos vendidos por nombres genéricos y por nombres comerciales muestra que la reserpina (una droga destinada a bajar la presión arterial) cuesta 36 veces más cuando se vende por su nombre comercial y un cierto número de otros fármacos con nombre comercial cuesta de 5 a 18 veces más que sus equivalentes genéricos. Sin embargo, casi todos los estudios muestran que los fármacos con nombres genéricos y con nombres comerciales son idénticos en calidad (Silverman y Lee, 1974; 162, 334).

Médicos y farmacéuticos han propuesto al gobierno federal de los EE. UU. la utilización de drogas genéricas más baratas para reducir los costos de los programas Medicare y Medicaid, pero la Pharmaceutical Manufacturers Association ha utilizado su influencia para evitar la aplicación de dicha medida. El uso de drogas genéricas podría economizar a los consumidores en EE. UU. por lo menos 400 millones por año (Wall Street Journal, 1979).

El sexismo de la industria farmacéutica

Las mujeres son explotadas por el sistema capitalista en mucha mayor medida que los hombres. Las mujeres reciben menos paga por trabajo equiparable, están concentradas en las tareas

peor retribuidas, trabajan innumerables horas en el hogar sin percibir retribución, y asumen la mayor proporción de la carga de la anticoncepción, la reproducción y la crianza de los niños.

La industria farmacéutica utiliza esta explotación de las mujeres para explotarlas aún más. El muy auténtico stress a que están sometidas —particularmente las pertenecientes a la clase trabajadora— es celebrado por la industria de fármacos porque determina un mercado lucrativo para la venta de drogas, ya sean éstas tranquilizantes, antidepresivos, hormonas o anticonceptivos. La técnica principal utilizada por la industria farmacéutica es la publicación constante e inflexible —página tras página, semana tras semana, año tras año— de avisos en las publicaciones leídas por los médicos. Tales avisos presentan un estereotipo de las mujeres como neuróticas e infelices, que necesitan una incalculable variedad de píldoras para hacer la vida digna de ser vivida. Y si las mujeres son descritas como pensando que la vida no es digna de ser vivida, hay píldoras para eso también. Los avisos están destinados a conformar y reforzar el punto de vista sexista de los médicos varones de que la mujer es inferior, y a explotar el apretado horario del médico dentro del cual hacer una receta consume mucho menos tiempo que resolver seriamente un problema. Así encontramos: “Ud. le ha hablado... Ud. la ha escuchado... pero ella está aquí nuevamente... Mírela como un caso para Stelazine (un tranquilizante mayor)” o “Puede tratarse de una depresión benigna. Pero ella necesita ayuda... y la necesita justamente ahora. Prescríbale Ritalin”.

Estos avisos han tenido claramente éxito en encauzar o reforzar la tendencia de los médicos a tratar las mujeres en forma diferente de los hombres. Un estudio realizado por una clínica canadiense encontró que los hombres que se quejan de depresión son sometidos a exámenes físicos mientras las mujeres es más probable que reciban simplemente una receta. Los médicos de los EE. UU. escriben más que el doble de recetas para mujeres que para hombres. Los tranquilizantes representan la mayor parte de esta disparidad. No es necesario señalar que estas drogas no constituyen ninguna solución a la explotación de las mujeres, por el contrario determinan un peso adicional: la adicción.

La otra importante explotación farmacéutica de la mujer se

refiere a los fármacos relacionados con la reproducción. Los anticonceptivos orales tienen un riesgo significativo soportado completamente por la mujer. Y las hormonas impuestas para controlar los síntomas postmenopáusicos, han causado innumerables casos de cáncer de útero.

El racismo de la industria farmacéutica

Las naciones periféricas de la tierra están pobladas abrumadoramente por personas de color. Las poblaciones de la periferia —lo mismo que las minorías en las naciones centrales— han soportado siempre un mayor grado de explotación bajo el capitalismo. Los recursos de las naciones periféricas han sido drenados de esas naciones; su tierra, utilizada para alimentar la población, ha sido luego convertida en explotaciones agrícolas para exportación masiva, esparciéndose de ese modo ampliamente la desnutrición en África y América Latina; y con la ocupación de sus tierras las poblaciones originariamente rurales han sido desplazadas hacia las ciudades —o hacia la inmigración en las naciones centrales como minorías explotadas —con niveles fluctuantes de desempleo y subempleo.

Como hizo con las mujeres, la industria farmacéutica ha tomado la particular explotación sufrida por el pueblo de color y le ha agregado el peso de la explotación farmacéutica en virtud de la provechosa estrategia de las firmas transnacionales. Esta explotación farmacéutica actúa en dos aspectos: excesivas ventas de drogas innecesarias a las naciones periféricas, y comercialización y validación de drogas peligrosas en las personas de color.

Excesivas ventas a las naciones periféricas. — A fines de los años 50, el mercado para los fármacos en las naciones centrales estaba comenzando a saturarse. Sólo el desarrollo de nuevas drogas prometía asegurar altos beneficios. La respuesta de la industria farmacéutica fue la comercialización agresiva en las naciones pobres del mundo. Puesto que la mayoría de la población en estas regiones estaba demasiado empobrecida para comprar productos farmacéuticos, los ministros de salud del gobierno se convirtieron en el objetivo de la comercialización de drogas, en virtud de que proporcionaban servicios médicos gratuitos a través de hospitales y clínicas. Actualmente, se gasta en medicamentos

un porcentaje superior al 40 % de los presupuestos de salud de las naciones periféricas, drenando fondos necesitados con urgencia para los servicios de salud básicos (New York Times, 1978 b). Otro efecto es la creciente deuda gubernamental con los bancos transnacionales, permitiendo a éstos el control virtual de la economía de esas naciones.

Estudios bien documentados proporcionan detalles de las compras excesivas de fármacos por parte de los gobiernos que sufren presiones constantes de la industria farmacéutica, uso de costosos productos con nombre comercial, uso de inyectables costosos cuando píldoras baratas son igualmente efectivas, y —en el caso de Ghana, en Africa— una increíblemente abundante oferta de fármacos en clínicas de salud que generalmente se caracterizan por la escasez de equipamiento médico, instalaciones y personal (Yudkin, 1980; Barnett et al. 1980; Lall and Bibile, 1978). La tenaz promoción ante los médicos empleados por el gobierno con utilización de visitadores, es un factor determinante de la compra excesiva de drogas. Pero igualmente significativos son los sobornos a funcionarios del gobierno por parte de las multinacionales farmacéuticas.

“Merck admitió haber proporcionado 3,5 millones de dólares a empleados de 36 gobiernos extranjeros diferentes entre 1968 y 1975; y G. D. Searle admitió haber pagado 1,3 millones a empleados de gobiernos extranjeros desde 1973 a 1975 solamente. Estos pagos han sido caracterizados como “comisiones” por parte de las firmas farmacéuticas, o como medios “de obtener ventas de productos y servicios”. Johnson & Johnson admitió pagos de casi un millón, realizados por sus subsidiarias, entre 1971 y 1975 (el 95 % de los cuales se pagó como comisiones sobre ventas al gobierno).

Sterling Drug hizo “pagos” en 19 países entre 1970 y 1975, especialmente a empleados de gobierno de bajo rango, alcanzando anualmente sumas entre los 103.000 y los 180.000 dólares. La Upjohn Company hizo pagos que totalizaban 2,7 millones a empleados de 22 gobiernos extranjeros “para obtener negocios en el exterior” entre 1971 y 1975... American Home Products, a partir de una “encuesta inicial” en 1973, 1974 y los primeros tres cuatrimestres de 1975 concluyó que el monto de sus sobornos

en el exterior “no habría excedido los 750.000 dólares anuales” (Mc Craine y Murray, 1978).

El caso de Afganistán ilustra los resultados de la compra excesiva de drogas por las naciones periféricas. El Dr. N. D. W. Lionel, autor de un informe sobre drogas en el tercer mundo realizado ante un comité de la O. M. S. concluye que en Afganistán, “las tres cuartas partes del total de gasto de medicamentos se dirige a aquellos que son inapropiados, tóxicos, o proporcionan sólo tratamiento sintomático para enfermedades que se autolimitan por sí solas” (New York Times, 1978 b).

Validación y comercialización de drogas peligrosas. — Después que las nuevas drogas han sido comprobadas en animales, se deben efectuar ensayos clínicos controlados en seres humanos para obtener la aprobación para su venta. Gran parte de la validación inicial sobre seres humanos es realizada en población de color: las minorías que en EE. UU. obtienen atención médica en los hospitales públicos utilizados para la enseñanza, prisioneros y población de las naciones periféricas. Las píldoras anticonceptivas fueron validadas en Puerto Rico, y una versión de la vacuna antipolio con virus vivo fue comprobada en el cargo (Ehrenreich, 1972).

Las personas de color no son solo sujetos de la experimentación de fármacos, sino que también reciben los últimos beneficios de la investigación de drogas. Se producen pocos medicamentos para tratar las enfermedades comunes en las naciones periféricas, por ejemplo el gasto mundial total en investigación en enfermedades tropicales (que afectan a cientos de millones de personas) era sólo el 2 % de las sumas gastadas anualmente en investigaciones sobre cáncer (Yudkin, 1980).

Finalmente, como ya se discutió en este capítulo, las drogas que están estrechamente reguladas en las naciones centrales son dispensadas sin prescripción, sin advertencias y para cualquier enfermedad posible en las naciones periféricas. Actualmente el anticonceptivo inyectable Depo-Provera, prohibido en los EE. UU. por sus graves efectos colaterales, es ampliamente vendido por Upjohn en las naciones de la periferia. Actualmente la FDA está considerando su uso en EE. UU. para poblaciones especiales, es decir, para pobres y minorías. Aparentemente la droga está ya siendo utilizada entre las indias americanas. El racismo impli-

cado en la comercialización de esta droga se pone de manifiesto por su uso en Sud Africa: se la da ampliamente a las mujeres negras, pero cuando una mujer blanca interroga al médico respecto a la posibilidad de utilizarla recibe la siguiente respuesta:

“Oh, no puedo dárselo, usted se desangraría como un cerdo” (Talbot, 1980).

V

LA INDUSTRIA FARMACEUTICA Y EL ESTADO

Los críticos de la industria farmacéutica consideran que la FDA ha hecho poco o nada para regular los precios y medicamentos peligrosos. Los voceros de la industria se quejan de que la FDA sobrerregula la industria e impide a los pacientes el aprovechamiento de los últimos frutos de los descubrimientos científicos. Los liberales que creen en la efectividad de la regulación gubernamental bajo el capitalismo señalan las mejoras en la actuación de la FDA desde la Drug Act de 1962, y argumentan que la regulación es posible (Simmons, 1974).

En realidad, el único interés de la FDA parece ser evitar los peores escándalos producidos por el abuso farmacéutico, escándalos que socavan la confianza de la población en la “empresa privada” y que pueden conducir a pleitos extremadamente costosos para las compañías farmacéuticas. Las dos principales leyes que regulan la industria farmacéutica en los EE. UU. son resultado de tales escándalos. La Food, Drug and Cosmetic Act de 1938 siguió a la muerte de más de 100 personas, muchas de ellas niños, por una preparación, de sulfa no comprobada fabricada por Massengil & Co. La Drug Act de 1962 fue impulsada por el desastre de la Thalidomida por la cual 10.000 niños en 20 países —nacidos de madres que habían tomado el sedante de producción alemana durante su embarazo— tenían aletas en lugar de brazos y piernas (focomelia) (Silverman y Lee, 1974: 86, 94).

Incluso después de la ley de 1962 en los EE. UU., se han producido 130.00 muertes anuales por reacción a medicamentos, y la mayoría de las prescripciones se relacionan con fármacos innecesarios. Ningún capitalista serio puede pedir otra cosa que

regulación. Además, la FDA no actúa sobre precios, los costos de la promoción de medicamentos, los sobornos y regalos a los médicos, la influencia sobre la educación médica, o la innecesaria investigación sobre drogas "me too". De este modo el rol del Estado ha sido intentar mitigar los peores abusos y garantizar los mayores beneficios posibles.

La influencia de la industria farmacéutica sobre el Estado se efectiviza a través de contribuciones para las campañas de candidatos políticos, ya sea para el Congreso o en la Rama Ejecutiva, asegurándose de ese modo las leyes que la industria necesita, y las propuestas para llenar puestos tales como el de Comisionado de la FDA. El único Comisionado de la FDA que se expresó críticamente respecto a la industria de drogas fue el Dr. James Goddard, que permaneció en el campo solo dos años y medio.

Los funcionarios de la FDA tienden a ir y venir entre el gobierno y la misma industria. Brad Mintener, un secretario asistente de Salud Educación y Bienestar que supervisaba la FDA bajo el presidente Eisenhower, comenzó como ejecutivo en la industria de alimentos (también regulada por la FDA) y después de dejar el gobierno se convirtió en representante legal de las industrias de alimentación y medicamentos (Mintz, 1967: 128). Theodore Klumpp fue un alto funcionario de la FDA y luego jefe de los Winthrop Laboratories, una firma farmacéutica (Mintz, 1967: 132). El Dr. Henry Welch, cabeza de la División de Antibióticos de la FDA, recibió 287.000 dólares de la industria de medicamentos mientras desempeñaba su cargo gubernamental (Mintz, 1967: 133) El comisionado de la FDA Alexander Schmidt, que ocupó ese cargo durante la administración Nixon, es ahora director de American Cynamid. Naturalmente se puede llegar mucho más arriba que la FDA: el actual vicepresidente George Bush fue recientemente director de Eli Lilly (New York Times, 1981).

VI

PROPUESTAS PARA LA REFORMA

Los descubrimientos farmacéuticos se encuentran actualmente distorsionados en función de la explotación de la humanidad.

¿Qué podemos hacer para poner estos grandes adelantos científicos al servicio de la población mundial? Podemos procurar cambios en diferentes niveles. Lo primero son reformas inmediatas sin cambiar realmente a quienes controlan la industria farmacéutica. Debemos procurar tales reformas como comunidad internacional. Las corporaciones farmacéuticas son transnacionales, de modo que también la oposición a su actuación debe ser transnacional. El principal organismo internacional que trabaja actualmente en la reforma farmacéutica es la Organización Mundial de la Salud, que constituye un medio progresivo y apropiado para la acción internacional.

- Debe ser apoyada e instrumentada la resolución de la O. M. S. de 1981 (a lo que solo EE. UU. votó en contra) exhortando a las corporaciones a detener el desaliento de la lactancia materna y la propaganda de la lactancia artificial en las naciones periféricas.

- La lista de drogas esenciales publicada por la O. M. S. en 1977 debía ser implementada en todas las naciones en la medida de lo posible. Esta recomendación de un comité de la O. M. S. procura la reducción de las drogas disponibles a las consideradas esenciales, y por consiguiente promovería el uso de productos con nombres genéricos en lugar de los nombres comerciales, reemplazar los productos imitativos que no añaden nada a la terapia y eliminar las drogas de alta toxicidad. La aceptación de dicha lista de drogas esenciales por parte de países y médicos reduciría enormemente el costo y toxicidad de las drogas utilizadas. Resulta innecesario aclarar que esta recomendación enfrentó la vigorosa oposición de la industria farmacéutica internacional.

- Todos los países deben tener leyes de sustitución por las cuales los farmacéuticos pueden sustituir médicamente costosos con nombres de mercado por drogas genéricas más baratas.

- Debe ser prohibido el uso del *Physicians Desk Reference* publicado por las compañías farmacéuticas en los EE. UU. y de publicaciones similares en otros países, y en su lugar cada médico en el mundo debe disponer de una versión en su idioma de la guía publicada por la O. M. S. para la prescripción de fármacos. Esta guía debe ser uniforme para todas las naciones de manera que la información sobre efectos colaterales de las drogas esté disponible en forma similar a través del mundo.

- Los visitantes médicos deben ser desterrados de la faz de la tierra. La educación de los médicos del mundo sobre productos farmacéuticos no debe ser conducida por los representantes de las compañías productoras sino por cursos y seminarios formales de educación médica proporcionados por instituciones educacionales de prestigio que no reciban subsidios de la industria farmacéutica.

- Las bases internacionales para la investigación y la experimentación humana de nuevas drogas deben ser desarrolladas e implementadas a través de la O. M. S. de manera que la investigación responda efectivamente a las necesidades de salud de la población mundial, y la experimentación se realice en forma abierta, segura y correcta, sin convertir en cobayos a la población de color, los pobres, y las mujeres.

- Todos los pagos y donaciones (es decir, sobornos) realizados por las compañías farmacéuticas a gobiernos, médicos, farmacéuticos y científicos universitarios en el mundo deben ser declarados como conflicto de intereses, prohibidos y sometidos a proceso.

Dado el inmenso poder de la industria farmacéutica, la probabilidad de la aprobación de tales reformas se tornan algo difícil. Más directa y de mayor alcance —aunque no fácil de obtener— es la nacionalización de la industria farmacéutica a lo largo del mundo. No hay duda de que la nacionalización de una industria en el interior de la economía capitalista mundial, con un estado controlado por el capitalismo tiene marcadas limitaciones. Además la nacionalización en uno o pocos países simplemente precipitaría la salida de la industria de dichos países, erosionando de este modo aún más, tanto la recaudación impositiva como la base de empleo que la industria proporciona. Pero, cualquiera sean las limitaciones de la nacionalización, constituye un objetivo que debe recibir fuerte apoyo.

La solución de largo peso para la situación farmacológica es el desarrollo de una forma de organización social que efective el control sobre los recursos mundiales, sobre los grandes descubrimientos, sobre los canales de información y comunicación y sobre los aparatos gubernamentales, en manos de una mayoría de la población mundial, de modo que quienes necesitan

productos farmacéuticos seguros, baratos y efectivos puedan organizar la producción y distribución de tales productos. Cuando ese día llegue, la justicia podrá dictaminar que sólo un pequeño grupo de personas debe pagar los precios de las marcas monopólicas y debe sufrir los efectos colaterales tóxicos de drogas probadas en forma fraudulenta y prescritas por médicos infestados por los visitantes —ese pequeño grupo debería estar constituido por los antiguos directores de la difunta industria farmacéutica internacional.

REFERENCIAS

- 1 - American Druggist, "Schweiker has encouraging words for drug producers", May, 62, 1981.
- 2 - Barnet, Richard and Mueller, Ronald Global Reach New York: Simon and Schuster, 1974.
- 3 - Barnett, Andrew, Creese, Andrew L. and Aybor, Eddie C. K., "The economics of pharmaceutical policy in Ghana". *Internacional Journal of Health Services* 10(3): 479-499, 1980.
- 4 - Barnhart, Rick, "Getting a fix; the U. S. drug monopoly" in Bodenheimer, Thomas, Cummings, Steve and Harding, Elizabeth, *Billions for Baradakis*. San Francisco: Medical Committee for Human Rights, 31-42, 1972.
- 5 - Braverman, Harry Labor and Monopoli Capital. New York: Monthly Review Press, 1974.
- 6 - Brisset, Claire, "Third World medicines: nutrinationals rule". *Guardian*, January 21, 1979.
- 7 - Burak, Richard *The New Handbook of Prescription Drugs*. Ney York: Ballantine Books, 1970.
- 8 - Business Week, "Drugs: rich profits from new lines". January 11: 70-74, 1982.
- 9 - Bylinsky, Gene, "DNA can build companies, too". *Fortune*, June 16: 144-153, 1980.
- 10 - Clairmonte, Frederik F. and Cavanagh, John. "The corporate stranglehold on commodities markets". *Monthly Review*, October: 27-39, 1981.
- 11 - Concerned Rush Students. "M. D. 'S in the drug industry's pocket". *Science for the People*. November-December: 6-21.
- 12 - Console, Dale U. S. Senate, Committee on the Judiciary, Subcommittee on Antitrust and Monopoly. *Administered Prices in the Drug Industry*. Washington: Government Printing Office, 1960.
- 13 - Dixon, Marlene and Bodenheimer, Thomas *Hasith Care in Crisis. Essays on Health Services Under Capitalism*, San Francisco: Synthesis Publications, 1980.
- 14 - Donlan, Thomas G. "Tax headache strikes". *Barons*, April 13, 1981.
- 15 - Economist. "Swiss drugs. Sweetening the pill". July 5, 1980.
- 16 - Ebranreich, John. "Fixing the drug industry", in Bodenheimer, Thomas, Cummings, Steve and Harding Elizabeth, *Billions for Bandaid's*. San Francisco: Medical Committee for Human, Rights: 43-49, 1972.
- 17 - Fortune. "The 500 largest industrial corporations". May 3: 260-273, 1982.

- 18 - Hopkins, Terence K. and Wallerstein, Immanuel. "Patterns of development of the modern worldsystem". *Review* 1(2):111-145, 1977.
- 19 - *Journal of Commerce*. "Puerto Rico ships record quantity of pharmaceuticals". January 5, 1981.
- 20 - Lall, Sanjaya and Bibile, Senaka. "The political economy of controlling transnationals: the pharmaceutical industry in Sri Lanka, 1972-1976". *International Journal of Health Services* 8(2):299-328, 1978.
- 21 - Ledogar, Robert J. *Hungry for Profits*. New York: IDOC/North America, 1975.
- 22 - Louis, Arthur M. "Smith Kline finds rich is better". *Fortune*, June 30: 63-66, 1980.
- 23 - McCraine, Ned and Murray, Martin J. "The pharmaceutical industry: a further study in corporate power". *International Journal of Health Services* 8(4):573-588, 1978.
- 24 - Mintz, Morton *By Proscription Only*. Boston: Beacon, 1967.
- 25 - Mintz, Morton. "Faulty testing of drugs". *Washington Post*, July 2, 1976.
- 26 - Murray, Martin J. "The pharmaceutical industry: a study in corporate power". *International Journal of Health Services* 4(4):625-640, 1974.
- 27 - New York. "European drug companies on a U.S. buying spree. January 22, 1978 a.
"The drugs in developing countries now cause worry". March 12, 1978 b.
- 28 - "The drug business sees a golden era ahead". May 17.
- 29 - *Newsweek*. "The breast vs. the bottle". June 1:54-55, 1981.
- 30 - Schifrin, Leonard G. and Tayan, Jack R. "The drug lag: and interpretive review of the literature". *International Journal of Health Services* 7(3):359-381, 1977.
- 31 - Silverman, Milton. "The Epidemiology of drug promotion". *International Journal of Health Services* 7(2):157-166, 1977.
- 32 - Silverman, Milton and Lee, Philip R. *Pills, Profits and Politics*. Berkeley: University of California Press, 1974.
- 33 - Silverman, Milton, Lee, Philip R. and Lydecker. *Mia Prescriptions for Death. The Drugging of the Third World*. Berkeley: University of California Press, 1982.
- 34 - Simmons, Henry E. "The drug regulatory, system of the United States Food and Drug Administration: a defense of current requirements for safety and efficacy". *International Journal of Health Services* 4(1): 95-107, 1974.
- 35 - *Standard and Poor Industry Surveys*. May 20: H, 31, 1982 a. *Industry Surveys*. Mat 20: H 11 H 17, 1982 b.
- 36 - Talbot, Margaret. "Controversial contraceptive sold in third world countries". *Daily Californian*, November 25, 1980.
- 37 - *Wall Street Journal*. "Generic-drug use will be urged by U. S.". January 10, 1979.
- 38 - "Japan's drug makers try world market, challenging U. S. and Europe producers. August 7, 1981.
- 39 - *Washington Post*. "Drug testing abuses laid to doctors". March 8, 1978.
- 40 - Yudkin, John S. "The economics of pharmaceutical supply in Tanzania". *International Journal of Health Services* 10(3):455-477, 1980.

**ORGANIZACION Y COMPORTAMIENTO
DE LOS MERCADOS PRESTADORES:
UNA PROPUESTA METODOLOGICA PARA EL ESTUDIO
DEL FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR SALUD ***

I

INTRODUCCION

Resulta frecuente observar que a efectos de estudiar el funcionamiento del Sector Salud de una determinada sociedad el analista divide el campo en subsistemas —o en problemas— que luego examina separadamente como si se tratara de compartimentos o realidades aisladas, sólo escasamente interdependientes entre sí. Ocurre entonces que la idea de equilibrio general muchas veces se pierde y que hechos o magnitudes relativas de un cierto fenómeno que deberían suponerse *endógenamente* determinadas por el funcionamiento mismo de los mercados pasan a ser vistos como fenómenos *exógenos* cuyo origen y dimensión quedan determinados desde fuera del sistema y, por lo tanto, no nos preguntamos cómo se ha llegado a los mismos.

Veamos un par de ejemplos. Para estudiar fuente y uso de fondos en el campo de la salud, o para explorar la organización del Sector Salud en una determinada comunidad, se recurre normalmente a la división entre Sector Público, Sector Paraestatal o de la Seguridad Social y Sector Privado. El peso relativo de cada uno de estos tres subsectores es tomado como un dato y los temas de financiamiento y organización son luego explorados atendiendo, por un lado, al origen de los recursos involucrados —rentas generales, impuestos sobre el salario, contribuciones patronales, etc.— y, por otro, a los diversos tipos de efec-

* El presente trabajo ha sido preparado por el Dr. J. Katz, como consultor temporario de OPS y los Lic. A Muñoz y R. Tafanl, investigadores de CEPAL y OPS, respectivamente.

tores con que éstos contratan la realización de actividades y servicios. En uno y otro caso la morfología y el comportamiento de los mercados prestadores no aparece como una cuestión de importancia a ser investigada. Menos aún se vislumbra la posibilidad de que el peso relativo de que es lo que es público y que es lo que es privado constituya una cuestión *endógena* al sistema, resultante del funcionamiento de la competencia en y entre los varios mercados prestadores. Algo parecido ocurre al examinar la distribución de los servicios de salud y dividir entre atención ambulatoria e internación hospitalaria —separando nuevamente entre las provistas por el sector público y por el sector privado— pero sin hacer mayor hincapié en la morfología y el comportamiento de los mercados de servicios médicos y sanatoriales donde dichas prestaciones se concretan. Tal como tendremos oportunidad de ver algo más adelante en este trabajo, el peso relativo de lo ambulatorio vis a vis la internación depende crucialmente de la morfología y comportamiento de los mercados de servicios médicos y sanatoriales y de las interdependencias entre ellos. Mal puede suponerse que se trata de un coeficiente exógenamente determinado, aislado de dichas interdependencias recíprocas.

En el curso de este trabajo propondremos un sendero distinto de abordaje a los temas y problemas del Sector Salud. Intentaremos para ello avanzar desde la óptica de la morfología y comportamiento de los varios mercados prestadores, y de las interdependencias recíprocas que entre ellos se plantean. Tres mercados prestadores se destacan por su importante peso relativo dentro de la estructura global del gasto de salud de toda comunidad. Ellos son: el mercado de servicios médicos, el de servicios sanatoriales y el de medicamentos. Contemporáneamente y tomados en conjunto los mismos absorben cerca del 80 % del gasto global de salud que realiza una sociedad dada, razón por la que su funcionamiento individual y sus interdependencias recíprocas deben verse como determinantes centrales del comportamiento del sector salud en su totalidad.

Cada uno de estos sectores prestatarios se caracteriza por tener una morfología de mercado altamente idiosincrática originada en un complejo proceso histórico-evolutivo en el que han ido apareciendo cambios tecnológicos de origen endógeno y exóge-

no a la medicina —por ejemplo, en fecha reciente, los provenientes de la microelectrónica y la informática— formas particulares de organización y división social del trabajo, grupos económicos con distinta capacidad de presión y 'lobby' político y prácticas restrictivas diversas que llevan a que el oligopolio con diferenciación de producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta constituyen las tipologías de mercado más prevalentes.

En cada uno de estos mercados han tendido a aparecer Colegios Profesionales y Cámaras Empresarias que negocian precios, condiciones de acreditación y de prestación de servicios, etc., con las entidades —públicas y privadas— responsables por el financiamiento, la fiscalización y la provisión última de servicios de salud. En los hechos estas entidades actúan aquí en representación del consumidor final cuya voz en el mercado de salud sólo adquiere un rol indirecto, mediatizado por la comunidad médica y profesional que es la que toma las decisiones de gasto.

Dada esta situación —de oligopsonlo por el lado de la demanda, y de poderosos grupos oligopólicos por el lado de la oferta de bienes y servicios utilizados para la atención de la salud— es a priori de esperar que el funcionamiento de estos mercados sea más el reflejo del poder relativo de negociación de grandes grupos prestadores vis a vis grandes grupos compradores de servicios de salud, que el producto de la libre elección del consumidor y de la prevalencia de reglas del juego competitivas de carácter convencional, en las que ninguno de los actores cuenta con poder relativo mayor al de sus competidores u oponentes.

El propósito de este trabajo es el de mostrar cómo los principios de la economía industrial aplicados a la exploración de la morfología y comportamiento de los mercados prestadores de insumos y servicios para la atención de la salud pueden aportar nueva luz sobre el funcionamiento de este vasto y complejo territorio de la vida comunitaria, así como también sugerir ideas y líneas de acción en materia de política pública que hasta el presente quedaron relativamente olvidadas a raíz del particular marco metodológico en el que se desarrollara la investigación del complejo salud-enfermedad (1, J. Katz y A. Muñoz, 1987). Nos proponemos aquí una tarea limitada y preliminar como es la de abrir un nuevo

conjunto de interrogantes, esta vez planteados desde la óptica de la morfología y comportamiento de los principales mercados prestadores en materia de salud, y sugerir caminos potencialmente ricos para la investigación futura.

Tal como veremos en este trabajo el funcionamiento y la organización de los mercados prestadores depende de una extensa nómina de variables, entre las que se destacan:

1. Las condiciones de ingreso de nuevos oferentes al mercado. Esto incluye tanto cantidad como calidad de los mismos. Dicho ingreso a su vez depende de barreras:
 - a) institucionales, por ejemplo, requisitos de acreditación;
 - b) de disponibilidad de capital;
 - c) de acceso a la información y a la capacidad tecnológica, etc.
2. El origen y la naturaleza del cambio tecnológico que incorpora como mercado prestador. Existen endógenos y exógenos, ahorradores de capital o de mano de obra —calificada o no calificada—, etc.
3. La organización del mercado, aspecto que incluye la mayor o menor “cartelización” o estructuración institucional del mismo en colegios profesionales o asociaciones gremiales que reivindicar intereses o reclamos particulares de cada grupo prestatario y prestador.
4. El marco institucional y legal en que se encuadra la negociación entre las partes.
5. El sendero de acumulación de capital y de aprendizaje tecnológico por el que transitan los diversos grupos prestadores atendiendo a su carácter, empresas familiares vis a vis grandes consorcios de medicina comercial, su localización geográfica, centros urbanos vis a vis pueblos o ciudades pequeñas del interior, etc.
6. La capacidad del Gobierno central —o de alguna agencia paraestatal— para normalizar los servicios, acreditar agentes y llevar a cabo adecuadamente la fiscalización y el contralor ex post de los mismos.

Las variables anteriores habrán de determinar las formas que adopta la competencia entre oferentes en cada mercado particular, la organización y división social del trabajo que en cada

caso toma cuerpo y las interacciones e interdependencias mutuas que entre los varios mercados prestadores van gestándose a través del tiempo, así como la de éstos con los grupos prestadores de salud.

A los efectos de presentar nuestro razonamiento utilizaremos ejemplificativamente datos del caso argentino y bibliografía que sobre el mismo se encuentra disponible. En muchos planos este país registra formas de organización y división social del trabajo médico también prevalentes en otras latitudes, razón por la que el argumento puede fácilmente generalizarse.

En la sección 2ª examinamos diversos rasgos morfológicos de la oferta de bienes y servicios que actualmente exhiben los tres mercados previamente mencionados, esto es, el mercado de servicios médicos, el de servicios de atención sanatorial y el de medicamentos. Realizada dicha descripción de los agentes prestadores, en la sección 3ª, abordamos el análisis del comportamiento de los mercados, brindando atención a las interdependencias recíprocas que entre ellos se plantean.

En nuestra opinión el conjunto del Sector Salud debe ser estudiado como si se tratara de un vasto sistema de vasos intercomunicados en el que, en ausencia de un conjunto de reglas del juego claramente establecidas y respetadas por los diversos agentes participantes, la puja distributiva y el conflicto de intereses se traslada perpetuamente de un mercado al otro, realimentándose situaciones de inestabilidad y conflicto. Así, en el marco de una situación en la que el costo de la atención médica crece exponencialmente —tanto local como internacionalmente— y donde los recursos de la Seguridad Social no alcanzan a crecer al ritmo de la inflación, el desfinanciamiento de los entes prestatarios crece a través del tiempo y lleva a una mayor inequidad e ineficiencia en la producción y distribución de servicios de salud. La sobreprestación, el cobro de bonos o cupos complementarios no contemplados en los aranceles legales, la sobrefacturación, y otras prácticas restrictivas varias aparecen como consecuencia lógica del funcionamiento del mercado en el marco de una creciente desfinanciación sectorial. El creciente desdibujamiento del Sector Público —tanto como agente de regulación como en su calidad de prestador directo— aparece también como

rasgo central del cuadro contemporáneo. En la sección 4ª —última de este trabajo— se presenta un conjunto de temas que la presente propuesta metodológica identifica como posibles campos fértiles para la investigación futura.

II

MORFOLOGIA DE LOS MERCADOS PRESTADORES

El mercado de servicios médicos

El mercado de servicios médicos ha ido experimentando una dramática transformación —tanto en el mundo como en la Argentina— en el curso de las últimas tres décadas. De una profesión liberal ejercida casi artesanalmente donde el honorario médico constituía integralmente el pago a una calificación personal, hemos gradualmente evolucionado hacia un mercado de servicios médicos altamente complejo, fragmentado en especialidades y apoyado en un vasto arsenal de tecnologías y equipos de alta sofisticación, en el que los ingresos profesionales ya no solo constituyen la retribución al capital humano sino que también involucran rentas al capital físico y a la tecnología incorporados en el acto médico. Confluyen así cambios tecnológicos de producto —nuevas especialidades— de proceso, y de organización del trabajo médico, el que ahora resulta más difícil de coordinar al involucrar una tarea grupal entre pares.

Con el correr del tiempo ha ido gestándose al interior de la comunidad médica una creciente heterogeneidad estructural asociada a: 1) el rápido ritmo de ingreso de nuevos graduados al mercado. 2) El cambio en la composición femenino-masculina de las nuevas camadas. 3) El aumento de la especialización, etc. Dicha creciente heterogeneidad estructural explica el elevado índice de concentración de ingresos que exhibe este mercado. Así, información reciente correspondiente al caso argentino (FEMEBA, 1983) revela que en tanto el decil superior de profesionales de la salud factura mensualmente a la Seguridad Social cifras que oscilan en el entorno a los diez mil australes, los cuatro deciles inferiores de la distribución de ingresos solo alcanzan a facturar

cient australes por mes. Los cuatro deciles intermedios muestran una facturación del orden de los setecientos australes mensuales lo que sugiere que a grandes rasgos el primer decil de la distribución logra capturar el total de ingresos que no fluye a los últimos cuatro deciles de la misma. En otros términos: la evidencia empírica disponible sugiere la existencia de un elevado índice de concentración del ingreso interior de este mercado.

Examinaremos a continuación algunos de los rasgos morfológicos de la oferta de servicios médicos, que, en nuestra opinión, contribuyen a "explicar" esta creciente heterogeneidad estructural. A efectos de centrar nuestra atención en un caso concreto emplearemos información arquetípica de otros casos nacionales. Debe tenerse presente al comparar con, por ejemplo el caso norteamericano, que el nuestro es un sistema más intensivo que aquél en atención ambulatoria. Dados nuestros diferentes precios relativos de capital y trabajo esta parecería ser una adecuada asignación de recursos. La creciente imitación del modelo altamente medicalizado de E.E. UU. podría, sin embargo, estar llevándonos en la dirección opuesta.

En términos de tamaño relativo de la comunidad médica respecto al total de su población argentina constituye un ejemplo claro de abundancia relativa, al menos en el plano de la estadística agregada. Sus casi 70.000 médicos activos (Banco Mundial, 1987) dan cuenta de una dotación de 425 personas por profesional, cifra solamente superada por países que como Israel o Italia muestran dotaciones de 370 y 340 habitantes por médico respectivamente.

No solo la dotación de médicos es alta sino que la tasa de crecimiento de la misma es sumamente elevada, abriendo ello varios interrogantes cruciales acerca del impacto que esto tiene sobre la morfología del mercado médico y sobre las formas que adopta en el mismo el juego competitivo.

Las estadísticas de FEMEBA referidas a la provincia de Buenos Aires reflejan con realismo el problema del ritmo de crecimiento de la oferta médica. "En cinco años —entre 1977 y 1982 la cantidad de médicos inscriptos en el sistema federado creció en un 51 % o sea de 11.000 a 16.709 médicos, con un ritmo

anual del 8,2%... en tanto que la población creció al 1,6% anual" (FEMEBA, 1983).

A priori debemos esperar que semejante ritmo de incorporaciones al mercado afecte profundamente la organización y división social del trabajo médico y las reglas competitivas prevalentes en el mercado. Tal como veremos algo más adelante, ello efectivamente está ocurriendo, aun cuando el mayor o menor funcionamiento de las fuerzas competitivas no sólo depende de la *dimensión* absoluta y de la *tasa de crecimiento* de la comunidad médica, sino también de su distribución espacial, de la mayor o menor propensión de los nuevos ingresantes a trabajar en relación de dependencia, del grado de especialización, etc.

Veamos seguidamente cada uno de estos temas. La localización geográfica de los médicos califica la estadística promedio antes mencionada. Así, por ejemplo, en tanto que la ciudad de La Plata presenta un médico cada 190 habitantes —fenómeno que se repite en otras grandes ciudades del país— el partido de Moreno exhibe uno cada 2.000 (Perez Arlas y Feller, 1983) y las cifras se tornan aún más dramáticas —5.000 o más habitantes por médico— en zonas de frontera, comunidades indígenas, etc. En otros términos: *el exceso de oferta y la fuerte escasez de médicos* constituyen rasgos que conviven al interior de la estadística agregada y ello obviamente tiene que ver con el funcionamiento del mercado y la competencia, tal como veremos posteriormente.

Introduzcamos ahora indicadores de edad y sexo de la comunidad médica. Tomando como base los trabajos antes citados de FEMEBA y de Pérez Arias y Feller, sabemos que 75% de los médicos tiene menos de 50 años de edad en tanto que 45% de los mismos solo alcanza a 40 años. Resalta también el hecho de que en los tramos más bajos de edad ha crecido significativamente la proporción de mujeres que ingresan al mercado médico. Así: en el tramo etareo de 25 a 34 años, esto es, entre los profesionales que tienen entre 0 y 10 años de graduados el 54% de los casi 25.000 médicos que registra la provincia de Buenos Aires son de sexo femenino. El 82% de los médicos profesionales tiene menos de 45 años.

Edad y sexo parecerían estar asociados a nuevas modalida-

des de inserción del médico en el mercado de trabajo, hoy por hoy en franco desarrollo. El trabajo asalariado en relación de dependencia —ya sea en empresas médicas o en consultorios de obras sociales— tiene mayor peso relativo en el tramo etareo más bajo —0 a 4 años de antigüedad en la profesión— que en los restantes tramos etareos (C. Bloch et. al., 1980). A su vez, se observa aquí colinearidad con la variable sexo, lo que lleva a que también entre las médicas jóvenes el peso relativo del trabajo en relación de dependencia sea más significativo que en el sector masculino de la profesión (M. H. Machaso e I. B. Leite, 1986).

En resumen: dimensión absoluta de la comunidad médica en relación al tamaño de la población, distribución de la misma en el ámbito geográfico, ritmo de crecimiento en el tiempo, edad y sexo de los nuevos graduados, parecerían ser todos rasgos que favorecen el desarrollo de fuerzas competitivas al interior del mercado médico. Es más, dichas variables permiten comprender la incipiente aparición de un “proletariado médico” trabajando en relación de dependencia en obras sociales y grandes grupos corporativos que practican la medicina comercial. Frente a esto, y actuando en sentido contrario —esto es, favoreciendo la diferenciación de producto y la aparición de “nichos” de mercado en los que prevalece el monopolio, o diversas formas de competencia imperfecta— actúa el creciente nivel de especialización que la profesión médica va adquiriendo a través del tiempo.

El grado de especialización en el mercado argentino es elevado. Según datos del Banco Mundial el 57 % de los médicos actúa como especialista, cifra que C. Bloch et. al. colocan en el 59 % de una muestra de 3.200 médicos que ellos investigaran en la ciudad de Rosario. El peso relativo de los especialistas es bajo entre los médicos que tienen entre 0 y 5 años de antigüedad en la profesión —entre los que el peso relativo de los que trabajan en relación de dependencia es alto— y crece dramáticamente hasta alcanzar casi 80 % de la población estudiada entre aquellos que tienen entre 15 y 30 años de ejercicio profesional.

El material hasta aquí examinado nos brinda una primera imagen “estilizada” de la oferta médica que estamos tratando de caracterizar. Estamos frente a un grupo prestador relativa-

mente sobredimensionado —según standards internacionales— que crece rápidamente en el tiempo, que se halla fuertemente concentrado en ciertas localizaciones y escasea dramáticamente en otras.

En las nuevas camadas de graduados crece significativamente la proporción de mujeres y también aumenta la propensión a actuar profesionalmente en relación de dependencia, sobre todo en los primeros años de ejercicio de la medicina. Con el correr del tiempo dichos graduados buscan el camino de la especialización como mecanismo de ascenso económico y profesional, favoreciendo y siendo favorecidos por el desarrollo de una medicina de alta complejidad, fuertemente medicalizada.

Los rasgos anteriores describen características salientes de la oferta de servicios médicos. Junto a la estructura institucional del mercado —que examinamos brevemente a continuación— los mismos inciden significativamente sobre la organización y funcionamiento del mercado de salud considerado en su conjunto.

La profesión médica se estructura en entidades gremiales de primero, segundo y tercer grado.

Los colegios o círculos médicos constituyen los entes de primer grado. Estos se agrupan en federaciones médicas y éstas, a su vez, en una entidad de tercer grado de carácter nacional que es la Confederación Médica de la República Argentina, COMRA. Por lo general el médico individual percibe como una necesidad la de afiliarse a la entidad de primer grado del área de su residencia. Ello deriva del hecho de que el colegio o círculo es el que consigue con exclusividad la contratación con obras sociales. En otros términos, resulta imposible facturar a la seguridad social actuando como médico independiente, debiendo hacerse el trámite a través del colegio respectivo. Como condición de afiliación el profesional paga un cierto porcentaje del valor de cada acto médico que realiza, y recibe a cambio el servicio de validación legal y gestión de cobro de sus facturas, así como cierta aislación de un mecanismo verdaderamente competitivo en el sentido convencional.

A su vez, los colegios se agrupan en federaciones siendo éstas, por lo general, las que negocian directamente con la Seguridad Social los contratos de atención médica, actuando como

como contratistas de clínicas y sanatorios —salvo en aquellos mercados en los que la Federación de Clínicas y Sanatorios contratan directamente con Obras Sociales— cobrando las facturas y pagando a los distintos efectores. El cronograma de pagos puede variar entre efectores quedando librado a la discrecionalidad de la Federación, o de los Círculos Médicos, el manejo financiero de los recursos.

Tal como tendremos oportunidad de ver en la sección 3ª, la libre elección de médico y lugar de internación por parte del paciente, y el funcionamiento más o menos competitivo del mercado médico estarán fuertemente condicionadas por los rasgos morfológicos de la oferta antes descriptos —magnitud relativa de la comunidad médica, tasa de crecimiento, distribución geográfica, grado de especialización, etc.— así como también por el cuadro institucional vigente en cada escenario particular.

¶ Pasamos ahora a ocuparnos del mercado de clínicas y sanatorios, o de atención sanatorial.

El mercado de atención sanatorial

Pese al importante peso relativo que actualmente posee este sector —peso que claramente va aumentando a través de los años— es importante comprender que el desarrollo del mismo es un hecho relativamente reciente, el que ha ocurrido acompañando al crecimiento de la Seguridad Social la que obviamente es su gran fuente de financiamiento y demanda.

Al igual que en el mercado de servicios médicos el funcionamiento del mercado de clínicas y sanatorios depende crucialmente del número de nuevas firmas ingresantes al mercado, de las ampliaciones que ocurren en las ya existentes, de la calidad y complejidad de las mismas —tipo de especialidades y de equipamientos complejos que las mismas incorporen, etc.— así como también del grado de “cartelización” que alcanza la oferta a través de las entidades gremiales del sector.

Desde un punto de vista microeconómico debemos suponer que la tasa interna de ganancia de una clínica médica particular está asociada a: 1) El “mix” de casos que atiende. El mismo puede contener una mayor o menor proporción de atención clínica, de enfermos quirúrgicos, de casos crónicos, etc. El “mix”

de casos determinará el número promedio de días de estadía por paciente, el costo/cama/día, el número de egresos por unidad de tiempo, etc. 2) El grado de utilización de la capacidad instalada. 3) La mayor o menor eficiencia empresaria, tanto en el plano administrativo como en el de la atención médica. Este último está fuertemente asociado a la calidad del servicio brindado en función de, por ejemplo, el monto y tipo de cobertura del riesgo quirúrgico que se desea brindar a los pacientes, etc.

El ingreso de nuevas clínicas al mercado —y las ampliaciones legales o no declaradas— han ocurrido a un ritmo acelerado en el curso de las últimas dos décadas. Obviamente se observa una significativa variante al interior de la oferta de servicios sanatoriales en lo que hace al tipo y calidad de la atención prestada, el grado de utilización de la capacidad instalada, etc. Así, mientras que en un extremo de la distribución se observan simultáneamente altos standards de calidad y elevados índices de utilización de la capacidad instalada, en el otro extremo de la distribución encontramos baja calidad, incumplimiento de normas y, concomitantemente, subutilización de la capacidad instalada disponible. Es justamente esta última, y su incidencia sobre la velocidad de rotación del equipamiento y la tasa de ganancia del capital invertido, la que contribuye a resquebrajar el funcionamiento del juego competitivo e induce a determinados prestadores a buscar soluciones “pactadas” con determinadas obras sociales o llamadas de prepago en torno a contratos capitados, a acuerdos de “cartera fija”, etc. que bloquean la competencia y crean “nichos” monopólicos en el mercado de atención sanatorial.

Tal como tendremos oportunidad de ver en la sección 3ª, y al igual que lo que ocurre en el caso de los servicios médicos, también en materia de servicios sanatoriales nos enfrentamos con una paradójica situación de *oferta excedente* en el marco de una significativa escasez de servicios sanatoriales.

Tras esta breve incursión en el tema de servicios sanatoriales examinemos también de manera sucinta los rasgos morfológicos centrales de la oferta de fármacos. Esta última absorbe no menos de un tercio de los gastos globales que Argentina realiza en materia de salud y en función de ello reclama un examen cuidadoso.

La oferta de productos farmacéuticos

En el curso de este trabajo solo habremos de prestar atención a aquellos temas centrales de morfología y comportamiento del mercado farmacéutico que afectan de manera sustantiva el funcionamiento del sector salud en su conjunto. Esto implica que muchos aspectos importantes per se en el campo farmacéutico y farmoquímico habrán de ser aquí ignorados, remitiéndose al lector a publicaciones complementarias que aborden el problema de manera más general (Katz, 1974, 1984 y 1986).

Concentraremos aquí nuestra atención sobre el lanzamiento de nuevos productos farmacéuticos como determinante del ritmo diferencial de crecimiento entre empresas; prestaremos también atención al impacto que ello tiene sobre la participación relativa de firmas de capital nacional y empresas de capital extranjero, y sobre la viabilidad de largo plazo de muchas de estas últimas en función de su reducida escala operativa y de los altos costos de producción que les impone el trabajar con las prácticas manufactureras y de control de calidad requeridas por sus casas matrices internacionales. Tal como tendremos oportunidad de ver en nuestra próxima sección todo esto repercute significativamente sobre la puja distributiva que la industria farmacéutica mantiene con los restantes grupos prestadores —médicos y clínicos y sanatorios— ante la creciente limitación de recursos con que opera el conjunto del sector salud.

Si comparamos el ranking de las principales 25 firmas farmacéuticas en Argentina hace, digamos, dos décadas atrás, con la situación contemporánea, emerge con claridad una clara pérdida de participación relativa de las empresas subsidiarias de grupos multinacionales. Así, en el marco de una situación en la que ha crecido levemente la concentración empresaria —las 25 mayores firmas del ramo controlaban 55,4 % de la oferta global de fármacos en 1969 y 58,0 % en 1984 —resulta evidente que múltiples firmas extranjeras han desaparecido— Squibb, Eli Lilly, Winthrop, etc., entre ellas, en tanto que muchas otras han perdido terreno relativo dentro del conjunto, como es el caso de Pfizer, Schering, Lederle-Cyanamid, Promeco, etc. En contraposición con ello integran la nómina de las 25 firmas mayores en 1985 una serie de firmas nacionales que eran solo pequeños em-

prendimientos empresarios veinte años atrás. Tal es el caso de Montpellier, Microsules-Bernabó, Phoenix, Cador, Beta, Sidus, Syntial, etc. En otros términos: la industria farmacéutica muestra una profunda recomposición interempresaria en la que diversas firmas de capital extranjero —y solo unas pocas de capital nacional— han perdido terreno relativo frente a otras que han ganado terreno en forma vertiginosa. Salvo raras excepciones esta última categoría describe el caso de diversos fabricantes medianos de capital nacional que lograron una mejoría espectacular de su posición realtiva en el curso de pocos años.

El porqué de este fenómeno reclama cierto análisis de detalle en lo que hace al lanzamiento de nuevos productos farmacéuticos al mercado final. Encaramos dichos análisis a continuación prestando especial atención a lo ocurrido en un período reciente de la historia doméstica en la materia.

En el quinquenio 1980-1985 entraron al mercado farmacéutico Argentino 1.577 productos nuevos, 544 de ellos lanzados por firmas de capital extranjero y 1.033 por empresas de capital nacional. En otros términos: estas últimas duplican el ritmo de lanzamientos anuales de nuevos fármacos que exhiben las empresas de capital extranjero. Ahora bien: el precio promedio de los productos que tienen entre 0 y 12 meses de vida cuadruplica aproximadamente el precio medio de la industria, en tanto que el precio de aquellos productos que tienen entre 0 y 24 meses de vida es, en promedio, el doble del precio promedio del sector. Podmos ahora comprender como el más rápido ritmo de lanzamientos de nuevos productos al mercado por parte de las firmas de capital nacional "explica" que la participación relativa del sector doméstico haya crecido tan significativamente a lo largo de los años. Contemporáneamente la misma representa 55 % del total de ventas que realiza la industria, habiendo sido 45 % de dicho agregado hace solo pocos años.

El problema por supuesto no acaba aquí. Por un lado esta situación alimenta la puja distributiva que el sector farmacéutico mantiene con el resto de los mercados prestadores. Obviamente al aumentar la participación relativa de los medicamentos en los gastos totales de salud que realiza la Seguridad Social los restantes sectores prsetadores experimentan una caída relativa pro-

porcional que los induce a plantear nuevos reclamos a los entes de financiamiento o lisa y llanamente a exigir pagos o bonos adicionales de bolsillo a los usuarios del sistema. Las caídas en el nivel de cobertura, en la calidad de las prestaciones, etc., resultan así como consecuencia de la puja distributiva entre mercados prestadores.

Por otro lado, y esta vez en relación a la morfología del mercado farmacéutico en sí, la pérdida de base operativa por parte del sector de firmas extranjeras acaba por generar situaciones de creciente inviabilidad de largo plazo para muchas de ellas que no pueden conjugar los altos costos de manufactura y control de calidad que les imponen las normas operativas de sus respectivas casas matrices con una escala productiva crecientemente recortada. El fracaso empresario y el abandono del mercado aparecen así como una resultante endógena del funcionamiento del sistema. Resulta importante recordar en este punto de la argumentación que, a grandes rasgos, el sector de firmas extranjeras tiende a operar sobre la base de monodrogas en tanto que el sector de firmas de capital nacional basa su estrategia de mercado en una mayor proporción de combinaciones de drogas o principios activos conocidos, diferencia que en modo alguno debe considerarse como inocua desde el punto de vista de la calidad de la acción terapéutica que el fármaco está llamado a cumplir.

Cerramos aquí esta sección destinada a examinar rasgos centrales de la oferta de servicios médicos, sanatoriales y de medicamentos. La sección próxima encara el estudio de la organización y funcionamiento del mercado de salud.

III

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS MERCADOS DE SALUD

5.000 nuevos médicos por año —en un país que ya cuenta con 425 habitantes por médico— una oferta de camas sanatoriales privadas que crece al 4,2 % por año, frente a una población que solo lo hace al 1,7 % anual y, finalmente, 350 nuevos fármacos

por año en un mercado que de por sí ya exhibe standards altos de consumo per capita —50 U\$S por habitante y por año, aproximadamente— configuran una situación masiva y generalizada de expansión de la oferta de insumos y servicios en el mercado de salud. Esto no significa que dicha expansión de oferta se distribuya equitativamente a lo largo de la sociedad. Antes bien, vastos sectores de los tramos de menor ingreso en la comunidad carecen de médicos, de camas hospitalarias y de fármacos.

Dejando por un momento de lado el tema distributivo corresponde preguntarnos ahora qué impacto tiene sobre el funcionamiento del mercado semejante aumento masivo de oferta año tras año.

Desde el punto de vista de un razonamiento convencional deberíamos observar una importante caída de precios, mayor en algunos campos terapéuticos que en otros en función de la elasticidad de demanda, pero generalizada a través del mercado. La misma sin embargo no es obvia y ello reclama un análisis más profundo sobre el funcionamiento del mercado y la organización de la medicina en nuestro medio.

Tomemos primero el caso del mercado de servicios médicos. Es obvio que en un tramo del mismo —el de los graduados jóvenes que actúan en relación de dependencia— la oferta es homogénea e indiferenciada de manera tal que la situación competitiva tiende a prevalecer, como en los modelos convencionales de libros de texto. El salario profesional parece haber caído aquí hasta niveles cercanos a los de subsistencia pero, a diferencia de lo que ocurre en el modelo competitivo convencional, la caída de precios no parece haber beneficiado al consumidor final de servicios médicos, sino a los grupos corporativos —obras sociales, empresas médicas que practican la medicina comercial, etc.— que emplean en relación de dependencia a dichos profesionales.

La oferta se torna menos homogénea e indiferenciada a medida que nos movemos hacia grupos etéreos mayores donde, juntamente con la antigüedad en la profesión, aumenta la especialización y la acumulación de antecedentes curriculares. De “tomador de precios” el profesional médico gradualmente se transforma en “formador de precios”. Su ingreso profesional ya no solo constiuye el pago a su calificación personal sino que incluye

un complejo conjunto de rentas al capital y a la tecnología, difíciles de discernir unas de otras. En este camino de ascenso profesional no resulta infrecuente la aparición de un nuevo rol de "empresario-médico" acerca de cuyo desarrollo mandativo como empresario capitalista es relativamente poco lo que la investigación de años recientes ha logrado esclarecer.

Tanto la especialización médica como la opción de ofrecer al mercado un paquete complejo de "producción-conjunta" —hotelería sofisticada, atención de médicos especialistas e incluso seguros de prepago— permite contrarrestar la tendencia natural a la caída de precios que debería observarse a partir de un incremento masivo de oferta como es el que describen las cifras anteriormente citada.

La oferta excedente también ejerce un impacto decisivo sobre el frente gremial de los distintos grupos prestadores —sean éstos médicos o sanatorios y clínicas—. No son pocos los casos en los que un subgrupo prestador ha decidido separarse del tronco gremial respectivo, buscando capitalizar en un universo menor convenios capitados o de "cartera cerrada" con grandes grupos prestatarios —PAMI, Obras Sociales particulares, etc.— que al ofrecer un número importante de afiliados o usuarios del sistema permiten al prestador bajar costos unitarios de prestación del servicio, aumentar la capacidad media de utilización de sus instalaciones y, concomitantemente, cotizar un menor precio unitario por el paquete de servicios ofrecidos.

Este tipo de acuerdos son generalmente considerados perjudiciales para la calidad del servicio ofrecido.

De la misma manera que en el mercado de servicios médicos, en el de servicios sanatoriales la oferta excedente genera políticas de diferenciación de producto, sobreprestación y fracturas en el frente gremial de este grupo prestador, representado por la Federación de Clínicas y Sanatorios. Al igual que en el caso del mercado médico es este un territorio en el que la investigación económica y de antropología médica es aún por demás escasa y donde resta mucho por avanzar si eventualmente habremos de arribar a una adecuada caracterización del funcionamiento del mercado.

Un breve comentario final en torno al tema fármacos. La

inmensa mayoría de los lanzamientos anuales de nuevos productos está constituida por duplicaciones de productos ya existentes en el mercado, o por combinaciones de principios activos conocidos, destinados a conseguir el favor de la comunidad médica que en última instancia es la que decide la compra a través de la receta entregada al paciente. Ello explica el por qué el lanzamiento de nuevos productos debe ser complementado con fuertes gastos de venta, con la distribución de muestras y con otros esfuerzos semejantes de marketing, siendo este un caso claro en el que la racionalidad terapéutica o el precio solo juegan un papel secundario en la explicación del éxito o fracaso de un producto en el mercado. A diferencia de los casos anteriores —servicios médicos o servicios sanatoriales— el lanzamiento de nuevos fármacos con frecuencia coincide con el retiro de productos del mercado de igual o parecido efecto terapéutico, pero con menor o nula contribución marginal desde el punto de vista de la rentabilidad empresaria. En estos casos el lanzamiento constituye una parte de la estrategia comercial de la firma destinada a circunvalar el control de precios frecuentemente ejercido por la autoridad pública.

En resumen: el incremento masivo de oferta en los mercados de servicios e insumos para la atención de la salud no parece contribuir a que el consumidor final se beneficie con una caída en el costo de los mismos, como sería de esperar en el marco de un modelo competitivo convencional, ni tampoco parece contribuir para que una fracción significativa de la comunidad deje de carecer de adecuada atención médica, sanatorial y de productos medicinales. La especialización, los esfuerzos de diferenciación de producto y de constitución de “nichos” de mercado, la ruptura del principio de libre elección y la aparición de un creciente número de situaciones pactadas o de cartera cerrada, tienden a alejarnos del escenario competitivo y hacen del oligopolio con diferenciación de producto la tipología de mercado aquí más prevalente.

La gradual pérdida de significación de la medicina estatal y el crecimiento de la medicina comercial —tanto en nuestro medio como internacionalmente— hacen que nuevas formas de organización y división social del trabajo adquieran cada vez más

importancia en el campo de la salud. Sobre gran parte de ellas es verdaderamente poco lo que al investigación en economía médica ha logrado avanzar hasta el presente siendo necesario un profundo esfuerzo exploratorio futuro que arroje nueva luz sobre este complejo territorio de la vida comunitaria. El avance de la medicina comercial no parece estar prometiendo mejoras en la equidad o en la eficiencia del sistema siendo ello motivo para una detenida reflexión por parte de las ciencias sociales.

IV

BREVE REFLEXION SOBRE UNA AGENDA DE INVESTIGACION FUTURA

El enfoque aquí propuesto obviamente nos remite a una agenda de investigación futura en la que cada uno de los tres grandes mercados prestadores debería recibir atención pormenorizada y de detalle a fin de que eventualmente lleguemos a tener una adecuada descripción analítica del comportamiento microeconómico de los agentes y de su interrelación con las variables macroeconómicas que afectan al sector salud en su conjunto.

El poder relativo de negociación de los grandes grupos prestatarios de salud —INOS, las obras sociales provinciales, etc.— constituye otro gran campo exploratorio que deberá ser eventualmente cubierto si deseamos llegar a tener una adecuada comprensión del funcionamiento del vasto y creciente campo cubierto por la medicina comercial.

En el presente trabajo el sector público ha sido relegado a un rol secundario de “factor de ajuste” en el sentido de que el mismo está necesariamente llamado a cubrir todas aquellas patologías y tecnologías que son dejadas de lado por el sector privado por falta de rentabilidad relativa.

Obviamente ello no significa que la rentabilidad social del gasto en las mismas no sea elevada, pero carecemos aún de estudios de base que prueben que esto es efectivamente así. En el interín observamos que es el sector público el que mayoritariamente se hace cargo de los enfermos crónicos, como por ejemplo, los neuropsiquiátricos, los quemados, etc., y que también es este

el que mantiene equipos de tratamiento y diagnóstico como los utilizados en abreugrafía —71 % de los utilizados nacionalmente—, infraestructura para urgencias y para medicina preventiva, etc.

Asimismo es el que se hace cargo de la cobertura de carenciados, obras sociales desfinanciadas, etc., los que obviamente no resultan atractivos al sector comercial de la medicina. En el presente marco socioeconómico ello seguramente constituye una buena fracción de la sociedad —25 % (?)— y probablemente una fracción que está en aumento. Amén de lo anterior, la formación de recursos humanos, la investigación biomédica y sobre efectos adversos en nuevos fármacos, tipos de tratamientos, etc., siguen también siendo papel prioritario del Estado, razón por la que preocuparse por el desarrollo futuro de la medicina privada —de carácter comercial— no implica de manera alguna afirmar que el vasto papel de la medicina estatal deba dejarse de lado en la agenda de trabajo del profesional de la salud.

BIBLIOGRAFIA

- “El Sector Salud de la República Argentina: reflexiones generales en torno a su desarrollo histórico, a la crisis que contemporáneamente lo afecta y a posibles acciones de política pública destinadas a mejorar su equidad y eficiencia”, Jorge M. Katz y Alberto Muñoz, *Un published Mimeo*, CEPAL, 1987.
- “Recursos humanos médicos en la Provincia de Buenos Aires”, FEMEBA, octubre de 1983.
- “Argentina: Population Health and Nutrition Sector Review”, World Bank, January, 1987.
- “Estructura y dinámica ocupacional del médico: Rosario, 1978”, Carlos Bloch et. al., Cuadernos Médicos Sociales Número Especial de octubre de 1980.
- “Estructura y dinámica del recurso humano médico de la Provincia de Buenos Aires”, Elsa B. Pérez Arias y Jorge J. Feller, Cuadernos Médicos Sociales, nº 26, octubre de 1983.
- “La Médica y el Mercado de Trabajo”, María Helena Machado e Ilka Boaventura Brite, Cuadernos Médicos Sociales, nº 35, marzo 1985.
- “Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales. La industria farmacéutica argentina”, Jorge M. Katz, Siglo XXI, junio de 1974.
- “Hacia una estrategia industrial y tecnológica en el campo farmacéutico
- “Estructura y dinámica del recurso humano médico de la Provincia de iberoamericano”, Jorge M. Katz et. al., CEPAL-OPS, mayo de 1984.
- “Reestructuración productiva y empleo: el caso de la industria farmacéutica”, Jorge M. Katz, Proyecto Gobierno Argentino - PNUD - OIT, ARG/84/029, diciembre de 1986.

LA MORTALIDAD Y LA RELACION NORTE-SUR *

JOSÉ CARLOS ESCUDERO

El conocimiento no avanza lineal sino discontinuamente, no por oposiciones sino por rupturas. Corresponde a nuevos paradigmas el destruir los anteriores para ser a su vez destruidos; pero existe una etapa previa a este proceso: el matizar algunos de los elementos del paradigma original.

La idea que la explicación del proceso salud-enfermedad reside "ultima ratio" en la sociedad representó un nuevo paradigma, que generó explicaciones secundarias sobre el concepto de salud, y acerca de la génesis, la evolución y las posibilidades de control de las enfermedades. Este paradigma reemplazó visiones biológicas, idealistas o inexistentes acerca del fenómeno de la enfermedad colectiva, que provenían de la edad de oro de la medicina clásica, en épocas en que la epidemiología parecía ser un apéndice de la microbiología y la salud pública una hija menor de la Harvard Business School.

El renacer del pensamiento marxista en Occidente a partir de fines de los cincuenta produjo alrededor de diez años después una multitud de investigadores que, con variantes en su enfoque, comenzaron a aplicar herramientas de análisis marxista a la epidemiología y al estudio de las políticas de salud. Las grandes categorías analíticas del marxismo comienzan a explicar tanto los niveles de salud prevalentes como las formas de repartir el excedente colectivo, y la gran dicotomía "capitalismo" vs. "socia-

* Artículo publicado en Seguridad Social, Nº 1, Argentina - Le Monde Diplomatique en español agosto de 1982, México. Revista centroamericana de Ciencias de la Salud, Nº 18, San José de Costa Rica, 1982.

** Se utiliza la mortalidad como indicador general de salud debido a los muy serios problemas conceptuales y prácticos que resultan de analizar la morbilidad física o mental, los que suelen hacer muy difícil o imposible las estimaciones de niveles de morbilidad "intra" países y las comparaciones entre países.

lismo" en cuanto modos de producción comenzó a presidir todos los análisis.

La mortalidad más baja

Para algunos autores, cada modo de producción generaría un perfil epidemiológico propio. Pues no tanto. Para quienes proponemos una organización socialista de la humanidad (después matizaremos este término) resulta decepcionante que los tercios hechos registren que las más bajas mortalidades ** del mundo se encuentran en los países capitalistas, según lo demuestra una tabla a continuación, que mide el fenómeno de la mortalidad de acuerdo con sus indicadores más usuales y poderosos: la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer. El análisis se centra en aquellos países que tienen buena calidad de datos y la más reciente información disponible, haciendo notar una vez más que el genocidio sanitario que es consecuencia necesaria de la organización capitalista del mercado mundial, y que se registra en la periferia del sistema (sobre lo cual volveremos) deja pocos testigos estadísticos (1) (ver tabla 1).

Las conclusiones de esta tabla son interesantes en varios sentidos. En primer lugar, los trece países con la más baja mortalidad infantil son capitalistas. Aparece entonces la República Democrática Alemana (con una tasa más baja que su contrapartida capitalista de Alemania Federal), pero los seis países que la suceden son nuevamente capitalistas. Los veinte países con mayor esperanza de vida al nacer en el mundo son capitalistas, exceptuando a Cuba que ocupa el lugar 11º.

Japón es un caso interesante. Presenta en este momento la mayor esperanza de vida del mundo, y la segunda mortalidad infantil. Japón es una formación nacional muy especial, que absorbió el capitalismo "en bloque" y bruscamente con la restauración Meiji, no antes de 1870, cuya organización capitalista fue monopólica casi desde un inicio con los "Zaibatsu" que no se distinguen casi del Estado, y que por último, parece revelar hoy extremos de taylorismo y explotación en su organización del trabajo y niveles de productividad superiores a los del capitalismo europeo, y con tasas de explotación obrera que son también superiores. Por ejemplo, la semana laboral en la industria manufac-

TABLA 1. Los veinte países (*) cuya mortalidad infantil es menor, y cuya esperanza de vida es mayor

País	Mortalidad infantil		País	Esperanza de vida	
	Tasa (**)	Rango		Años (***)	Rango
Suecia	7.8	1º	Japón	75.9	1º
Japón	8.4	2º	Suecia	75.7	2º
Noruega	8.6	3º	Noruega	75.6	3º
Suiza	8.6	3º	Suiza	75.4	4º
Dinamarca	8.9	5º	Holanda	75.4	4º
Holanda	9.6	6º	Grecia	75.2	6º
Francia	10.6	7º	Dinamarca	74.7	7º
Finlandia	12.0	8º	Canadá	74.3	8º
Canadá	12.4	9º	Francia	73.9	9º
Australia	12.5	10º	España	73.7	10º
Singapur	12.5	10º	Cuba	73.5	11º
Escocia	13.0	12º	Australia	73.5	11º
Inglaterra y Gales	13.1	13º	Estados Unidos	73.3	13º
Rep. Democrática			Israel	73.3	13º
Alemana	13.2	14º	Inglaterra y Gales	73.2	15º
Estados Unidos	13.6	15º	Italia	72.9	16º
Bélgica	13.9	16º	Rep Federal		
Hong Kong	13.9	16º	Alemania	72.6	17º
Nueva Zelandia	14.2	18º	Nueva Zelandia	72.5	18º
Rep. Federal			Bélgica	72.2	19º
Alemana	14.7	19º	Costa Rica	72.2	19º
Austria	15.0	20º			

Notas: (*) Se excluyen países de menos de 500.000 habitantes (Luxemburgo, Liechtenstein, Islandia, Malta, Gibraltar, Islas Faroe, San Marino, etcétera).

(**) Por mil nacidos vivos. La información corresponde a 1978; excepto Finlandia, Canadá, Australia, Singapur, Hong Kong, y Nueva Zelandia (1977).

(***) Años de esperanza de vida al nacer, ambos sexos. Para obtener esta cifra, se calculó la media aritmética de las esperanzas de vida desagregadas por sexo que se publican en el "World Health Statistics Annual". La información corresponde a 1978, excepto Australia, Canadá, Estados Unidos e Inglaterra y Gales (1977); Bélgica, Costa Rica, España, Francia y Nueva Zelandia (1976); y Cuba e Italia (1975).

Fuente: "World Health Statistics Annual", Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1980.

turera en Japón era de 43.5 horas en 1980; mientras cifras correspondientes para Estados Unidos eran 37.3 horas, para Gran Bretaña 39.6, para Alemania Federal 37.2 y para Francia 39.2 horas (2).

Se ha hecho notar además la debilidad de la Seguridad Social en Japón, obliga a los trabajadores japoneses a jubilarse a edades mucho mayores que en similares países capitalistas centrales (3); y cuando se analiza el Japón actual se menciona siempre la mala calidad de las viviendas, la escasez de sistemas de drenaje de ellas y la falta de espacios verdes en las ciudades (4).

El hecho que pese a esto (nadie puede sostener que sea debido a esto) la mortalidad en Japón es la menor del mundo puede hacernos pensar que los niveles de salud (por lo menos en cuanto se reflejan en mortalidad) se deben más al consumo de ciertos elementos que aseguran la subsistencia que a la forma en que se organiza la producción, y que, aunque nos cueste admitirlo, la impugnación de cierto capitalismo (luego veremos cuál) debe hacerse en campos tales como la calidad de vida, el desarrollo de la personalidad, la sexualidad, la no enajenación; y no a través de la salud-enfermedad. Es este un interesante campo de debate.

El socialismo real

¿Cómo se comportan con respecto a mortalidad los países socialistas? Aquí se interpretará este término de la manera más alta: entendemos como socialista a un país que se autodefina como socialista científico. Posteriormente en este trabajo haremos una serie de consideraciones sobre los diferentes, "socialismos reales" que pueden observar en el mundo, y los niveles de mortalidad que presentan.

Puede agregarse información a esta tabla: por ejemplo, que la mortalidad infantil en la Unión Soviética parece haber aumentado en los últimos años, como se refleja a través de análisis a los que se ha dado gran publicidad en el mundo occidental, en ese período de recrudescimiento de la Guerra Fría (5). Por otro lado, la mortalidad infantil cubana ha seguido descendiendo: una tasa por mil de 19.6 en 1980 (6).

Los grandes ausentes en esta Tabla son China, Vietnam y Albania. Aparentemente estos países han logrado niveles de mortalidad muy aceptables en pocos años, y en el caso de Vietnam, pese a ser este país víctima de una guerra genocida, cuyos responsables no han pasado todavía por ningún Nüremberg. Albania tenía una esperanza de vida de 70 años en 1957 (7). En China, diversas fuentes reportan que la mortalidad infantil en 1975 tenía un nivel de 20 a 30 por mil (8), con casas urbanas de 13 a 19 por mil (9) y una esperanza de vida de 68 años (9). En Vietnam se informa una tasa de mortalidad infantil de 34 por mil (10).

TABLA 2. Niveles de mortalidad en los países socialistas (*) con más baja mortalidad

<i>País</i>	<i>Mortalidad infantil</i>		<i>País</i>	<i>Esperanza de vida</i>	
	<i>Tasa (**)</i>	<i>Rango</i>		<i>Años (***)</i>	<i>Rango</i>
Rep. Democrática			Cuba	73.5	1º
Alemana	13.7	1º	Rep. Democrática		
Checoslovaquia	18.7	2º	Alemana	71.7	2º
Bulgaria	21.8	3º	Bulgaria	70.8	3º
Polonia	22.5	4º	Polonia	70.7	4º
Hungría	24.4	5º	Checoslovaquia	70.4	5º
Cuba	25.0	6º	Yugoslavia	70.4	5º
URSS	27.7	7º	Rumania	69.8	7º
Rumania	69.8	2º	Hungría	69.4	8º
Yugoeslavia	34.9	9º			

Notas: (*) Países que se autodefinen como socialistas científicos.

(**) Por mil nacidos vivos. La información corresponde a 1978, exceptuando a Cuba y Yugoslavia (1977) y la URSS (1974).

(***) Años de esperanza de vida al nacer, ambos sexos. Para obtener esta cifra, se calculó la media aritmética de las esperanzas de vida desagregadas por sexo que se publican en el "World Health Statistics Annual". La información corresponde a 1978, (Polonia, Rumania y Hungría); 1977 (Bulgaria y Yugoslavia); 1976 (República Democrática Alemana), y 1975 (Checoslovaquia y Cuba).

Fuente: "World Health Statistics Annual", Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1980.

Enclaves industriales exportadores capitalistas

Revisando las estadísticas mundiales de mortalidad, vemos que se observa una baja mortalidad en ciertos países de la periferia capitalista con particularidades muy especiales, a los cuales se puede denominar "enclaves" debido a que en ellos las transnacionales han concentrado industrias de exportación que son mano de obra intensivas, y que se benefician del bajo costo de la mano de obra y del control represivo estatal sobre ella.

Los países en cuestión se hallan en general en en Asia del Sudeste, y los ejemplos más extremos del fenómeno se presentan aquí.

TABLA 3. *Mortalidad en algunos "enclaves" industriales exportadores de la periferia capitalista*

<i>País</i>	<i>Tasa mortalidad infantil (*)</i>	<i>Esperanza de Vida (**)</i>
Hong Kong	13.9 (a)	72 (b)
Singapur	12.5 (a)	70 (b)
Taiwan	14 (b)	72 (b)

Notas: (*) Por mil nacidos vivos.

(**) Años de esperanza de vida al nacer.

Fuentes: (a) "World Health Statistics Annual", *World Health Organization*, Ginebra, Suiza, 1980. Los datos corresponde a 1978.

(b) "Health: sector policy paper", *The World Bank*, febrero de 1980. Se considera que esta fuente es menos confiable que la anterior. Los datos corresponde a 1977.

La periferia capitalista

Con respecto a la mortalidad del resto del mundo, recordamos que el capitalismo a nivel mundial se basa sobre una estructura de explotación, de la cual son beneficiarios ciertos países centrales; la contrapartida de la baja mortalidad norteamericana puede verse en la altísima mortalidad por desnutrición de los hijos de los jornaleros de la Del Monte en Filipinas: la baja mortalidad suiza tiene su contrapunto en la enfermedad y muerte de los campesinos guatemaltecos expulsados de sus tierras de subsistencia, las que se destinan actualmente a pastoreo de vacas lecheras cuyo producto será industrializado por Nestlé.

La relativa autarquía del mundo socialista en este sentido y su también relativa no explotación de una periferia hace que ésta configure un fenómeno distinto (11); lo "relativo" mencionado es suficientemente absoluto en este respecto. El Gulag del imperialismo (12), con sus cientos de millones de desnutridos, infectados y parasitados, con sus montañas de cadáveres de

TABLA 4. Niveles de mortalidad en algunos países de la periferia capitalista

	<i>Tasa de mortalidad Infantil (*)</i>	<i>Esperanza de vida al nacer (**)</i>
Bangladesh	140 (a)	47 (a)
Bolivia	161 (a)	52 (a)
Brasil	99.9 (e)	62 (a)
Costa de Marfil		46 (a)
El Salvador	118 (d)	58 (a)
Guatemala	110 (d)	57 (a)
Haití	98.300 (e)	50.51 (e)
Honduras	115 (d)	57 (a)
India	122 (a)	51 (e)
Indonesia	—	48 (a)
Liberia	159 (a)	48 (a)
Pakistán	113 (a)	51 (a)
Perú	153 (d)	56 (a)
Zaire		46 (a)

Notas: (*) Por mil nacidos vivos.

(**) Años de vida al nacer.

Fuentes: (a) "Health: Sector Policy Paper", *World Bank*, febrero de 1980.

(b) H. Behm y O. Rueda, "Colombia 1968-1969", CELADE, Seria "A", N° 1032, sept. de 1977. San José de Costa Rica.

(c) Capitales de Estado solamente. La cifra nacional es seguramente más alta.

Fuente: Antonio Nunes Coutinho, "Alimentação e Nutriçã do Brasil", manuscrito inédito, 1982.

(d) H. Bahm y colaboradores, "Mortalidad en los primeros años de vida en los países de América latina", CELASE, Seria A, N° 1024 a 1032. Años 1976-1977. San José de Costa Rica.

(e) Diversas fuentes haitianas recopiladas por José C. Escudero en "Ambas orillas del Canal del Viento", *Territorios*, N° 11, México, 1981.

niños, son parte del tributo que todo el planeta paga a la organización capitalista del mercado mundial y a la transferencia de riqueza de la periferia al centro. Reseñamos rápidamente algunas cifras; la mitad de las muertes de niños en el mundo causadas por la desnutrición, diez millones de niños severamente desnutridos y ochenta millones con desnutrición menos severa en cualquier momento (13). En cuanto a los niveles de la mortalidad, la siguiente tabla puede dar una idea de este genocidio silencioso.

El contenido de esta tabla puede enriquecerse más a través de otros análisis, explicar por ejemplo por qué Cuba, que en 1959 tenía altos niveles de mortalidad, tiene ahora la más baja mortalidad en América latina, habiendo sobrepasado a países como Uruguay y Argentina que en ese año presentaban las mortalidades más bajas; más concretamente por qué la mortalidad infantil cubana a 1977 es de 23.3 por mil mientras que la Argentina en ese año es de 44.9 por mil (14); y en aras de que proyecto nacional integrado al capitalismo mundial se sacrifican los 14.000 infantes argentinos que mueren en exceso del nivel cubano todos los años.

Esta tabla y estos comentarios ayudan a describir el verdadero Gulag. Miles de millones de vidas cortadas prematuramente, decenas de miles de millones de años de vida perdidos, todo en un contexto de degradación de la condición humana, que por estar sus víctimas en silencio, pasa desapercibido todos los días.

Quienes mueren así lo hacen como parte del mismo fenómeno que asegura una baja mortalidad a muchos países de tabla 1; al igual que da riqueza, existe una transferencia masiva de salud, nutrición y vida de la periferia al centro del capitalismo.

COMENTARIOS

¿Cómo podemos ordenar datos de mortalidad aparentemente tan disímiles en una teoría explicativa que supere tanto los análisis ahistóricos del fenómeno como simplismos del tipo ¿“capitalismo versus socialismo”? Lo que sigue es una tentativa de explicación.

1º) Es necesario desglosar dentro del término "capitalismo" sus variantes central y periférico cuanto menos. Definiremos al primero como compuesto por países que efectuaron su desarrollo capitalista no más tarde de 1900, que son actualmente homogéneamente capitalistas, con un gran desarrollo de fuerzas productivas, que es además uniforme (abarcando a toda la población), que son predominantemente industriales, que han desarrollado fuertes burguesías locales con una gran autonomía y cuyas economías son autocentradas (15). En términos políticos suelen ser democracias burguesas.

Este capitalismo presenta actualmente los más bajos niveles de mortalidad del mundo, y una estructura de morbilidad donde *predominan enfermedades a las cuales es difícil prevenir o curar*. (La forma en que la acumulación capitalista obliga a gastar dinero inútilmente en salud con el pretexto de la existencia de estas enfermedades es un tema fascinante pero que no puede tratarse aquí).

El capitalismo periférico es muy distinto: "Los fenómenos de la periferia son fundamentalmente diferentes a los del centro" (16). Está compuesto por formaciones nacionales cuya producción precapitalista fue destruida por la imposición del capitalismo, en los que coexisten todavía modos de producción precapitalista junto con enclaves capitalistas con alta productividad y relativamente altas remuneraciones, que viven un proceso de "urbanización sin industrialización" con un deterioro tendencial de sus agriculturas y sus balanzas de pagos, y con un modelo de "acumulación extrovertida", cuyo desarrollo corresponde a las necesidades del mercado exterior. Aquí es donde hallamos el cotidiano y silencioso espectáculo de genocidio sanitario ya mencionado. En ellos observamos tasas de mortalidad infantil que multiplican por diez o quince las más bajas del capitalismo central, tasas de mortalidad preescolar que la multiplican por 20 ó 30, esperanzas de vida diez o veinte años menores; mientras que la gran constelación compuesta por la desnutrición y sus correlatos de infecciones y parasitosis preside la morbilidad (17).

2º) Considerar que la categoría "socialismo" presenta problemas particulares. En primer lugar que el "socialismo real" que se observa en el mundo es bastante distinto al que se enuncia

en los clásicos o inclusive a pronósticos efectuados dentro de los mismos “socialismos reales” hace veinte o treinta años. Sobre este tema han corrido ríos de tinta, especialmente en los últimos años (18), y es imposible resumir aquí la polémica. Con respecto a los niveles de mortalidad, el caso de Cuba, China o Vietnam, parece colocar a estos países en una categoría distinta a los demás que figuran en la tabla 2: niveles de mortalidad que son menores a lo que se esperaría ante el bajo desarrollo de fuerzas productivas que estos países tenían hace solamente veinte o treinta años, fechas en que efectuaron su transición al socialismo.

No tiene sentido postular la existencia de un “socialismo real periférico”, que utilice el excedente social de una manera más eficaz para disminuir la mortalidad que los países del “socialismo real central”; quizás pueda postularse que los países que han accedido al socialismo —no maticemos aquí el término— por medio de una lucha de liberación endógena obtienen una estructura social más participativa y mejores indicadores sociales que aquellos que han recibido su socialismo en gran parte por cortesía del Ejército Rojo. Este tema, como tantos otros en estas reflexiones sobre mortalidad, reclama su cronista.

3º) Los “enclaves” capitalistas merecen un capítulo especial. El armazón del mercado capitalista mundial crea en determinados países, a los cuales se asignan tareas muy específicas, circunstancias especiales que pueden reflejarse en una mortalidad muy baja. La gran prosperidad de Suiza se debe muy importantemente al papel de este país como reservorio financiero del capitalismo mundial (19) y a hechos como que la “Nestlé Alimentaria” de Vevey esparce prosperidad en su país de origen, cuya contrapartida son los miles de muertos en otros países debido a la leche en polvo producida por Nestlé (20).

Otros enclaves que han aparecido en los últimos años son países como Singapur, Hong Kong, y Taiwan cuya mortalidad aparece en la tabla 3, en los cuales el capitalismo ha concentrado procesos industriales para exportación muy demandantes de mano de obra, que trabaja en un contexto de férrea represión política. Las bajas mortalidades en estos países ya se han mencionado, y puede hacerse el comentario que a pesar de un proceso

de trabajo organizado para maximizar la explotación, los países en cuestión se las arreglan para devolver a los obreros en términos de elementos de subsistencia, una parte del plusvalor que se les extrae, de manera que presentan una baja mortalidad. Puede sostenerse que a diferencia de lo que sucedió al comienzo de la primera revolución industrial en Europa, el trabajo industrializado en general "protege" contra la mortalidad (21), y que el paradigmático "gulag" imperialista deberá buscarse entre los miles de millones de habitantes de la periferia capitalista que ni siquiera tienen la suerte de entrar a un proceso de trabajo regular para ser explotados con regularidad. Están en esta situación los marginados, los campesinos con tierras tan escasas que no aseguran su supervivencia, los campesinos sin tierras y con un muy alto desempleo estacional, etc.

4º) Es evidente que la mortalidad es un pobre indicador de salud, concepto que debería ir más allá de la no-muerte o la no-enfermedad para abarcar y medir elementos positivos; desde un crecimiento corporal y un desarrollo psicomotor óptimos hasta realizaciones en la afectividad, la sexualidad, el ocio y el trabajo. Esperemos que en estos terrenos un futuro "socialismo deseable" se diferencie tanto del "socialismo real" que actualmente observamos como éste se diferencia del capitalismo periférico. Sin embargo, a falta de medidas mejor desarrolladas teóricamente o más operativas, deberemos seguir utilizando predominantemente a la mortalidad como indicador de salud. Después de todo, la muerte sigue siendo el fenómeno más trascendente en la vida de un individuo, y el daño más grande que puede infligir a otros.

5º) En términos de América latina debemos notar que la sobremortalidad que el capitalismo genera en nuestros países (principalmente a través del mecanismo de la desnutrición que golpea a la población infantil) es muy superior a los genocidios ruidosos que el mismo capitalismo organiza para mantenerse en el poder: Guatemala, Chile, Argentina, Nicaragua, El Salvador (21').

Con respecto a este último país, la gran polémica que últimamente abarcó la vida intelectual mexicana sobre los méritos relativos de Duarte, el FMLN, o una tercer opción, no mencionó el hecho que si El Salvador de hoy tuviera al tasa de mortalidad

de Cuba de hoy, se evitaría la muerte de 16.000 niños menores de un año, todos los años; y que en las actuales condiciones de El Salvador solamente un socialismo, por "real" que sea, puede intentar esta hazaña.

6º) Quizás estemos al borde de una reconsideración de muchas de las categorías que han venido utilizando las corrientes críticas sobre salud a partir de los 70 y quizá sea hora que el rico y doloroso proceso de crisis del pensamiento marxista mundial, que comenzó a fines de los 50 y que ha tenido jalones tan importantes como el XX Congreso de PCUS, las crisis de Checoslovaquia y Polonia, la derechización de China, los sucesivos baños de sangre a los movimientos progresistas en los países del "Cono Sur", los diferentes planteos eurocomunistas y las revalorizaciones marxistas de los análisis de la vida cotidiana, el sexismo, las categorías nacionales, etc., que se presentan como tentativas de superar esta crisis, genere nuevas categorías para explicar la existencia de ciertos niveles de salud-enfermedad, que supere la ya perjudicial (por simplista) dicotomía "capitalismo" versus "socialismo".

GUIA BIBLIOGRAFICA SOBRE ECONOMIA Y SALUD

- 1 - Acuña, Héctor, "Financiamiento y administración presupuestaria de los programas de salud pública", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1972, v. 72, nº 1, p. 36-43.
2. - "El Banco Mundial y la asistencia en el sector de la salud", en: *Crónica de la OMS*, 1977, v. 31, nº 3, p. 107-110.
- 3 - Belmartino, Susana, "Economía, sociedad y política de salud en Argentina", en: *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario nº 31, p. 5-26, mar., 1985.
- 4 - Bogo, Jorge, "Economías de escala: concentración y desconcentración", en: *Medicina y Sociedad*, 1980, v. 3, nº 4, p. 211-213.
- 5 - La crisis económica y su repercusión en la salud", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1986, v. 100, nº 6, p. 648-59.
- 6 - "La economía de la salud y de la enfermedad", en: *Crónica de la OMS*, 1971, v. 25, nº 1, p. 22-27.
- 7 - Escudero, José Carlos, "Salud y modelos socioeconómicos", en: *Salud y Sociedad*, 1983, nº 1, p. 17-26.
- 8 - Evans, Robert, "Strained merey: the economics of Canadian health care", en: *Journal of Public Health Poliev*, 1985, v. 6, nº 4, p. 558-562.
- 9 - Feldman, Saúl, "Enfermedad mental y economía", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1985, v. 98, nº 3, p. 201-210.
- 10 - Ferranti, David de, "El pago de servicios en los países en desarrollo: un enfoque realista", en: *Foro Mundial de la Salud*, 1985, v. 6, nº 2, p. 115-122.
- 11 - Katz, Jorge M., "Función de producción; combinación óptima de los recursos", en: *Medicina y Sociedad*, 1980, v. 3, nº 4, p.207-209.
- 12 - Howard, Lee M., "Fuentes internacionales de cooperación

- para el financiamiento de la salud en los países en desarrollo”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1983, v. 95, nº 4, p. 299-320.
- 13 – Mach, E. P., “Costo y financiamiento de la salud en los países en desarrollo: función de la OMS”, en: *Crónica de la OMS*, 1985, v. 39, nº 1, p. 14-19.
- 14 – Medina Lois, Ernesto, “Economía y salud”, en: *Cuadernos Médico-Sociales*, Chile, 1978, v. 19, nº 3, p. 5-9.
- 15 – Musgrove, Philip, “Repercusiones de la crisis económica sobre la salud y sobre la atención sanitaria en América Latina y el Caribe”, en: *Crónica de la OMS*, 1986, v. 40, nº 4, p. 171-176.
- 16 – Neri, Aldo C., “Financiamiento del sector salud; efectos sanitarios y económicos de las distintas modalidades”, en: *Medicina y Sociedad*, 1980, v. 3, nº 4, p. 195-198.
- 17 – Petrecolla, Alberto, “Financiamiento del sector salud; efectos sanitarios y económicos de las distintas modalidades”, en: *Medicina y Sociedad*, 1980, v. 3, nº 4, p. 192-195.
- 18 – Plachner de Molinero, María Isabel, “Un enfoque económico de la salud”, en: *Medicina y sociedad*, 1978, v. 1, nº 4-5, p. 190-195.
- 19 – Plachner de Molinero, María Isabel, “Modelo de mercado. Supuestos básicos”, en: *Medicina y Sociedad*, 1980, v. 3, nº 4, p. 185-187.
- 20 – Scala, Enrique, “Modelo de mercado. Supuestos básicos”, en: *Medicina y Sociedad*, 1980, v. 3, nº 4, p. 182-195.
- 21 – “Seminario sobre inversiones en el sector salud. Buenos Aires, 8-9 de ago., 1979”, en: *Medicina y Sociedad*, 1979, v. 2, nº 3-4, p. 118-186.
- 22 – Souillá, Bernardo, “Función de producción: combinación óptima de los recursos”, en: *Medicina y Sociedad*, 1980, v. 3, nº 4, p. 209-210.
- 23 – Woodward, Robert S., “Atención médica en Brasil durante un período de recesión económica”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1985, v. 98, nº 2, p. 107-115.
- 24 – Zipper, Wilma, “Economía de escala: concentración y des-concentración”, en: *Medicina y Sociedad*, 1980, v. 3, nº 4, p. 218-219.

- 25 - Abel-Smith, B., *Estudio internacional de los gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud pública*, OMS, Ginebra, 1967 (Cuadernos de Salud Pública, 32).
- 26 - Able-Smith, B., *El precio de los servicios sanitarios: estudio de costos y de la fuente de financiamiento en seis países*, OMS, Ginebra, 1964 (Cuadernos de Salud Pública, 17).
- 27 - Argentina, Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, *asignación de recursos para la salud, aporte para la toma de decisiones*, Buenos Aires, 1981.
- 28 - Argentina, Subsecretaría de Salud Pública, *Salud, financiamiento y solidaridad*, Departamento de Economía Sanitaria, Buenos Aires, 1973.
- 29 - Fuch, Víctor, *Atención de la salud y sistema económico de EE. UU.*, CLAM, Buenos Aires, 1973 (Traducciones, 24).
- 30 - *Economía aplicada a la sanidad*, OMS, Ginebra, 1976 (Cuadernos de Salud Pública, 64).
- 31 - Gambarotta, Héctor, *Economía y salud. Clase del curso anual de medicina*, 1985, en: Seminario "Sistema de Salud y Seguridad Social", Buenos Aires, 9-10 may. 1986, Movimiento Nacional por un Sistema Integral de Salud, Buenos Aires, 1986, p. 147-158.
- 32 - Klarman, Herbert E., *The economics of health*, Columbia Univeristy Press, New York and London, 1970.
- 33 - Mach, E. P., *Planificación de las finanzas en el sector salud. Manual para países en desarrollo*, OMS, Ginebra, 1983.
- 34 - Miche, Clément, *Análisis de la evolución de los costos de salud*, en: *Estudios de la seguridad social*, Asociación Internacional de la Seguridad Social, Ginebra-Buenos Aires, nº 1, 1972, p. 75-84.
- 35 - Testa, Mario, *Aspectos sociales del financiamiento en el sector salud*, Escuela de Salud Pública, Buenos Aires, 1974.
- 36 - Vera Ocampo, Luis, *Esquema de análisis para el financiamiento en el sector salud*, Escuela de Salud Pública, Buenos Aires, 1974.
- 36 - Vera Ocampo, Luis, *Esquema de análisis para el financiamiento del sector salud* (Elementos para el diagnóstico y la formulación de la política sectorial), Buenos Aires, 1986.

- 37 - O. M. S., *39ª Asamblea Mundial de la Salud. Repercusiones de la situación económica mundial*, febrero de 1986.
- 38 - Molina Sergio S., "La pobreza: descripción y análisis de políticas para superarla", *Revista de la CEPAL*, diciembre de 1982, p. 93 a 117.
- 39 - González Gines y col., *Gasto en salud y medicamentos*, Mimeo, CONCISA, 1987.
- 40 - Marshall, Adriana, *Gasto público y servicios sociales. Su performance entre 1976 y 1983*, Mimeo, 1985.

PLENARIO INTEGRADOR DE LAS JORNADAS

La dinámica propuesta fue, que diferentes panelistas de los distintos temas tratados, realizaran una síntesis de los contenidos tratados en su mesa y un balance de las jornadas.

Dr. Osvaldo Mazer. — El primer día se plantearon las condiciones para la atención primaria. Uno de los elementos centrales era que la declaración de ALMA-ATA era ambigua en cuanto a su aplicación. La autosuficiencia se podría entender como que la gente se arregle por sí misma, o tomarla como un escalón que había que construir ligado a la estructura sanitaria. Esto tenía también una condición que es la participación popular. ¿Cuál es el carácter de la participación? Hay una forma que es la de ampliar la cobertura de salud, y la participación podría ser que una cantidad de sectores marginados tuviera acceso y pudiera con sumir asistencia sanitaria. El tema de la participación popular en salud es una de las puntas para el desarrollo social.

¿Por qué nosotros hablamos de participación popular en salud? Porque no se extiende la participación a cualquiera de las actividades populares. Esto de la participación significaría construir herramientas intelectuales propias del pueblo como una forma de acercarse al problema. Esto genera resistencias, o se trava en un aspecto del modelo médico hegemónico, que se expresa en que el médico o el técnico en general plantea muchas veces la participación, pero a partir de lo que él considera la solución.

Metiéndome en la polémica de si agente sanitario si o agentes sanitario no, lo asimilo a cuando los estudiantes se pelean con los docentes. El docente es un instrumento, nomás; no es el poder real; no hay que crear ese tipo de antinomia. Vinimos a escuchar experiencias, a hacer preguntas porque no tenemos modelos teóricos contruidos. Todos estamos tentando cómo desarrollar y encontrás que te dicen: “No, así no, porque hay una propuesta superadora”. ¿Qué tengo que hacer? ¿Dejo lo que estoy

haciendo y me pongo detrás de un proyecto político? ¿No me ayudaría más el poder compartir la experiencia que estoy haciendo, ayudándome a encontrar la propuesta superadora ahí? Me hace dudar bastante, no dudo de las intenciones del Dr. Ferrara a quien he seguido bastantes años en sus conceptos sobre la salud y la sociedad; pero no creo lógico abandonar la actividad que estamos haciendo y que buscamos desarrollarlo. No veo que los grupos políticos (el de Ferrara o cualquier otro) trabajen con la gente ayudando a construir algo que sirva para poder implementar después una política de ese tipo. Desde el poder, con la política de clientela, de punteros o de roscas no se va a poder implementar una política sanitaria ideal. No tengo confianza en la posibilidad de implementar esos ideales a través de los mecanismos actuales con los que se hace política. Los invito a que trabajen en esto y que sigan sosteniendo sus ideales en cuanto a soluciones sanitarias.

Dr. Daniel Grill.— El testimonio del Dr. Testa fue interesante porque remarcó la relación existente entre el tema de la formación de recursos humanos y la A. P. S.; hizo una asociación en relación a lo que estaba pasando en estos días en el país a partir de que nosotros teníamos un estudiante de medicina que ingresaba a la facultad con determinadas características curriculares, en primer año se enfrentaba con cadáveres con los cuales hacía su aprendizaje y después como graduado le pedíamos conductas que tuvieran que ver con la A. P. S.

Se remarcó la necesidad de la reforma curricular del pregrado, antes de plantearnos esta estrategia que en última instancia, valga la paradoja se llama atención primaria, pues en realidad estamos haciendo atención secundaria para curar los déficits de la formación del pregrado.

Testa planteaba que la A. P. S. debiera constituir el primer contacto, no solo del paciente, sino del estudiante de medicina con la salud y a partir de este primer acercamiento, que se generaran el resto de las conductas curriculares.

Otro punto de la ponencia de Testa fue que el sistema de salud depende directamente del proyecto político. De allí que aparezcan diferencias claras en los planes de salud en los países socialistas, capitalistas y aun dentro de cada uno de éstos, de-

pendiendo del desarrollo que hubieran alcanzado dentro del sistema. Incluso, él hizo una categorización que podemos compartir o no acerca de los países socialistas: ejemplificó en el caso del socialismo: Rusia o Suecia y en el caso del capitalismo desde EE. UU. hasta el nuestro. Lo importante de esto es que la falta de un correcto diagnóstico desde lo político, genera la improbabilidad de la aplicación local de estrategias como la A.P.S. y que esto comprometía mucho las posibilidades de éxito de esta estrategia.

El Dr. Matera aludió en parte a esto, y remarcó una cosa sobre los enunciados de ALMA-ATA, que son en realidad fines genéricos a los que es muy difícil no adherir. Nadie podría decir en público que no está de acuerdo con esto, pero la implementación de los enunciados es lo que marca las diferencias. Porque creemos, como dijo Matera, que la APS exige una actitud participativa de la sociedad en su conjunto. Resaltó también la existencia de dos modelos de medicina: uno ligado al cientificismo, al poder de consumo y al prestigio profesional y el otro contrapuesto, cuya percepción ampliada del concepto de salud es jerarquizar a la A.P.S. como una estrategia más en la búsqueda del desarrollo comunitario.

Tanto el Dr. Rodrigo como el Dr. Valli resaltaron sus esfuerzos para tratar de modificar el perfil del recurso humano.

Dejo siete preguntas que me parecieron importantes:

¿Qué cambios se habían producido en el sistema? Mi opinión es que si hay un plan y es coherente con un proyecto político, que a muchos de nosotros nos satisfaga o no es otra cuestión. Creo que lo que tendríamos que enfatizar, es que uno no puede acercarse a los proyectos políticos tratando de hacer su propio proyecto, sino aceptar que ese proyecto puede ser compatible con algunas de las aspiraciones que uno tiene y de alguna manera no pedirle peras al olmo.

¿Cómo se insertan los recursos humanos en el sistema? Algunas de las estrategias que se mencionaron apuntaron al rescate de esos recursos. La residencia no se ha caracterizado por ser un sistema coherente en cuanto a la capacitación que hace de esos recursos.

¿Se puede hacer atención primaria en salud, sin el respaldo

de un proyecto político? En términos de verdad es difícil la respuesta; pero creo que tenemos ejemplos de que la A. P. S. se ha hecho y ha servido para modificaciones. Cuba encuentra un proyecto político que lo respalda y obtiene resultados a corto plazo. Pero en América latina hay otros países que no han pasado por experiencias revolucionarias y sin embargo son progresistas, han trabajado políticamente, han conseguido cambios importantes y profundos. Otro ejemplo es Panamá en la época del general Torrijos. Allí, los residentes de pediatría, tenían una tarea de atención primaria impulsada desde el Ministerio de Salud, que no tenía que ver con la atención médica que nosotros conocemos. Los puestos de salud estaban colocados en los centros de consumo, en los mercados centrales. Su único instrumento era la lista de precios de los alimentos del día. Entonces la consulta de las madres a este médico era: "Dr. tengo tanto dinero y en mi casa somos tantos, ¿qué puedo comprar para que comamos bien?" Este médico lo que hacía era ver lo que más le convenía comprar a esta familia, desde el punto de vista nutricional; ¡esto es un acto médico! y ¡esto es A. P. S.!

El tercer ejemplo es el Perú, donde en el gobierno de Velasco Alvarado, se generó una situación con unos campesinos que habían sido desalojados de sus campos y se aposentaron en una reserva fiscal que estaba reservada para hacer un barrio residencial. Se ordenó el desalojo por la fuerza pública y en la revuelta murió un poblador; esto dio motivo a la intervención del propio Velasco Alvarado, quien, fue a la villa, escuchó a la delegación de vecinos que estaban encabezados por un médico pediatra, el Dr. Oscar Martínez, y éste le hizo una propuesta que era que la tarea de desarrollo de la comunidad era tan válida como la propuesta de la construcción de un barrio residencial; que se comprometían a respetar en un todo los espacios verdes, las áreas demarcadas, etc.; pero iban a hacer las viviendas en la medida de sus posibilidades. Dicho médico encabezó la comisión vecinal y se encargó de hacer la organización de salud de este nuevo pueblo que se llamó Villa Salvador por el obrero que había muerto en el enfrentamiento. Martínez llevó adelante la tarea de capacitación de los delegados de manzana que tenían un programa de capacitación simple, alrededor del cronograma de vacunación y los

controles de antropometría de los chicos en el primer año; la importancia del papanicolau y los controles que debía hacer una embarazada y dos o tres puntos en relación a la educación sobre el alcoholismo y tabaquismo. Esto fuera de un proyecto revolucionario, porque al contrario, el proyecto de Velazco Alvarado era un proyecto reformista como lo confirma la historia finalmente.

¿La comunidad acepta este nuevo modelo médico? Este es un punto importante porque cuando hablamos de medicina general, medicina de familia es para discutir. Creo que lo peor que le puede ocurrir a este proyecto, es pensar que éste es un especialista nuevo. Hay que recordar que nuestro país no es uniforme, por lo tanto es posible encontrar diferentes tipos de resistencias dentro de las autoridades y de la propia comunidad.

¿Cómo vencer la resistencia de los profesionales? Es muy difícil convencerlos de que no es medicina de segunda. Lo que hay que lograr, es que se entienda que este proyecto de salud no es un concepto contrapuesto con calidad de atención.

¿Un médico general es alguien que sabe un poquito de cada cosa?

Finalmente una enfermera reflexionó sobre la necesidad de la A. P. S. sobre la conformación del equipo de salud destacando la necesidad de democratización del mismo, lo que yo considero fundamental.

Dr. David Pattin. — Quisiera hacer una síntesis que tiene que ver con salud mental. En primer lugar agradecer a los organizadores de estas jornadas. Porque cuando Cohen recordó su participación, tuvo un recuerdo para su actividad delirante respecto a la organización de la CONAMER, en un momento peculiar de la noche más negra que hemos atravesado. Tiempo antes de la llegada de la dictadura, yo y el Dr. Grill y otros que no están por su carácter de desaparecidos, teníamos la "Federación de Médicos y Psicólogos Residentes" y por las calles de Buenos Aires manifestábamos por una medicina gratuita y humanitaria a cargo del Estado y al servicio del pueblo; militábamos con esto y por esto alguno de los residentes desaparecieron, como Graciela Vallejos, que era residente de este hospital.

En lo específico y recalcando lo de Grill, lo que da la clari-

dad de las cosas no son las exposiciones sino las preguntas. Los expositores utilizaron gran parte del tiempo y no dieron espacios a las preguntas.

Ulloa enfatizó lo que tiene que ver con la ternura, el miramiento en la actitud de escuchar al otro. Galli se refirió a las definiciones de salud y participación, pero necesitó un largo tiempo para aclarar términos; como es bastante frecuente en todos aquellos que tienen una formación psicoanalítica; Cohen relató su praxis sin muchas dudas, acerca de la epistemología que está usando. El auditorio, en esta mesa, no tuvo posibilidades de participación. Esto es una autocrítica, ya que uno de los puntos que me interesaba que se desarrolle, es el que tiene que ver con la adquisición y utilización del conocimiento.

Timinesky fue bastante claro en cuanto a que por las características de la demanda de la población de La Matanza, tuvieron que postergar la discusión teórica y se pusieron a una praxis, que desde lo que ellos están trabajando es positivo. Esta mesa redonda ilustró de qué manera esta paralizado en los centros de poder, la realización de acciones concretas en salud mental.

Dr. Wilde Arrue.— A la tarde trataremos de desarrollar algo vinculado a las experiencias de A. P. S. y salud mental. En lo relatado hoy por Camino tuvimos oportunidad de ver cómo a partir de un trabajo que se desarrolló con un enfoque psiquiátrico, estamos hablando de la rehabilitación, en lugar de prevención terciaria. Camino lo refirió curiosamente como prevención cuaternaria. No entendí muy bien en un principio qué podía significar esto para él. Después entré a pensarlo un poco. Una cosa que trasciende los modos habituales, la cosa de la participación, el desarrollo de las asambleas (todo a partir de las dificultades), pero cómo las mismas iban incentivando y cómo a través de la participación se pueden ir dando respuestas.

También me quedó bien claro cuáles son los límites. Esto es lo que surgió con más evidencia, sobre todo al final, cuando relató cómo terminó la experiencia, porque nos ha servido como referente para todos los que trabajamos en el área.

La A. P. S. no puede estar dissociada de la Salud Mental. Toda la sensación de progreso que permanentemente estuvo vigente en estas jornadas, salió a relucir allí. Con respecto a nosotros,

nos gustó cómo se dio la participación, el intercambio y sobre todo las muchas dudas, esas que tenemos todos y que provienen de nuestra inseguridad. Porque este es un camino que tenemos que hacerlo transitando.

Lic. Marcelino Fontán. — Hay un gran tema que estuvo rondando en toda la jornada, ¿qué entendemos por A.P.S.?; y a veces nos atascamos un poco en eso: el rol del médico, el de la comunidad, el equipo de salud, la participación. Y en esto no llegamos a una síntesis, porque son distintas las cosas que se dijeron.

La compañera que relató la experiencia de Colombia dijo que la A.P.S. más que una estrategia de salud, es una estrategia de desarrollo social. Esto abre una polémica: si nos planteamos que es una estrategia de desarrollo social, de desarrollo de la conciencia social, tomando la población y el equipo que trabaja en ella, ambos en un nivel mayor de concentración para plantearse los cambios estructurales que la sociedad necesita. Si lo vemos así, la A.P.S. depende de cada uno de nosotros: hasta dónde llega, hasta dónde escucha, y hasta dónde en la otra parte se ve un proceso. Creo que las mediaciones son muy grandes. Es un proceso muy complicado, con muchas contramarchas, con muchos errores. Me refiero al proceso de participación popular: hay obstáculos fuertes en el equipo de salud en cuanto a lo que cree realmente con respecto a la gente, es decir si se cree que hay capacidad creadora del otro lado o no. No jodamos, en el fondo no creemos nada de esto, no creemos que ellos puedan crear cultura. Básicamente es resolver una cuestión ideológica nuestra que está muy sesgada por un concepto de cultura que en mi opinión fue manejado parcialmente: no tanto por la diferencia étnica sino por la diferencia que marca la clase social distinta a la cual pertenecen los dos. Si nos manejamos por el concepto clásico de cultura, que está marcada por la etnia o si la dificultad está en la división de clases sociales y para esto no hace falta tomar un ejemplo exótico de Africa para verlo, sino que lo vemos en el acto médico en cualquier hospital público acá. Esta relación con el otro, en que somos conscientes de nuestra diferencia social, es lo que creo que condiciona la eficacia de ese acto médico, es decir el tipo de relación que establecemos: si

nosotros tenemos una actitud que tiende a transformar las relaciones sociales o a mantenerlas.

Lo que sucede es que como no creemos en la gente, cuando hablamos de participación popular no admitimos que la gente haga su experiencia y tenga el derecho a equivocarse y a cometer sus propios errores. En mi opinión, hay una subestimación acerca de las posibilidades de la gente de manejar ciertas cosas. Con respecto a la población no hay margen para que ellos puedan aprender de esos errores, cuando todos los programas sociales están plagados de errores. Esto es parte de la superioridad intelectual que nos da nuestra pertenencia a una clase social, a una élite, que pudo estudiar y que está claramente diferenciada.

Dr. Hugo Cohen. — Quiero agradecerle a ustedes por todo este esfuerzo y que se pueda seguir adelante con el compromiso nuestro: que es con la población, con la salud y con todos aquellos que aparecen en los pasillos del hospital y para los que no tenemos receta. No vemos muchas veces las cosas claras, pero sí tenemos un sentimiento compartido: que queremos que cambien muchas cosas.

No puedo hacer un cierre desde el interior porque creo que sería un planteo equivocado. Yo tuve la oportunidad de vivir el centralismo porteño y el interiorismo. Después de haber vivido ambas experiencias, creo que ambas situaciones se dan en todos lados. Creo que hay quienes están sensibilizados con determinada realidad social y quieren algo diferente. En ambos lados hay quienes por algún motivo quieren que la situación siga igual. Entonces no sería adecuado que estemos acá, compartiendo esto que no nos gusta ver, el sufrimiento, y que queremos que realmente haya salud para todos y no en el año 2000, sino mucho antes.

Dr. Jorge Pelegrini. — Yo coincido con lo de Cohen, y como nací en la provincia de Río Negro y soy residente de ella me gustaría recordarle a algunos porteños aquí presentes, a algunos porteños con los cuales tenemos una deuda de gratitud gigantesca los que trabajamos en salud mental. La tenemos con Enrique Pichón Riviere que luchó por cambiar la realidad de los manicomios en la década del 50, con Goldenberg que en la época del 60 hizo

una experiencia gigantesca en el policlínico de Lanús, con Grimson y la experiencia de la comunidad terapéutica y con ese gigante de la lucha por la salud en la Argentina que fue Ramón Carrillo, con ese otro que no estuvo en Buenos Aires y fue Alvarado y que con los pocos medios que tenía fue capaz de hacer lo que hizo en la lucha contra el paludismo, y no quiero seguir mencionando.

Yo creo que tendríamos que empezar a mirarnos para adentro y sobre todo aprender de nuestras propias experiencias. Porque éstas carecen en nuestro país de los medios de comunicación de los cuales gozan todas las experiencias de afuera.

De modo que me parece que hablando desde Gerónima, en quien hay muchos años de mi vida puestos, les voy a repetir una frase que es la única frase que en el libro está entre comillas, pero que no la dijo Gerónima: "No quiero que me den una mano, quiero que me saquen las manos de encima". Eso lo escribí por 1981 y el año pasado una comadre mía se lo escribe en una carta a Cohen y a través de Hugo conozco eso en Bariloche; ¿cuántas vueltas había dado esa frase? Entonces pensé y pienso que nosotros somos simplemente instrumentos y debemos ser instrumentos de un sentir, un pensar y un actuar que sea capaz de fusionarse con el sentir, el pensar y el actuar de nuestro pueblo y nuestra comunidad.

Quisiera dejarles como última cosa una experiencia que hice ayer en estas jornadas: fuera de la reunión conversábamos con una compañera y volví a escuchar una frase que usamos frecuentemente: "cómo nos jodió la cabeza la dictadura"; yo creo que hay que terminar con eso, desde ya, terminar no significa un manto de olvido, sino dejar de hacer análisis unilaterales. Es necesario empezar a aprender de la experiencia de resistencia, de respuesta, de lucha y de superación de ese nefasto período que vivimos, que vivió nuestro país. Porque mientras nosotros nos seguimos quejando de cómo nos jodió la cabeza, las madres de Plaza de Mayo hace ya 10 años que vienen dando vuelta a la pirámide. Y yo digo esto porque en la Patagonia el genocidio empezó antes del 76.

Yo vivo en un lugar del país donde hubo un genocidio sistemático que tuvo el título de "Conquista del desierto", que sig-

nificó la muerte de 30.000 argentinos; 30.000 ahora, 30.000 entonces, pero entonces el país tenía 10 veces menos población y hubo otro genocidio en la Patagonia, que fue en la década del 20: la masacre de los obreros y cuando yo veo a mis hermanos indígenas de la provincia y cuando veo a los obreros rurales, no veo que se duelan por lo que pasó hace 50 o 100 años, sino que se apoyan en las experiencias de unidad, de organización, de resistencia y de lucha para sobrevivir y seguir peleando. Es decir, a mí me parece que sería muy importante que nosotros que trabajamos en salud, pudiéramos mirar para adentro y recordar a nuestros maestros, a los que fueron capaces de fusionar su práctica específica, mucho antes que nosotros, con el sufrimiento colectivo y que además empezáramos a aprender, como ha hecho nuestra población, o sea esos sectores marginados, castigados, humillados y explotados, para seguir adelante, para seguir construyendo su esperanza, como han hecho para darnos esta lección de hace una semana (Semana Santa 87). Y en verdad creo que cuando reflexionemos sobre estos 10 últimos años, vamos a hablar de nuestros desaparecidos, pero también vamos a hablar de aquellos que aparecieron a pelear y a darnos la posibilidad de hablar y pensar como en estas jornadas; y de descubrir que en el interior y en la Capital hay muchas experiencias en las cuales debemos apoyarnos. Es muy importante escuchar las experiencias que nosotros hemos protagonizado, porque son las más adaptadas a nuestra realidad.

No hay Río Negro; no hay Buenos Aires; hay un país que lo tenemos que sacar adelante entre todos.

INDICE

	<i>Pág.</i>
Prólogo	5
Discurso inaugural a cargo del Sr. Secretario de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires (M. C. B. A.), Dr. Juan Carlos Veronelli	7
Definición de Atención Primaria (mesa redonda)	13
Ayer y hoy del trabajo comunitario en salud de los profesionales del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (mesa redonda)	41
Experiencia en la Provincia de Neuquén	61
Grupos de trabajo	89
Declaración de Alma-Ata (texto seleccionado)	97
Guía bibliográfica sobre Atención Primaria de Salud	103
Participación popular en salud (mesa redonda)	105
Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina. - Susana Belmartino y Carlos Bloch (texto seleccionado).	131
Guía bibliográfica sobre participación popular en salud	165
Experiencia de A. P. S. en Ingeniero Juárez (Provincia de Formosa)	167
La Facultad de Medicina en la formación del pregrado (ponencia)	181
Modelo Médico Hegemónico (ponencia)	197
Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. - Eduardo L. Menéndez (texto seleccionado)	213
La formación del recurso humano en salud dentro de la es-	

	<i>Pág.</i>
trategia de la Atención Primaria de la Salud (mesa redonda)	231
Cientificismo y dependencia. Su influencia en la enseñanza y la práctica de la medicina. - Mario Testa (texto seleccionado)	257
El desarrollo de recursos humanos en las Américas. - Carlos Vidal (Primera Parte) (texto seleccionado) . . .	293
El desarrollo de recursos humanos y el plan de acción. - Carlos Vidal (Segunda Parte) (texto seleccionado)	321
Guía bibliográfica sobre la formación de recursos humanos y A. P. S.	333
Discusión de un caso asistencial del Centro de Salud del Barrio San Pedro (La Matanza)	335
Grupos de trabajo sobre los temas tratados hasta el momento. Guía de discusión	341
Salud Mental y Atención Primaria (mesa redonda) . . .	349
Exposición de experiencias en Salud Mental (ponencias)	387
Fundamentos para una práctica y una docencia transformadoras en el campo de la Salud Mental. - Sylvia Ber- man (texto seleccionado)	409
La crisis del modelo médico en psiquiatría. - Emiliano Galende (texto seleccionado)	425
Guía bibliográfica sobre Salud Mental y Atención Primaria	443
Análisis de la situación sanitaria argentina. Evolución histórica (mesa redonda)	447
Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. - Juan César García (texto seleccionado)	485
Corrientes de pensamiento en la Salud Pública Argentina. - José Carlos Escudero (texto seleccionado)	521
Guía bibliográfica sobre la evolución histórica de la salud pública en la Argentina	533
Grupos de trabajo	537

Pág.

Relato de la experiencia en el control de la mujer embarazada en el barrio de San Pedro, La Matanza (Provincia de Buenos Aires)	545
Atención Primaria de la Salud en otros países (mesa redonda)	559
Mesa: Gasto en Salud	583
La industria farmacéutica internacional y la salud de la población mundial. - Thomas S. Bodenheimer (texto seleccionado)	605
Organización y comportamiento de los mercados prestadores: una propuesta metodológica para el estudio del funcionamiento del sector salud. - Jorge Katz y col. (texto seleccionado)	637
La mortalidad y la relación Norte-Sur. - José Carlos Escudero (texto seleccionado)	657
Guía bibliográfica sobre economía y salud	669
Plenario integrador de las jornadas	673