

has



Curso

**INVESTIGACION EN
SALUD MENTAL**

Córdoba, 1991

S E M I N A R I O I

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Escuela de Salud Pública**

CURSO DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

SEMINARIO I

Introducción a la Problemática de Investigación en Salud Mental en Argentina

PROGRAMA

VIERNES 30 DE AGOSTO DE 1991

- 9.45 hs ACTO INAUGURAL
Palabras del Director del Curso. Dr. Rubén Ferro
Palabras del Subsecretario de Acción Sanitaria de la
Provincia: Dr. Fernando Bringas Aguiar
Palabras del Director Ejecutivo de la Escuela de Salud
Pública: Dr. Luis César Abed
- 10.45 hs CIENCIAS SOCIALES Y SALUD EN ARGENTINA.
Problemas y perspectivas. Evolución del concepto de salud-enfermedad en el tiempo. Sus determinaciones histórico-sociales y científicas.

Conferencia a cargo del Dr. Luis César Abed
- 12.30 hs RECESO
- 15.00 hs PRESENTACION DEL CURSO
Presentación de alumnos y docentes. Presentación del programa del Curso. Contexto argentino y sudamericano

Coordinación: Dr. Rubén Oscar Ferro.
- 17.00 hs LA EXPERIENCIA ARGENTINA EN SALUD MENTAL.
Informe de una investigación. Los objetivos. Los marcos. Los métodos. Los resultados: líneas de desarrollo, programa federal, los alcances, las realizaciones en la Provincia de Río Negro. Reflexiones sobre la producción de conocimientos en el campo de la salud mental.

Conferencia a cargo del Dr. Rubén Ferro y la Lic. Silvana Malvárez
- 18.30 hs DEBATE PLENARIO

SABADO 31 DE AGOSTO DE 1991

- 9.30 hs CIENCIA E IDEOLOGIA
Colonialismo cultural y ciencia. Ciencia. Ideología. Criterios de definición. Conceptos. Ciencia: mito y realidad. Porqué no investigamos?. Los números de la ciencia.

Conferencia a cargo de la Lic. Silvana Malvárez.
- 10.45 hs TRABAJO GRUPAL
- 12.00 hs PLENARIO
- 13.00 hs RECESO
- 15.00 hs RECONSTRUCCION PARTICIPATIVA DEL PROGRAMA DEL CURSO
Análisis. Discusión del programa y propuesta. Elección de coordinadores-alumnos. Discusión en grupos
- 16.30 hs PLENARIO
- 17.30 hs EL PROBLEMA DEL CONOCIMIENTO
A cerca del "factor C" y el "factor RC". Conocimiento y poder. El valor y la validación del saber. La mentira, la corrupción y la casualidad en la construcción del conocimiento. Categorías analíticas, conceptos operacionales y operaciones

Conferencia a cargo del Dr. Rubén Oscar Ferro
- 18.30 hs EVALUACION DEL SEMINARIO Y CIERRE

Coordinación: Equipo docente

CURSO DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

DIRECCION EJECUTIVA

Dr. Luis César Abed

DIRECCION DOCENTE

Dr. Rubén Oscar Ferro
Lic. Silvina Malvárez

COORDINACION

Lic. Rubén Castro Toschi
Dra. Nidia Fernández
Dra. Teresa Ragno

DOCENTES

Dr. Mario Testa
Dr. Rubén Oscar Ferro
Lic. Silvina Malvárez
Dr. Vicente Angel Galli
Dr. Luis César Abed
Lic. Nidia Fernández
Lic. Sandra María Sales Fagundes
Prof. Alma Carrasco
Dr. Dalvo Oliveira
Dra. Teresa Ragno
Invitados Especiales

SECRETARIA

Sra. Mercedes Salas

ASISTENCIA DE SERVICIOS

Sr. Jesús del Valle

CURSO DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

SEMINARIO I

BIBLIOGRAFIA

DUARTE NUNES, EVERARDO. "Tendencias y perspectivas de las investigaciones en ciencias sociales en salud en América Latina". Del libro Duarte Nunes, E. "Ciencias sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas". OPS/OSP/OMS/CIESU. Montevideo, 1986. Pág. 33 a 83.

ESCUADERO, JOSE. MENENDEZ, EDUARDO. MERCER, HUGO. SAMAJA, JUAN Y MARGULIES, SUSANA. "Ciencias sociales y salud". Del libro "Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud". Bs. As., 1988. Pág. 532 a 556.

GARCIA, JUAN CESAR. "Juan César García entrevista a Juan César García". Del Libro "Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud". Bs. As. 1988. Pág. 558 a 564.

TESTA, MARIO. "Cuál ciencia?" y "Ciencias sociales y salud en Argentina". Del Libro de Testa, M. "Pensar en Salud". OPS/OSP/OMS Bs. As., 1989. Pág. 15 a 36 y 161 a 181 respectivamente.

MALVAREZ, SILVINA Y FERRO RUBEN. "Investigación en salud mental: proposiciones para su desarrollo". Inédito. Córdoba, 1991.

GALLI, VICENTE. "Prioridades de investigación en salud mental". Del libro "Primer Seminario Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud". SECYT. Min. Educación y Justicia de la Nación. Area de Estudios e Investigaciones en Ciencias Sociales para la Salud. Bs. As. 1986.

TOFFLER, ALVIN. "Músculos, dinero y mente". "Conocimiento: una riqueza hecha de símbolos". "El factor C mundial". "Supuestos". Del libro de Toffler, A. "El Cambio del Poder". Plaza & Jane Editores. Barcelona, 1990. Pág. 35 a 44, 87 a 96, 451 a 456 y 543 a 546, respectivamente.

REVEL, JEAN FRANCOIS. "La resistencia a la información". "Envío. Hermanos humanos que viviréis después de nosotros". Del libro de Revel, J. F. "El Conocimiento Inútil". Planeta. México, 1989. Pág. 9 a 15 y 341 a 343 respectivamente.

PEREZ LINDO, AUGUSTO. "Contra el conocimiento". Bs. As., Julio de 1991.

GALEANO, EDUARDO. "El encubrimiento de América". Brecha. Montevideo, Octubre de 1990. Pág. 15 a 16.

FERRO, RUBEN Y MALVAREZ, SILVINA. "Enfermero Pussin: reflexiones sobre un silencio en la historia de las ideas psiquiátricas". Revista Argentina de Enfermería. No. 28. Bs. As. Julio de 1991.

EVERARDO DUARTE NUNES
Editor

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD EN LA AMERICA LATINA TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Presentación
Juan César García

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
CIESU

1986

TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LAS INVESTIGACIONES EN CIENCIAS SOCIALES EN SALUD EN AMERICA LATINA: UNA VISION GENERAL*

Everardo Duarte Nunes

I. INTRODUCCION

1. Consideraciones generales

Hoy en día se da por sentado que las ciencias sociales desempeñan una función importante en los asuntos de salud, y son muchas las formas que existen para comprobarlo. Este reconocimiento se aplica universalmente, y tanto en las actividades de enseñanza como de investigación y en la aplicación directa a diferentes sectores de los servicios de salud, la presencia del científico social y de su instrumental metodológico se ha ampliado mucho en los tres últimos decenios. Eso no significa que la discusión sobre el tema de las relaciones de las ciencias sociales con la salud y la medicina haya terminado. El mismo aspecto dinámico de la producción y la difusión del conocimiento da origen continuamente a interrogantes y abre el camino para nuevas propuestas. Por tanto, como consecuencia directa del propio desarrollo del sector, la búsqueda de la comprensión de las tendencias y perspectivas se ha convertido en una experiencia profundamente enriquecedora dentro de la dimensión de sus fundamentos y posibilidades.

Dentro de la multiplicidad de aspectos que rodean y determinan la dirección de un campo del conocimiento, la investigación representa un asunto básico. Por ende, la oportunidad de reunir a un grupo de especialistas que pueda discutir y analizar profundamente esa cuestión tiene, de momento, la mayor importancia. Como se demostrará en este documento, esta evaluación sigue un camino abierto en reuniones anteriores donde se ha venido estudiando continuamente tanto la enseñanza como la investigación sobre ciencias sociales. Como indicó el Comité Asesor de Investigaciones sobre Ciencias Sociales de la OPS en la reunión celebrada en San José:

* Documento Básico preparado por el Dr. Everardo D. Nunes, Consultor, OPS/OMS, para la Reunión realizada en Cuenca, Ecuador, del 29 de noviembre al 2 de diciembre de 1983.

Costa Rica, en 1980, en el campo de las investigaciones sobre ciencias sociales se pretende alcanzar dos objetivos:

“(i) consolidar lo que se ha hecho, y (ii) tomar las medidas necesarias, realizando inclusive un *análisis crítico* de las investigaciones sobre ciencias sociales relativas a *problemas de salud específicos*”.

En el documento se afirma además que:

“Estas medidas trascenderán y beneficiarán a todas las naciones miembros puesto que ninguna dispone de los medios para emprender una evaluación comparativa de esa índole y, en algunos casos, ésta no podrá efectuarse por otras razones. La consolidación y el análisis crítico que exigen las recomendaciones de este informe no resolverían algunos de los dilemas que caracterizan a este campo en la actualidad, pero proporcionarían un punto de referencia más sólido para determinar los medios y las condiciones para establecer formas más eficaces de suministrar asistencia a las investigaciones sobre salud en el campo de las ciencias sociales”.¹

No constituye ninguna novedad la afirmación de que en el propio origen de la sociología, dentro de distintas formulaciones sobre la sociedad, se encuentra también el origen de una preocupación por los problemas de salud, considerados especialmente dentro del marco de las transformaciones socioeconómicas ocurridas al surgir el capitalismo en los países europeos. En el análisis de las condiciones de vida a partir del siglo XVII, efectuado por pensadores, reformadores y políticos por motivos políticos e ideológicos, valiéndose inclusive de informaciones empíricas, se irá a considerar la dimensión del aspecto social en un esfuerzo por comprender los aspectos básicos de la salud y la enfermedad. La preocupación por el aspecto social en lo que respecta a la salud y la enfermedad se remonta a los primeros intentos por comprender la función del Estado en la provisión de recursos y en la organización y el funcionamiento de las instituciones de atención de salud.

Se ha comprobado también que la adhesión a un modelo de explicación en el que se considere el aspecto social no ha sido lineal y se ha caracterizado por períodos de mayor o menor intensidad y expansión.

Por otra parte, se ha comprobado que los caminos que ha recorrido el conocimiento relativo a las cuestiones de salud estuvieron sujetos a un condicionamiento histórico y que la situación de su desarrollo es diferente en los países europeos, los Estados Unidos, el Canadá y los países latinoamericanos. Las condiciones en que surge un campo específico del saber tendiente a explicar el aspecto social en la determinación de los procesos patológicos y las prácticas de salud están vinculadas a los procesos estructurales de las sociedades y determinan sus características, extensión y posibilidades. La propia denominación de ese campo reflejará sus factores ideológicos condicionantes; la sociología médica, la sociología *en la medicina*, la sociología *de la medicina*, las ciencias del comportamiento, las ciencias sociales aplicadas a la medicina, la medicina social y la sociología de la salud, para citar los más

comunes. Muchas veces, por falta de límites claros o de un contenido preciso, las denominaciones se amplían demasiado, o caracterizan determinados aspectos o subdividen otros. Aparecen “nuevos” campos como la sociobiología, la epidemiología social y la economía política de la salud.

Por consiguiente, si la preocupación por el aspecto social tiene desde hace mucho tiempo un lugar seguro dentro del concepto de la salud, esa garantía no ha sido ni es uniforme, ni continua, ni está libre de barreras y conflictos. Aún más, en muchos casos ese saber se convierte en una línea evidente de dependencia, ya sea en términos de determinados campos del conocimiento y de sus modelos respectivos, particularmente de las ciencias biológicas (por ejemplo, la multicausalidad para explicar el proceso de salud-enfermedad; la historia natural de la enfermedad) y de las ciencias matemáticas (modelos de cuantificación); o en términos de una práctica definida por la medicina (por ejemplo, atención médica integral, medicina de la comunidad, atención médica primaria, integración docente-asistencial); o en términos de la dominación de los países desarrollados frente a los menos adelantados (trasplante de modelos de enseñanza e investigación).

Se podría subrayar de nuevo tanto el carácter histórico como estructural del conocimiento. Sólo de esa forma y reconociendo su relativa autonomía se podrá analizar la constitución y el desarrollo de las ciencias sociales aplicadas a la salud. Es fundamental considerarlas desde un punto de vista universal pero ello está fuera de nuestros objetivos y, por ende, nuestra principal tarea consiste en analizarlas dentro del medio latinoamericano. Lógicamente, como se expresó antes, no se puede desvincular su aparición, sus tendencias y perspectivas, de un cuadro general. Por una parte, ello comprueba su vinculación a un cuadro teórico que se sale de los límites geográficos pero, por otra, destaca la especificidad de sus preocupaciones cuando se refieren particularmente al modo de producción y a las peculiaridades de la formación socioeconómica existente.

En resumen, se trata de proceder a un análisis histórico-estructural de las ciencias sociales aplicadas a la salud. Para ello es básico el criterio diacrónico, tanto para percibir el campo en su totalidad como los sectores y disciplinas específicos, el tema investigado, la función de las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales y la vinculación con otros campos del conocimiento médico.

En este momento no hay posibilidades de profundizar en todos esos aspectos y algunos se citan sólo a manera de indicación; sin embargo, como a este documento básico se anexarán las contribuciones recibidas de diversos autores y lugares, será posible completar la concepción de este campo en un intento por ofrecer un cuadro amplio y analítico de la situación de las ciencias sociales aplicadas a la salud en la América Latina.

2. Principales fuentes de información

Mediante el uso de diversas fuentes se puede acompañar el desarrollo de un campo del conocimiento, desde la preparación de los trabajos iniciales hasta la de los documentos oficiales que definen la política de trabajo. Cuando esos documen-

tos presentan datos históricos o contenidos programáticos ofrecen mayores posibilidades de empleo en la reconstitución del campo correspondiente, especialmente cuando se utilizan como suplemento de las discusiones de especialistas. Sin duda, los trabajos iniciales constituyen la fuente más rica de posibilidades analíticas, y se emplearán siempre que sea posible. A esos documentos se suman los análisis bibliográficos y las bibliografías especializadas propiamente dichas.

II. TENDENCIAS

1. La salud y la medicina como objeto de estudio de las ciencias sociales en América Latina

En varias ocasiones se ha señalado que el empleo de la salud y la medicina como objeto de estudio de las ciencias sociales es de origen reciente en los países latinoamericanos. Realmente, en términos de un análisis más detallado, sería un hecho ocurrido hace unos 30 años, como máximo.

Desde el punto de vista histórico, hay tres períodos en lo que respecta a instituciones de investigación en salud en América Latina: el primero se extiende desde finales del siglo XIX hasta 1930; el segundo de 1930 hasta 1950 y el tercero se inicia en el decenio de los años 60. Teniendo en cuenta que las prácticas aplicadas en el campo de la salud y la investigación mantienen relaciones recíprocas con la estructura social y dan origen a clases específicas de estudios, la división por períodos pondrá de manifiesto varios aspectos fundamentales pues, "Los cambios en las instituciones de la salud reflejan los cambios en la estructura social y lo mismo parece ocurrir con la investigación científica en salud. De 1880 a 1930 surge la investigación bacteriológica y parasitológica ligada a los problemas de la producción agroexportadora. De 1930 a 1950 se desarrolla la investigación básica y clínica conectada con el crecimiento hospitalario impulsado por la industrialización. A partir de 1950 y especialmente a partir de 1970 se observa un renacimiento de la medicina tropical consonante con el nuevo interés por la producción agroganadera y los estudios sobre los servicios de salud impulsados por la necesidad de racionalizar el sector, frente a la disminución de los gastos estatales en salud."²

En resumen, el primer período se caracteriza por investigación principalmente en el campo de la higiene, auspiciada por el Estado y realizada en instituciones que funcionan empleando como modelo los grandes institutos europeos. En ese período es evidente el predominio de las investigaciones sobre enfermedades tropicales. García afirma que: "Los cambios en los temas de estudio y en la importancia asignada a las diferentes disciplinas médicas parecieran coincidir con diferentes fases del desarrollo de la medicina estatal. Así, en el primer tercio de este siglo la sanidad se presenta como la acción de mayor vitalidad, mientras la atención médica sólo se convierte en dominante a partir de 1940. Estos fenómenos indicarían que existe una correspondencia entre la práctica médica y la investigación."²

Es importante verificar que, como ya se había indicado, la preocupación por el aspecto social es relativamente reciente pues los adelantos de la bacteriología

ocultaron por un largo período los factores sociales y ecológicos. Cabe recordar que en Europa, los adelantos de la bacteriología causaron la suspensión del empleo de criterios sociales para resolver los problemas de salud, que se venían aplicando tradicionalmente y comprendían desde la "policía médica", practicada especialmente en Alemania, hasta la llamada "medicina urbana", en Francia y el sanitarismo, en Inglaterra. La llamada 'revolución científica' de la medicina ocasionada por los descubrimientos de la bacteriología llevaría a Behring a afirmar a finales del siglo XIX (1893) que el estudio de las enfermedades infecciosas podría proseguir con rumbo fijo a partir de esos descubrimientos sin ser desviado por consideraciones sociales ni reflexiones sobre política social. Sin embargo, tanto en los países europeos como en los latinoamericanos, cesaron o se atrasaron los adelantos en relación con el aspecto social. Fueron estos descubrimientos y los que ocurrieron durante las primeras décadas de este siglo, los que fijaron las bases que más tarde se convertirían en puntos de referencia en materia de medicina, no sólo en los países más adelantados sino también en los países latinoamericanos: (1) la lucha decisiva y eficaz contra las enfermedades agudas por medio de inmunización y tratamiento; (2) la centralización en las enfermedades biológicamente definidas; (3) el optimismo respecto a la posibilidad de erradicación de todas las enfermedades; (4) la reorganización de la enseñanza médica y la institucionalización del movimiento científico (lograda en Estados Unidos con el Informe Flexner, que tuvo repercusiones en otros países).

No hay razón para discutir los adelantos en materia de conocimientos relativos a las causas de las enfermedades, generados por el descubrimiento de agentes etiológicos específicos. Se coloca en el plano del conocimiento, no obstante, la postergación de algunos conceptos que se venían explorando antes del advenimiento de la bacteriología, por ejemplo, el de subrayar la salud como problema social y el de determinar los factores sociales y económicos que tienen repercusiones importantes para la salud y la enfermedad. Sólo después de un intervalo de algunos años y cuando amplios segmentos de la población estaban en precarias condiciones de salud (a finales del siglo XIX y comienzos del XX) y se mantenían ideales propios en el campo de la bacteriología con respecto a la enfermedad, se comenzaron a considerar de nuevo los aspectos sociales de la enfermedad (sirve de ejemplo el trabajo realizado por Michael M. Davis, Henry Sigerist, Bernhardt Stern, alrededor de los años 30 y más precisamente en el decenio de los 40, después de la Segunda Guerra Mundial). Según algunos autores, este período marcó el comienzo de la convergencia de las ciencias sociales y las ciencias de la salud en los países desarrollados para producir lo que se llamaría la sociología médica. Esa convergencia fue posible por los siguientes motivos: (1) las enfermedades transmisibles graves estaban bajo control relativamente eficaz y las enfermedades crónicas y otras no infecciosas pasaron a ser objeto de atención; (2) los cambios demográficos ocurridos con el envejecimiento de la población; (3) la necesidad de conocer el funcionamiento del hospital al centralizarse en esta la atención médica. En lo que respecta a las ciencias sociales, en el período de la posguerra surgió un nuevo campo de interés relativo al estudio de las profesiones, las organizaciones oficiales y la percepción de actitudes y patrones culturales.³

De esa forma se inicia una valorización del aspecto social impulsada, en el caso de los países latinoamericanos, a partir de los años 50, inclusive, por las propuestas de reformas de la educación médica.

En lo que respecta a producción científica, aunque se disponía de ciertas bibliografías organizadas, faltaba un concepto más completo de la situación. Hoy en día se dispone de este gracias a un trabajo realizado por la OPS⁴ que constituye hasta la fecha la revisión más completa del asunto.

En 1980, el Comité Asesor de Investigaciones sobre Ciencias Sociales presentó un análisis utilizando cerca de 1300 referencias recogidas por OPS. Las referencias se obtuvieron en consultas con investigadores e instituciones que trabajan en ese campo y en el examen de un cierto número de publicaciones periódicas sobre ciencias sociales y medicina. Los criterios para su incorporación en la lista se basaron en la utilización de variables sociales por parte de los investigadores. La clasificación básica de la producción dividió la temática en cuatro temas principales: (i) Medicina Tradicional; (ii) Servicios de Salud; (iii) Proceso Salud-Enfermedad; (iv) Formación de Recursos Humanos.

En nuestro trabajo adoptamos dicha división, basando el análisis en 1.663 referencias (del total de 1674 fueron excluidas 11 referencias, de las cuales 7 no tenían fecha y 4 estaban fechadas en 1980).

El primer aspecto que se debe destacar es el volumen de información. Entre 1950 y 1979 se registró un aumento constante del número de referencias en esos campos con un número superior a 1000 en el decenio de 70-79. Este aumento ocurrió en todas las categorías, si bien la representatividad de cada una ha sufrido variaciones en esos treinta años. Así, la Medicina Tradicional, que tiene una expresiva superioridad en relación a las otras categorías en las dos primeras décadas, será substituida, en los años 70, por los Servicios de Salud, con 36% de la producción. El Proceso Salud-Enfermedad conserva el segundo lugar durante todo el período, pero en los años 70 con un expresivo porcentaje de 30%. En la categoría Formación de Recursos Humanos ocurrió una disminución en los años 70; la cifra de 21%, de 1960-69, baja a 13,3%.

TABLA 1 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LA "BIBLIOGRAFIA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD", SEGUN CUATRO CATEGORIAS DE TEMAS Y FECHA DE PUBLICACION. PERIODO: 1950-1979.

CATEGORIAS	AÑO DE PUBLICACION		1950-59		1960-69		1970-79		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Medicina Tradicional	74	44,0	158	33,5*	213	20,8	445	26,8		
Servicios de Salud	41	24,4	101	21,4	365	35,7	507	30,5		
Proceso Salud-Enfermedad	46	27,4	114	24,1	309	30,2	469	28,2		
Formación Recursos Humanos	07	4,2	99	21,0	136	13,3	242	14,5		
Total	168	100,0	472	100,0	1023	100,0	1663*	100,0		

FUENTE: Bibliografía Latinoamericana de Ciencias Sociales aplicada a Salud. OPAS/OMS, s.f.

* Excluidas 11 referencias: 7 s.f. y 4 fechadas en 1980.

La división por temas es importante porque permite visualizar la frecuencia de los mismos y su evolución con el tiempo y, por ende, considerarlos en relación con otros campos del conocimiento, los aspectos metodológicos más destacados y los sesgos ideológicos. En relación a la *Medicina Tradicional*, campo favorito de la Antropología, se observa que su presencia tiende a volverse menos expresiva, especialmente a partir de 1970. En general, se ha observado que hasta el decenio de los años 50 el criterio culturalista marcó la tónica de las investigaciones antropológicas. Los estudios transculturales sirven para comparar los valores, las actitudes y los patrones culturales de los países desarrollados y menos adelantados. Por basarse en el concepto del "atraso cultural", entre otros, del discontinuo rural-urbano y de sociedades polarizantes sagradas y seculares, los estudios se han considerado necesarios para llegar a conocer las barreras existentes para la comunicación y la difusión de las medidas de salud.

El tema de la *medicina tradicional* incluye una gran diversidad de asuntos, desde los aspectos mágicos de cura, las plantas medicinales y los curanderos hasta los estudios de comunidades cuyos aspectos de salud-enfermedad se describen y son algunas veces analizados.

Como se indicó anteriormente, los años 50 se caracterizan por investigaciones destinadas a ofrecer una visión dualista del mundo: lo primitivo y lo desarrollado, lo irracional y lo racional, lo mágico y lo científico.

Por otra parte, es preciso determinar la clase de contribución que ofrecen esos estudios.

"Las contribuciones de estos estudios fueron importantes. Aportaron información sobre prácticas y creencias culturales en cuanto a salud y enfermedad, y sobre la distribución de ciertas enfermedades en las poblaciones indígenas. Por otra parte, estas investigaciones significaron un estímulo y una guía para el personal de salud que consideraba a los aspectos sociales como significativos en la explicación del proceso salud-enfermedad. La metodología antropológica del estudio de la comunidad fue incorporada en la práctica de los estudiantes en muchas escuelas de medicina de América Latina. Sin embargo, en la década de los 60 se hizo evidente que algunas de las limitaciones de este enfoque microanalítico y descriptivo de las pequeñas comunidades rurales no permitían hacer inferencias sobre la realidad nacional ni sobre la organización del sistema de salud".¹

Si en el decenio de los años 50 se procuró reconstruir con los estudios la realidad social, sus usos, costumbres, mitos y leyendas mediante observación directa y participante, según los moldes de la antropología funcional, en los años 60 se introdujo el criterio de la fenomenología, en el que el conocimiento constituye no sólo una experiencia subjetiva sino también arbitraria de los grupos dominantes: "Para la fenomenología la verdad es siempre relativa y social y por ello el conocimiento científico se considera como la experiencia subjetiva de una comunidad de participantes en una cultura determinada y, por consiguiente, tan válida y 'verdadera' como la experiencia subjetiva del Shamanismo, del curanderismo o de la meditación

trascendental".⁵ Por reducir los acontecimientos sociales a esas experiencias inmediatas, prescinde de la existencia de los fenómenos estructurales y la niega, como afirma García.

En algunos estudios efectuados más recientemente se procura comprender mejor los llamados 'agentes de cura popular' analizando no sólo sus funciones sino verificando cómo se produce el fenómeno de la enfermedad y cura popular, vinculándolo con el sistema de salud y la religión predominantes, y como lo utilizan las distintas clases sociales.⁶ Pocos estudios procuran analizar los cambios ocurridos en los sistemas de cura popular, en la medida en que se han desarrollado formas capitalistas de trabajo en los locales en donde existían esas prácticas.

En términos generales, el conocimiento de carácter antropológico tiene sus raíces en los trabajos de folkloristas y viajeros y la información obtenida en el período en cuestión, que no tenía por fin una sistematización, reveló la manera de vivir, especialmente, de las poblaciones indígenas. Con las posibilidades de formación universitaria surge el antropólogo con formación profesional, que ahora dispondrá del instrumental necesario para sus investigaciones metodológicamente orientadas. A partir de entonces, los antropólogos pasan a estudiar, además de las comunidades indígenas, las comunidades rurales y en muchos casos esos estudios se destinan a poner en marcha proyectos de actuación (en el decenio de los años 60 estos consistieron en proyectos de desarrollo y organización de comunidades). Solo recientemente se ha convertido la problemática urbana en objeto de interés para algunos estudiosos. La salud-enfermedad será motivo de diversas clases de atención en distintas ocasiones. En la actualidad, existen dos proyectos que recalcan la importancia de la participación del antropólogo: la atención primaria de salud y la valorización de la medicina tradicional, para cuya producción de conocimientos se espera que ese científico social haya acumulado experiencias y encontrado formas de abordar la realidad. En ese sentido, opinamos que el aspecto cultural, que es su elemento central, no se puede considerar en forma autónoma, como ocurrió en gran parte de las investigaciones realizadas, particularmente en el sector de salud.

El tema que se citaría con mayor frecuencia en el decenio de los años 70 en materia de investigaciones se refiere a los *Servicios de Salud*. La investigación sobre este tema pasa de cerca de 22% en 1960-69 a 36% en 1970-79.

Cabe destacar, no obstante que:

"El dominio de la antropología, durante la década de los 50 en el campo de las ciencias sociales aplicadas a salud en América Latina, hace difícil diferenciar bien lo que constituye medicina tradicional y práctica médica ya que bajo este último rubro se incluyen los estudios sobre obstáculos a la introducción de la medicina científica moderna".¹

Ya se hicieron los comentarios relativos a este aspecto y, en general, las investigaciones sirvieron para introducir medidas sanitarias por intermedio del auxilio prestado por los organismos internacionales.

"En varias ocasiones y en distintos lugares durante el período correspondiente a la última generación, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID) (y las organizaciones precursoras) ha permitido que el personal de salud y los investigadores de las ciencias del comportamiento exploren conjuntamente la forma como se puede usar el conocimiento adquirido sobre la organización social y las modalidades culturales de los grupos destinatarios, que son los receptores de los servicios de salud, para ayudar a planificar y manejar esos servicios"⁷

Volviendo a la Bibliografía Latinoamericana se nota que la clasificación *Servicios de Salud* tiene una distribución cuantitativa variable de temas secundarios. En consecuencia, para efectos de una primera aproximación calculamos los porcentajes que aparecen a continuación. Hay 509 artículos en total (esa cifra es muy superior a los 326 artículos notificados cuando se preparó el informe ACMR/80).¹

CUADRO 1 - TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORÍA SERVICIOS DE SALUD. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFÍA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD".

TEMAS SECUNDARIOS		
Medicina y Sociedad	94	18,5
Análisis Histórico	90	17,7
Medicina Estatal	98	19,2
Medicina Privada	01	0,2
Medicina Primaria	69	13,6
Atención Secundaria y Terciaria	50	9,8
Insumos para Servicios de Salud	12	2,4
Programas de Salud	55	10,8
Mercado de Trabajo y Profesiones de la Salud	21	4,1
Conducta de la Población frente a los Servicios de Salud	19	3,7
TOTAL	509*	100,0

* Incluye dos referencias fechadas en 1980.

Obviamente estos trabajos no representan la totalidad del campo ni de los temas secundarios, hecho reconocido por los propios autores de la Bibliografía. Por tanto, es probable que varios sectores no estén bien representados por falta de información.

El contenido general de la clasificación *Medicina y Sociedad* abarca las publicaciones teóricas y metodológicas relativas a las formas de vinculación de la práctica médica con la práctica social. El 43% de las publicaciones analizadas se escribió en la segunda mitad de los años 70 y tuvo como base teórica un enfoque histórico-estructural. Esa base teórica surgió al reconocerse la fragilidad, la incorrección y la fragmentación con que se venían analizando las relaciones de la salud con la sociedad. Esta reflexión crítica sobre la medicina en los países latinoamericanos fue una respuesta a cuatro grupos de hechos:

- a) se observa que la pertenencia de clase explica mucho mejor que cualquier factor biológico la distribución de la enfermedad en la población y el tipo de patología que predomina;
- b) la suposición "desarrollista" de que las condiciones de salud colectiva mejorarían, como resultado automático del crecimiento económico;
- c) el desarrollo de la atención médica hospitalaria tampoco ha implicado un avance sustancial en la salud de los grupos cubiertos por ella;
- d) la distribución de estos servicios entre los diferentes grupos y clases sociales —que está en relación inversa a las necesidades de cada uno— indica que no depende de consideraciones técnicas y científicas, sino principalmente de consideraciones económicas, políticas e ideológicas".⁸

En términos teóricos, la principal crítica recae sobre la sociología médica funcionalista que, desde los años 50, tuvo en Talcott Parsons su mayor representante. Parsons analizó la práctica médica en su tratado general sobre los sistemas sociales. Las críticas al funcionalismo se concentrarían en "las limitaciones explicativas, los sesgos ideológicos y la parcialización de la realidad estudiada", como se indica en el documento de 1972 en el que se agrega:

"Las consecuencias teóricas de esa integración son que la sociología médica, entendida esta como la aplicación del análisis funcionalista a los problemas de salud, ha contribuido a una concepción estática de dichos problemas y a una descripción formalista de la relación entre dichos problemas y otras esferas de los procesos productivos en general. En estas condiciones, la salud aparece como un valor, como una función y como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social".⁹

Este nuevo análisis de la cuestión de salud la coloca dentro de marcos teóricos y metodológicos que se alejan de los usados hasta entonces.

En general, las interpretaciones de la relación existente entre la medicina y la sociedad se basaban especialmente en el análisis del hospital, las funciones del personal y las relaciones y los conflictos entre los profesionales médicos y no médicos.

Como se indicó anteriormente, las investigaciones realizadas bajo un nuevo enfoque fueron aumentando en los años 70 y, sin pretender agotar las contribuciones y temiendo excluir algunos trabajos importantes, a continuación presentamos algunas investigaciones características.

Se estudió exhaustivamente la medicina preventiva, la forma como surgió en América Latina, su contenido y práctica y básicamente las funciones desempeñadas tanto en la educación médica como en la práctica social de la medicina. Al mismo tiempo se analizó la relación existente entre el trabajo médico y el establecimiento de valores y su función respecto de las modificaciones que introduce el capitalismo monopolista en esas relaciones. La medicina preventiva se caracteriza como "una disciplina tapón", es decir, una disciplina que como otras intenta elaborar una propuesta de solución a las contradicciones que enfrenta la medicina pero que, al no alcanzar esa solución en la práctica, permanece en el mundo de las representaciones como una solución ilusoria.¹⁰

La medicina comunitaria fue uno de los temas objeto de varios análisis críticos. Sus orígenes en lo que respecta a las prácticas médicas "sociales" tendrían un carácter notoriamente ideológico, marcarían un nuevo período de "policía médica" o sea un período en que los objetivos de poder y legitimación eran análogos a los de los programas realizados en los estados absolutistas europeos de la fase anterior al capitalismo. Tanto la extensión de servicios como las prácticas simplificadas constituirían una forma de manipulación, control y ordenamiento de la comunidad.¹¹ Aún dentro de este tema, en 1975, un trabajo escrito en el Brasil hará efectiva la vinculación de la medicina con la estructura económica y político-ideológica de las sociedades y la medicina comunitaria como una nueva alternativa en lo que respecta a la práctica médica. En virtud de ese trabajo pasa a considerarse la medicina comunitaria dentro del contexto de la medicina propiamente dicha y se realza el carácter político de su origen y desarrollo.¹² Además de esos dos trabajos, hay otro en el que se procura considerar la medicina comunitaria dentro del contexto de la práctica médica latinoamericana de dos épocas determinadas: primero, en la creada por la crisis de desarrollo de finales de los años 60 cuando se llegó a solicitar la participación de la comunidad en los procesos productivos por medio de proyectos experimentales, y segundo, en la que se inicia con la crisis estructural de esta orientación cuando se considera que la atención médica debería ser una obligación de las comunidades, descartando la función del Estado como proveedor de atención de salud.¹³

Seguramente, la gran atención dada a la medicina comunitaria se basó en la gran difusión que tuvo esta propuesta a partir de los años 60 y 70 como forma de "medicalización" y reforma médica, adoptada inicialmente sin revisión crítica. Solo más tarde sería objeto de análisis más profundos.

Como se indicó previamente, con estos análisis se procuró dar una nueva dimensión a esa práctica dentro del campo más amplio de la práctica médica. A su vez, esta fue objeto de análisis para relacionarla con el fenómeno social de la salud desde un punto de vista más amplio, y con la estructura social. Se trataba de situarla, por ejemplo, en un contexto social que permitiera entenderla fuera de los límites de sus propias determinaciones internas,¹⁴ o de analizar las bases histórico-sociales de la medicina y la cirugía, a fin de poder estudiar la forma como ocurrieron las relaciones entre la medicina y la sociedad y cuál ha sido la contribución de la técnica a la formación del conocimiento científico. Al considerar la medicina como una práctica técnica se establece como elemento explicativo la organización social de la medicina en lugar de la episteme.¹⁵ En 1979, se utilizará, en un importante trabajo, el método dialéctico en el análisis de la medicina como práctica social vinculada a otras prácticas, por medio del estudio de la situación de clase que ocupan sus agentes en la estructura social. Al establecer inicialmente las características generales de la naturaleza histórica de la práctica médica, se especifican las limitaciones más concretas de esa práctica, tal como se configura dentro del sistema de producción capitalista. Como indica el autor al explicar el delineamiento de la investigación, "el conjunto de la investigación pasó a tratar la medicina como un todo y el trabajo médico se convirtió en un punto de referencia privilegiado del pensamiento del mismo".¹⁶

Aún entre las investigaciones de ese período y con relación a ese asunto, se destacan los estudios críticos sobre los límites de una epidemiología fundada en el positivismo y dentro de un modelo de causalidad basado en el concepto de reducción y adaptado a intervenciones sanitarias específicas. La nueva propuesta se realizará partiendo de los conceptos de "sujeto social" y "proceso de reproducción social", en lo que respecta a la producción y consumo. Estos conceptos serán fundamentales para comprender los "perfiles epidemiológicos", puesto que cada clase social tiene un perfil reproductivo específico y un perfil de salud-enfermedad.¹⁷

Manteniendo una orientación histórico-estructural se investigaron otros temas, a saber, el desarrollo de la medicina;¹⁸ la función de la epidemiología en la vigilancia epidemiológica;¹⁹ las cuestiones políticas y su relación con la salud;²⁰ las instituciones de salud y los recursos humanos;²¹ la salud materno-infantil;²² la medicina y la economía;²³ la práctica en relación con el saber médico oficial;²⁴ la relación del médico y el paciente;²⁵ un análisis del discurso institucional sobre políticas de salud en América Latina;²⁶ algunos análisis de la medicina de grupo,²⁷ y las relaciones entre estados de excepción y políticas de salud.²⁸

Un subgrupo de temas titulado *Análisis Histórico* guarda una estrecha relación con la clasificación anterior. La particularidad de este caso consiste en que en esas investigaciones se realizan análisis sobre un país, región o tipo de práctica que tienen un mayor alcance a largo plazo. En este caso será evidente también la contribución del enfoque histórico estructural.

Se ha preparado trabajos sobre aspectos generales, por ejemplo, un análisis crítico de la investigación sobre servicios de salud partiendo del origen y el establecimiento de la misma en los Estados Unidos, y sus límites y perspectivas en los países latinoamericanos;²⁹ sobre políticas de salud en América Latina;³⁰ cuestiones demográficas y servicios de salud,³¹ y producción y desarrollo económico.³²

Una cantidad representativa de trabajos correspondientes a esta clasificación se refiere a estudios sobre países. Muchos países se han omitido y de ello se deduce que no solo falta información sino que no se ha efectuado estudios al respecto. Argentina, Chile, Brasil y México, con mayor representatividad que Costa Rica, Ecuador, Honduras, Perú y Venezuela, procuran acopiar información sobre la atención médica, la demanda de servicios y la política sanitaria. Debemos recordar que fue Colombia uno de los únicos países que realizó un estudio, de los más completos, sobre las relaciones entre la situación económico-social, la producción de la enfermedad y la utilización de los servicios de salud, en 1965-66.

Cabe subrayar que el enfoque empleado en muchos estudios pone de relieve la naturaleza histórica de los procesos de atención de salud y sus vinculaciones con la estructura económica y política y los aspectos peculiares de cada país y de su desarrollo.

Por causa de la metodología utilizada, estos estudios reconstruyen largos períodos de la historia de las prácticas médicas. Ese es el caso particular de un estudio hecho en el Brasil en el que se ha empleado amplia documentación, como legislación sanitaria, tesis y publicaciones, para analizar el origen y la constitución de la medicina social y de la psiquiatría en el país en los siglos XVIII y XIX.³³

Las investigaciones que tratan de organización, planificación, financiamiento,

legislación, gastos, demanda, utilización y otros aspectos de la práctica estatal de la medicina, así como de las relaciones de ésta con la práctica social, representan 19,2% de los artículos publicados y aparecen bajo la clasificación de *Medicina Estatal*. En ese campo se han realizado amplias investigaciones después de los años 60. Como afirma una autora brasileña, "durante el decenio de los años 70 se multiplicaron los estudios sobre la práctica de la salud. Al mantener constante el tema de la planificación y de la reorganización o la rearticulación de servicios, se inicia una línea de investigaciones con la que se busca comprobar progresivamente con mayor o menor refinamiento metodológico, las vinculaciones económicas y político-ideológicas de la práctica sanitaria en la sociedad brasileña".³⁴ Estas observaciones se aplican a otros países donde el asunto de la función del Estado en el suministro de servicios de salud se ha convertido en foco de atención. Esto se puede considerar desde el punto de vista del análisis histórico que se extiende desde 1880 hasta 1930 y aparece en el trabajo titulado "La medicina estatal en América Latina".³⁵ Este análisis, dividido en tres partes, se inicia con una breve presentación de las formas de vinculación de la medicina al capitalismo y su transformación conceptual y técnica. La segunda parte trata de los factores conducentes a la creación de órganos estatales de sanidad, considerando la sanidad hasta cierto punto como un sinónimo de medicina estatal, ya que la sanidad adquiere para el estado una importancia mayor que otras clases de prácticas médicas. La tercera parte se refiere a la forma como se desarrolló la medicina estatal en el período considerado, finalizando con las transformaciones ocurridas en el campo de la atención médica, que irán a adquirir pleno desarrollo a partir de 1930.

La recuperación histórica del desarrollo de la salud pública y de la medicina asistencial será fundamental en esta secuencia de las investigaciones. Son ejemplo de ello un estudio sobre asistencia médica en el Brasil en el que se citan datos estadísticos correspondientes al período comprendido entre 1923 y 1977 y se hace un análisis histórico, en el que se incluye un municipio paulista,³⁶ y otro estudio sobre las políticas de salud del Brasil y la acumulación capitalista "que vincula el proceso de industrialización con la institución del sistema oficial de atención de salud".³⁷ De esa misma dirección de estudios, procede un análisis "de la dinámica general del sector de salud en el marco de la formación social mejicana".³⁸ También dentro de un criterio histórico-estructural se analiza la gestión oficial de salud en Venezuela en el presente siglo. El marco de referencia es el Estado capitalista y la forma como enfrenta la cuestión de salud pues, por una parte, debe garantizar el desarrollo de las fuerzas productivas y, por otra, responder a los diferentes conflictos relacionados con la problemática de la salud-enfermedad.³⁹ Ya para 1976 se había realizado un estudio del significado de la salud en la formación económica mexicana tomando como punto de partida el año 1940.⁴⁰

En uno de los trabajos realizados en el Ecuador se consideraría la importancia de un estudio global "que conceptualiza al Estado en una doble función de reproducir permanentemente las bases de acumulación del capital y de buscar su legitimidad frente a las clases dominadas" y a la formación de recursos. El estudio se centra en la dinámica de tales funciones y pone de manifiesto la contradicción existente entre la formación de personal muy tecnificado y una realidad distinta que exigiría una utilización cualitativamente diferente.⁴¹

Como señalamos al comienzo de la presentación de esta clasificación, existe una cantidad apreciable de trabajos sobre cuestiones asistenciales⁴² y la función del Estado, así como sobre planificación y administración. Indudablemente en esta clasificación surge en forma destacada el enfoque de la economía política. No se puede dejar de observar que la producción correspondiente estuvo relacionada con las cuestiones surgidas en ese momento como consecuencia de la reorganización de las prácticas de salud y de las consideraciones hechas en términos de "propuestas heterodoxas en lo que respecta a la práctica médica hegemónica".³⁴

En lo referente a las prácticas sociales de la medicina, los principales acontecimientos e "innovaciones" ocurridos se concentran principalmente en la segunda mitad de los años 70 alrededor de la "atención primaria". La propuesta que se sistematizará, por sus características generales, provendrá de la Conferencia de Alma-Ata en 1978 y se publicará en el informe conjunto OMS/UNICEF.⁴³ Hay toda una serie de discusiones y propuestas que preceden a esa conferencia. Estos antecedentes se sitúan en los años 60 y tienen por finalidad ampliar y mejorar la salud de las poblaciones rurales.⁴⁴ Se abre así una corriente de ideas que emplearían como puntos fundamentales la extensión de la cobertura y la participación de la comunidad. La salud, como fin de todo ser humano y como componente del desarrollo, está presente en el Plan Decenal de Salud para las Américas, de 1973 — "un derecho de todos y no un privilegio de algunos".⁴⁵ En un documento preparado en 1974, la OPS y la OMS fijaron los conceptos de participación de la comunidad y los relativos al personal auxiliar de salud y en 1977, en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, se prepara el documento que se presentaría en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, Alma-Ata, 1978. En este documento la atención primaria se concibe como "una estrategia para obtener la extensión de la cobertura de servicios de salud. Comprende un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades. Es parte del enfoque que congrega, a nivel de la comunidad y en función de sus características socioeconómicas y culturales, los elementos necesarios para producir un efecto significativo en la salud y el bienestar de sus miembros."⁴⁶

Este es un breve resumen de los principales acontecimientos que culminarían con la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria, con el compromiso de los gobiernos para su aplicación a fin de lograr la meta de "Salud para Todos en el Año 2000".

La importancia que se dará a la atención primaria, su conceptualización, su vinculación con otras formas de la práctica médica y sus componentes básicos, en particular la participación de la comunidad, como estrategia de integración de la medicina popular con la medicina oficial, se puede verificar con la simple lectura de los títulos de los trabajos publicados al respecto. La producción es bastante diversificada y mientras que en algunos trabajos se hacen críticas⁴⁷, en otros se propone la necesidad de establecer un marco conceptual⁴⁸, se analiza la medicina del trabajo en los programas de atención primaria de salud⁴⁹ y la formación de personal técnico-médico y auxiliar⁵⁰.

Por otra parte, se realizaron análisis críticos sobre las propuestas que se venían preparando especialmente en los organismos internacionales. A continuación

se citarán dos que tratan este asunto con bastante amplitud. El primero, presentado en 1977,⁵¹ se refiere "al discurso institucional sobre políticas de salud" presente en las esferas gubernamentales de América Latina. "Con esto se pretendió analizar los contenidos y significados ideológicos y políticos de esos movimientos (reformas médicas), buscando descubrir el conjunto de elementos contradictorios que los componen. En otros términos, se trató de indicar algunas hipótesis sobre el sentido de las relaciones entre el Estado, la dinámica de las luchas sociales y las instituciones médicas". Se analizan los documentos producidos en las Reuniones Especiales de Ministros de Salud de las Américas realizadas en 1968 y en 1972 y los documentos presentados en dos reuniones de ámbito panamericano que se llevaron a cabo en 1976. Se destacan sólo unos puntos conclusivos de este análisis, aunque se pueda incurrir en una excesiva simplificación. Los autores subrayan que "La planificación de salud, la racionalización, la modernización y la extensión de cobertura colocan antes de las opciones técnicas las opciones políticas y la cuestión del poder. En el centro de esta cuestión está el problema de hegemonía de clase". Examinando detenidamente lo indicado en los discursos oficiales sobre medicina simplificada y regionalización de los servicios, comentan los autores que "como propuesta de la consolidación de hegemonía de las coaliciones dominantes de un Estado autoritario podrán, permaneciendo apenas en el plan de las intenciones y del discurso institucional, ejercer su función, oscureciendo no sólo el carácter no democrático de este estado, sino también reforzando una medicina clasista". Sin descartar *a priori* la validez de estas políticas de salud, subrayan la necesidad de considerarlas en cada contexto, junto con los intereses de los grupos subalternos.

Similar a este enfoque es el trabajo realizado en 1979 en el que se analizan también los principios teóricos de la propuesta de atención primaria de salud, incluida la Declaración de Alma-Ata de 1978, y se realizó un estudio comparativo entre Costa Rica y Cuba. Ese trabajo, parcialmente publicado, presenta algunas propuestas que indicamos a continuación ya que estas podrán servir como marco orientador para futuras investigaciones.

1. "Toda vez que la atención primaria de salud es una forma de práctica social, el estudio de este fenómeno debe hacerse a partir del modo de producción, que es, en última instancia, quien lo determina.
2. Toda vez que la atención primaria de salud constituye un conjunto organizado de acciones encaminadas hacia la consecución de un objetivo, entonces, la forma de ejecutar estas acciones está regida por los principios universales y generales de la administración y los principios administrativos particulares de la formación económica-social correspondiente.
3. La atención médica en general y la atención primaria de salud en particular, se subordinan a las leyes y a los principios que rigen el sistema de salud y el sistema socio-económico.
4. Toda vez que la atención primaria de salud constituye una expresión concreta de la práctica social, la identificación de los factores sociales que intervienen en su manifestación debe realizarse mediante el marco teórico de la economía política, ya que este permite el estudio de los factores estructurales en que se basa todo fenómeno social.

5. El carácter científico-técnico de la práctica social contemporánea exige que la respuesta histórica especializada para la atención de salud, evite la muerte, prevenga la enfermedad y desarrolle sistemáticamente la salud propiamente dicha, orientándose hacia la elevación sistemática del bienestar del pueblo.⁵²

Las investigaciones agrupadas en la subclasificación *Atención Secundaria y Terciaria* se refieren, casi en su totalidad, a la práctica de la atención hospitalaria y comprenden sólo algunos trabajos sobre atención secundaria. Esas investigaciones representan sólo 10% de las efectuadas sobre prácticas de salud y se observa, por las fechas de publicación, que se venían realizando desde los años 50 y 60. En realidad, dentro del desarrollo de la sociología médica en Estados Unidos, el estudio sociológico de las instituciones de salud y de los hospitales, en particular, adquirió gran importancia a partir del decenio de los 50. Como subrayan algunos autores, el campo de las organizaciones de salud constituiría 'una provincia particular' para el sociólogo. Siguen afirmando que "si bien el estudio de las instituciones de salud puede entrañar la resistencia observada de ordinario entre los miembros de un sistema bajo escrutinio, no debería ser muy difícil convencer al médico de que el sociólogo cuenta con el equipo y la preparación necesarios para trabajar en ese sector. La diversidad del sistema de instituciones de salud y bienestar proporciona un campo fértil y relativamente inexplorado que, de utilizarse como es debido, puede redundar en el enriquecimiento de la sociología organizacional".⁵³

En sentido general, con estos análisis se busca llegar a conocer las organizaciones de salud mediante estudios que pongan de manifiesto su estructura interna, las relaciones funcionales y las relaciones con otros organismos de la comunidad. Los análisis permitieron apreciar la contribución de los sociólogos que habían estudiado las organizaciones estructuradas y la burocracia (Peter M. Blau, Amitai Etzioni, Talcott Parsons). De esa forma, se aplicará el aporte sistémico, junto con el análisis de las funciones sociales, a los estudios de las instituciones de salud, principalmente como resultado del trabajo de Parsons sobre la práctica médica, en el que aborda la función del paciente y del médico y sus relaciones asimétricas.

Esta ideología iría a caracterizar algunos trabajos realizados en América Latina entre los que se destacan un análisis de la enfermera en un hospital-escuela brasileño, para el que se han utilizado los modelos teóricos conceptuales parsonianos.⁵⁴ Son varios los estudios en los que se analizarán las funciones del equipo de enfermería⁵⁵ y el proceso de atención en el campo de la enfermería.⁵⁶ La idea del hospital como 'institución total' y social y del análisis de las jeraquías del poder está presente en los trabajos del Instituto de Medicina Social de Río de Janeiro.⁵⁷ Se pueden citar también como asuntos pertinentes, los problemas de comunicación en la relación del médico con el paciente y el análisis de esa relación.

Cabe destacar además que, por su importancia en la educación médica, el hospital de enseñanza fue objeto de estudios y debates⁵⁸ y que los orígenes del hospital se han abordado en una investigación ya citada sobre la medicina social en el Brasil. Los autores subrayan que el origen del hospital moderno no se puede encontrar de ninguna manera en el hospital colonial porque no es "el momento inicial de una institución que alcanzará madurez en la indudable perfección de los hospitales modernos".⁵³ Al sintetizar las características de ese hospital colonial se

verifica que: (1) no se dispone de asistencia médica continua, la presencia del médico no es diaria y las visitas son irregulares; (2) la asistencia a los enfermos está en manos de los religiosos; (3) no existe ninguna organización terapéutica; (4) los criterios de organización del espacio interno no son médicos sino heterogéneos (servicios de atención a pacientes febriles, atención a mujeres, atención a chagásicos, y atención a enfermos incurables); (5) hay imposiciones administrativas (se deben reservar lugares para los soldados) y la propia arquitectura responde a las necesidades religiosas. Concluyen los autores que "sería inexacto afirmar que no existía ningún tratamiento en el hospital colonial, pero no sería correcto considerarlo en términos de una actividad médico-hospitalaria. El médico no conjuga su práctica con la práctica hospitalaria que está en manos del personal religioso y administrativo". La aclaración de esos aspectos iniciales del hospital nos parece importante puesto que son comunes a muchos países latinoamericanos. Al considerar su origen común se pueden comprender mejor las transformaciones que ha sufrido el hospital y la función que llegaría a desempeñar en la atención médica, especialmente en la segunda mitad de los años 60. Es evidente que a partir de 1965 se presta mayor atención a un modelo de atención médica principalmente curativa y especializada, de elevado nivel tecnológico dependiente de la 'industria de la salud' y de costo elevado. Ese modelo, situado en el sector terciario de la prestación de servicios, tendrá en el hospital su centro organizador y un lugar considerado 'ideal' para la práctica 'científica' de la medicina. El análisis de ese sector y del hospital en particular, como parte del contexto general de la atención médica y de los valores predominantes de la organización social más amplia, es fundamental, llegando algunos autores norteamericanos a afirmar que "después de todo, el hospital ha sido casi siempre un espejo del mundo que lo rodea".⁵⁹

Otra clasificación de la investigación citada en la Bibliografía Latinoamericana, sobre la cual se ha realizado una cantidad muy pequeña de trabajos (2.4%) se refiere a los *Insumos para los Servicios de Salud*. Aunque esa clasificación es numéricamente pequeña, representa una importante contribución a ese sector. Comprende estudios sobre costos, consumo, política sobre medicamentos, la industria farmacéutica y el medicamento como mercancía en términos de su valor de cambio y de su valor de uso. Esas contribuciones, que se ampliarían en el decenio de los años 80 con la publicación de algunos trabajos (presentados anteriormente como tesis de grado), irían a enriquecer la literatura sociológica y la de la economía política sobre el tema y darían origen a debates sobre varios asuntos metodológicos y teóricos. En la más reciente tesis sobre el tema se recuerda que "la cuestión del consumo de servicios médicos no se determina a nivel de las 'necesidades', o mejor dicho a nivel de diagnósticos técnicos de las condiciones sanitarias, sino que se remonta al tema del 'consumo' y las 'necesidades' en el sistema de producción capitalista".⁶⁰ Recuerda la autora que en trabajos anteriores se señaló que el análisis del consumo en el materialismo histórico⁶¹ todavía no había alcanzado un máximo grado de desarrollo y que en lo que se relaciona con el consumo de 'bienes de salud', dentro de esa perspectiva, faltan análisis concretos y los estudios disponibles están aún incompletos.⁶²

En esos estudios el asunto de los medicamentos se analiza de la manera si-

ente. En el primer caso el autor partió de "la suposición de que los fenómenos del consumo se explican fundamentalmente por la forma histórica como se organiza a producción", habiendo establecido además los mecanismos ideológicos y políticos que "actúan junto con las condiciones económicas para asegurar la acumulación capitalista". Analiza la producción farmacéutica en el Brasil, la constitución histórica del mercado de medicamentos, la comercialización de estos y, por medio del estudio de 230 familias de una ciudad paulista, los hábitos y los conceptos relativos al consumo de medicamentos.⁶¹

En el segundo estudio, el autor revisa exhaustivamente la bibliografía sobre el consumo de medicamentos en relación con las diversas orientaciones teóricas sobre los factores asociados con la utilización de servicios de salud y afirma que "la crítica y la alternativa propuesta incidieron en el análisis de la constitución del complejo médico industrial del país, como determinación fundamental de las prácticas de consumo de medicamentos". Esas prácticas se analizaron partiendo de datos secundarios de investigaciones realizadas por órganos oficiales y de otras sobre las modalidades de consumo de medicamentos y la evaluación de un programa de atención médica simplificada.⁶²

En ese estudio más reciente,⁶⁰ el análisis se centró en la morbilidad y el consumo de medicamentos en relación con las clases sociales. Parte del análisis se referirá al conjunto de la población. La población estudiada consistió en 1.397 familias y los principales datos obtenidos ponen de manifiesto una elevada tasa de automedicación y un profundo grado de subordinación de la población a la medicina científica y poca frecuencia del uso de remedios caseros y de agentes de 'medicina popular'. El estudio permitió concluir también que "dentro del marco de las enfermedades que motivaron el uso de medicamentos se observó el abandono de las prácticas de tratamiento de enfermedades en favor de las prácticas de lucha contra los síntomas y de cuidados a las personas sanas". A nivel de las clases sociales, el consumo de medicamentos no acompaña los coeficientes de morbilidad; cuando el consumo se normaliza en un mismo nivel de enfermedad, se observa que suele corresponder al consumo global de las fracciones de clase y presenta una tendencia de distribución social inversamente proporcional a la de las tasas de morbilidad; las fracciones de clase entre las que predominan las enfermedades son las que consumen relativamente menos medicamentos. Cabe subrayar que "aunque haya algunas diferencias en lo que respecta a las características de consumo de remedios entre las fracciones de clase, en general, las prácticas de automedicación y la clase de medicamentos consumidos se extienden a todas las clases sociales". Esto ocultaría las condiciones desiguales de los cuadros mórbidos predominantes en las distintas clases bajo un nivel de consumo semejante, como concluye la autora.

Con el advenimiento del materialismo histórico este sector de investigaciones adquiere gran importancia. Proporciona no sólo la posibilidad de establecer una relación entre los medicamentos y las formaciones socioeconómicas, incluida la relación con el sector industrial, sino también la de verificar la morbilidad predominante (como en el caso citado).

La literatura sobre *Programas de Salud* comprende temas relacionados con los análisis de programas sanitarios en distintos sectores, a saber, sector maternoinfan-

til, educación sanitaria, medicina preventiva, medicina integral, salud mental, campañas sanitarias, seguridad social y evaluación de medios de comunicación en programas de salud.

Subrayando algunos de los aspectos ya señalados, cabe afirmar que en los años 50 ya se disponía de una gran cantidad de trabajos antropológicos sobre este tema en particular. En estos se dio particular atención a la aplicación de la antropología en los programas de salud y a la necesidad de conocer los usos y costumbres específicos antes de emprender cualquier programa de acción,⁶³ y se señalaron las fallas en los programas en los que se desconocía la cultura local. Los enfoques de la epidemiología social y las investigaciones dentro del marco histórico estructural son bastante recientes, ya que sólo se remontan al final del decenio de los años 70.

Los estudios sobre el *Mercado de Trabajo y las Profesiones de la Salud* comprenden análisis relativos a las características sociales y económicas del mercado de trabajo médico así como de las profesiones de la salud y no representan más del 5% del total de la clasificación correspondiente a *Servicios de Salud*. Esos estudios se refieren casi en su totalidad a la profesión médica, habiendo sólo dos trabajos sobre odontología y uno sobre enfermería. Como en esa parte se incluyeron solamente investigaciones y estudios sobre el "mercado de trabajo", la mayoría de las publicaciones sobre profesionales de salud se encuentran en la clasificación de recursos humanos. Aun así creemos que ese sector exige un mayor número de investigaciones, puesto que, en general, no existen análisis más detallados sobre el tema. Hay muchas informaciones cuantitativas sobre el número de médicos por país, la distribución por especialidades, el ritmo de crecimiento de la formación profesional y la distribución por sectores de trabajo (público y privado), sin que se haya hecho un análisis detallado al respecto.

El último asunto incluido en esta parte de la Bibliografía se refiere a la *Conducta de la población respecto de los servicios de salud*. En los pocos estudios disponibles se analizan las actitudes y las respuestas de determinados grupos sociales en lo que se refiere a los servicios de salud ofrecidos. Los estudios examinados provienen del campo de la antropología y se realizaron en diversos países, a saber, Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras y México. Algunos no se limitan a descripciones etnográficas de la cultura de las comunidades sino que tratan de otros temas pertinentes, como en el caso de los estudios realizados en una ciudad hondureña sobre la relación entre la migración y el acceso a los servicios médicos. En ese caso el autor "refuta la idea de que las actitudes y creencias culturales tradicionales de los migrantes explican mucha de la renuencia al uso del cuidado médico científico. Concluye que las condiciones estructurales, especialmente la situación socioeconómica, son barreras más importantes para el acceso y la utilización del cuidado médico tradicional que las creencias y prácticas 'tradicionales' respecto a la salud".⁶⁴

La tercera categoría se denomina *El Proceso de Salud-Enfermedad* y abarca la literatura en la que se analiza el proceso de salud-enfermedad y la sociedad; o sea que aborda el problema de las condiciones sociales bajo las que se produce, desarrolla y difunde el fenómeno salud-enfermedad. Esta clasificación se divide también en temas secundarios y, como se indicó anteriormente, en un principio se procuró cuantificar el volumen de la producción, que se presenta en el Cuadro 2.

CUADRO 2 - TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORIA PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFIA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD"

SUBTEMAS		
Salud-Enfermedad y la Sociedad	73	15,4
Factores Sociales Determinantes de la Morbilidad y Mortalidad	69	14,6
Aspectos Sociales de la Nutrición, el Desarrollo y el crecimiento	112	23,3
Aspectos Sociales de la Salud Mental	132	27,8
La Relación entre el Trabajo y la Salud-Enfermedad	36	7,5
Aspectos Sociales de las Enfermedades Infecciosas	14	3,0
Aspectos Sociales de las Enfermedades Tropicales	06	1,2
Aspectos Sociales de las Enfermedades Crónicas	05	1,1
Aspectos Sociales de las Enfermedades Genéticas	01	0,3
Aspectos Sociales de los Accidentes de Tránsito	04	1,0
Método y Técnicas Aplicados a la Salud	22	4,8
TOTAL	474*	100,0

* Incluyen 5 referencias: 3 s.f. y 2 fechadas en 1980.

Una visión general de esos datos cuantitativos muestra el predominio de algunos temas, tales como los aspectos sociales de la salud mental, los aspectos sociales de la nutrición, las relaciones salud-enfermedad y sociedad, y los factores sociales determinantes de la morbilidad y mortalidad. Fuera de esas cuatro clasificaciones; todas las demás acusan una producción bastante insignificante, como es el caso de los aspectos sociales de las enfermedades tropicales, las enfermedades infecciosas, crónicas y genéticas y los accidentes de tránsito. Las investigaciones realizadas sobre la relación entre la salud y el trabajo representan 7.5% del total y las relativas a los métodos y técnicas aplicados a la salud, cerca del 5%

De los artículos enumerados en la Bibliografía se desprende que la producción se distribuyó de la manera siguiente en los tres decenios: 1950-1960, 9.9 % 1960-1970, 24% ;1970-1980, 66% (hay dos artículos correspondientes a 1980 y tres sin fecha de publicación).

Se ha reflexionado sobre el asunto de los períodos en que aparecen las investigaciones, su contenido, las referencias teóricas y su inclusión en determinados campos del conocimiento. Así, por ejemplo, las variables sociales forman parte de los estudios sobre la enfermedad y tienen una amplia distribución en los trabajos realizados durante los decenios de los años 50 y 60, pero esas variables sociales se tratan sin hacer referencia al significado social de los conceptos. En el documento OPS/ACMR se recuerda que "la producción sobre los aspectos sociales del proceso de salud-enfermedad aumentó en la década de los 70, particularmente por la contribución de una nueva generación de epidemiólogos con formación académica en las ciencias sociales".¹

En uno de los estudios citados en la Bibliografía, los autores,⁶⁵ al revisar una serie de trabajos en los que habían tratado de analizar los factores determinantes de la producción y la distribución de la enfermedad, en forma muy acertada tipifican

esas investigaciones. No se trata de hacer una revisión exclusiva de la literatura latinoamericana sino de demostrar de una manera amplia la forma como se produjo la incorporación del aspecto social y obviamente sus repercusiones en los países que iniciaron luego sus investigaciones. Las clasificaciones se refieren a: a) estudios socioeconómicos descriptivos en los que se utilizan indicadores para establecer reacciones causales simples; b) estudios psicosociales y culturales en los que se subraya el concepto de la tensión social; c) estudios históricos-estructurales con los que se pretende construir una totalidad dialéctica teniendo como base las condiciones históricas de existencia social; d) estudios sobre los conceptos de salud, enfermedad y causalidad en los que se integran esas clasificaciones en enfoques dinámicos y globales. Este artículo se redactó en una época en que los estudios sobre las relaciones de la salud y la enfermedad con la sociedad comenzaban a reformularse nitidamente, en algunos países, en términos de modelos teóricos para la comprensión de esas relaciones. En esa época comenzaban a surgir interesantes propuestas dentro de las corrientes teóricas del materialismo histórico. Por ende, al revisar las investigaciones en este artículo se adoptaba una posición definida en relación con la teoría que debería servir de base a las investigaciones. Es un hecho bien conocido que el crecimiento en ese sentido sería la tarea que habría que desempeñar en los años siguientes, especialmente en la segunda mitad de los años 70 y 80. No se trata de una propuesta final, y en un artículo escrito a finales de los años 70 sobre "La salud-enfermedad como proceso social",⁶⁶ la autora critica el paradigma dominante que considera la enfermedad como un proceso biológico individual y señala varias posibilidades que permiten entender la relación de la salud con la enfermedad como un proceso social. En ese trabajo, la autora subraya la naturaleza histórica del proceso salud-enfermedad y su comportamiento en las distintas clases sociales, utilizando estadísticas sobre las principales causas de defunción en Cuba, Estados Unidos y México; propone además la construcción de un objeto de estudio que permita analizar la salud-enfermedad como proceso social y, finalmente, la conveniencia de realizar una discusión sobre la causalidad.

En este momento serán importantes otras contribuciones provenientes de la epidemiología social, campo en el cual se considera el proceso salud-enfermedad como un hecho social y colectivo;⁶⁷ de la economía política, en la que se aborda la reproducción social de la fuerza de trabajo;⁶⁸ de la economía de la salud,⁶⁹ y del control social por medio de los servicios de salud⁷⁰, para citar solo algunos puntos.

Muchas veces, los autores tratarán de nuevo los mismos temas en sentido más específico en términos conceptuales y dirigidos a investigaciones determinadas.

En relación con el tema *Factores sociales determinantes de la morbilidad y mortalidad*, se ha comentado que "en América Latina los estudios sobre diferencias de morbilidad y mortalidad entre grupos sociales urbanos son muy escasos y no se han publicado los resultados de las investigaciones realizadas sobre la base de comparar las distintas clases sociales. Esto nos lleva obligatoriamente a la reinterpretación de los estudios realizados con otra finalidad, para poder expresar algunas ideas sobre la utilidad del análisis de las condiciones de salud en el sector urbano de nuestras sociedades, partiendo de la base de las clases sociales"⁷¹. Hay dos clases de investigaciones que merecen destacarse: una sobre las características de la mortali-

dad urbana.⁷² y otra sobre las características de la mortalidad infantil.⁷³ En el primer caso, la investigación se realizó entre 1962 y 1964, en 10 ciudades de América Latina, una ciudad inglesa (Bristol) y una estadounidense (San Francisco), para estudiar la mortalidad en adultos. Se obtuvieron informaciones por medio de entrevistas a domicilio, datos clínicos (en fichas hospitalarias, exámenes de laboratorio, intervenciones quirúrgicas y autopsias) y entrevistas con los médicos que atendían a los pacientes. Aunque desde el punto de vista metodológico la investigación fue bien concebida, no permite analizar detalladamente la defunción en relación con sus factores sociales determinantes, quizás porque no era ese su objetivo. El segundo estudio se realizó en 13 localidades de América Latina, una de los Estados Unidos y otra del Canadá entre 1968 y 1971, con el objetivo de determinar la tasa de mortalidad infantil y los factores biológicos, sociológicos y ambientales relativos a la misma. El estudio suministró datos de enorme importancia para fines de diagnóstico y planificación de la salud. Aunque en esta investigación se prestó mayor atención al análisis de los factores socioeconómicos que en la investigación anterior, hubo ciertas limitaciones por falta de denominadores que no permitieron obtener las tasas respectivas en las diversas categorías sociales. Los análisis presentados se limitan, por ende, a la proporción de defunciones clasificadas por edad, según la ocupación del padre y la proporción de defunciones (28 días, 28 días a un año y uno a cuatro años) y a las causas de éstas según el grado de escolaridad de la madre. Como se puede constatar en la Bibliografía, estas investigaciones, sus datos y su metodología se emplearon posteriormente para otros estudios. El volumen de estudios es apreciable en los diversos países si se considera que estas investigaciones, junto con las de morbilidad, han tenido el carácter de diagnóstico de la situación de salud y ofrecido información para fines de planificación. Como expresa un especialista en este campo investigativo, "La muerte, como fenómeno individual tiene determinantes biológicos cuyos mecanismos constituyen la etiopatogenia de la enfermedad. Pero esta concepción biológica es insuficiente para explicar por sí sola la mortalidad considerada a un nivel colectivo. El enfoque multicausal de la epidemiología ha permitido describir la distribución y el curso de las enfermedades en la población; según esta concepción, salud-enfermedad es un proceso que resulta del equilibrio entre el hombre, diversos factores patógenos externos y el ambiente físico, biológico y social. Numerosos estudios han mostrado la relación de la enfermedad y la muerte con variables tales como el ingreso económico, la alimentación, el saneamiento, la educación, la atención médica, etc. Se ha demostrado también que todos estos factores a su vez están estrechamente correlacionados entre sí. Pero, en realidad, la distribución no igualitaria en la población de todos esos componentes de vida no es sino la expresión visible, el eslabón medible, de una cadena causal que se genera en la organización social, económica y política".⁷⁴

Sin duda alguna, los estudios que permitieron relacionar la mortalidad con las variables sociales aportaron una importante contribución al revelar la situación precaria de algunos segmentos de la población y las enormes diferencias entre los distintos grupos ocupacionales, y al producir información que se podría emplear posteriormente. Por otra parte, es evidente que en los estudios que vinculaban la mortalidad con las variables socioeconómicas, designadas algunas veces como "clase social"

se produjo una simplificación analítica que impidió explicar más detalladamente la determinación social del acontecimiento. En lo que respecta a mortalidad y morbilidad, esta perspectiva se sitúa dentro del marco de análisis establecido por la epidemiología tradicional. Aunque se hagan observaciones sobre el aspecto colectivo, la unidad de referencia es el fenómeno en el individuo y particularmente su carácter biológico. Esa verificación no se restringe a los estudios latinoamericanos sino a casi todos los estudios sobre mortalidad (ello se puede comprobar en la revisión efectuada por Antonovsky^{75, 76}). En algunos estudios efectuados recientemente se considera la cuestión en términos de los procesos de acumulación capitalista. Un análisis orientado hacia las clases sociales permitiría comprender mejor este acontecimiento; Oliveira afirma que "la mortalidad, después de todo, es función del consumo, de las fuerzas de trabajo. Sus niveles, tasas y coeficientes generales y específicos dependen, en último análisis, de los niveles de explotación, de intensidad de la explotación y brutalidad de la explotación."^{77, 78}

Sobre la subclasificación *Nutrición, Desarrollo y Crecimiento* se han realizado muchos trabajos que representan alrededor de 24% del total de la clasificación, que comprende varias disciplinas, especialmente la sociología y la antropología. Hay estudios sobre la desnutrición y sus efectos para el desarrollo físico y mental así como sobre las creencias y prácticas alimentarias de las comunidades. Se han realizado otros estudios en los que se hace un análisis crítico del asunto de las estadísticas y las políticas sobre nutrición.⁷⁹

La subclasificación *Salud Mental* representa 28% de la producción científica y ocupa el primer lugar con respecto a las subclasificaciones. Entre los temas abordados, el alcoholismo figura en 23% de las citas, siendo estudiado en sus aspectos antropológicos,⁸⁰ en relación con la estructura social,⁸¹ en sus aspectos preventivos, sociológicos⁸² y epidemiológicos⁸³ y dentro de la evolución histórica de las modalidades de consumo.⁸⁴

En otros temas se abordan los servicios de salud mental, el estudio de la prevalencia de los trastornos mentales, el suicidio y los síndromes psiquiátricos como "trance", "susto", "mal de corazón" y "espanto".

Cabe citar un trabajo en el que se analiza la situación de la psiquiatría en América Latina⁸⁵ y otro en el que se discute esa situación en términos de la psiquiatría propiamente dicha, la psiquiatría transcultural y la psiquiatría folklórica y se propone un programa de investigación psiquiátrica en Perú.⁸⁶

En relación con *Trabajo y Salud-Enfermedad*, la referencia más antigua de la Bibliografía corresponde a 1964 y aún a partir de esa fecha, el volumen de producción es bastante modesto. La información proviene del trabajo realizado en los campos de la sociología y la economía política en los años 70. Aún los trabajos realizados en Italia, como el de Franco Basaglia,⁸⁷ solamente se publicaron en 1978 y en los años siguientes. Este trabajo se publicó con una amplia introducción de E. Menéndez; el de Richi, "La muerte obrera", y el de Timio, "Enfermedad y clase social", se tradujeron también en esos años, habiendo versado la introducción del trabajo de Richi sobre la situación de los trabajadores mexicanos.

Según García,⁸⁸ las relaciones salud-trabajo en la medicina no se establecieron claramente antes del advenimiento del capitalismo. En el estudio correspondien-

te el autor explica cómo se aborda este asunto desde el punto de vista de la medicina contemporánea: 1) considerando las consecuencias del trabajo sobre la salud como fenómeno biológico individual que ocurre en el ámbito del consumo; 2) enfatizando en la medicina ocupacional a la categoría trabajo para referirse solo a las condiciones materiales del trabajo. Ambos criterios presentan una visión deformada de la realidad y el autor propone como punto de partida "la categoría trabajo como unidad (de contrarios) de creación de valor de uso (work) y de creación de valor (labour), en su relación con la salud". El autor realiza el estudio demostrando el efecto del trabajo concreto y del trabajo abstracto en el proceso salud-enfermedad, primero independientemente y luego en conjunto. Incluye algunas consideraciones sobre las repercusiones del ahorro del capital constante de la salud de los obreros y de la población y la forma como se utilizan las variables en los estudios que relacionan el trabajo con la salud.

Como se indicó respecto de otras clases de investigación, muchas veces, desde el punto de vista cuantitativo, la producción es poca, aunque parte de esta sea de alto nivel. Cabe citar en este caso muchos de los trabajos producidos sobre la relación trabajo-salud, con base en las clasificaciones de la economía política. Por ejemplo, en un estudio se analizan las relaciones entre proceso de trabajo y salud en la sociedad mexicana, considerándolas como un proceso global de producción.⁸⁹ En otro estudio se propone un análisis de las diferentes formas de inclusión del trabajador en los diversos procesos productivos⁹⁰ y existen además dos estudios de epidemiología social sobre la salud ocupacional en la producción azucarera y en la construcción, en Costa Rica.⁹¹

Para concluir estas rápidas observaciones sobre esta clasificación, empleamos las palabras de García: "Una nueva conceptualización de la relación trabajo-salud es de especial interés en los países en transición del capitalismo porque estas sociedades plantean problemas a la medicina que requieren un esfuerzo de clasificación conceptual para poder orientar las acciones de salud"⁸⁸

Pese a que las *enfermedades tropicales y las infecciosas* constituyen graves problemas de salud pública, al parecer la investigación de los factores sociales, económicos y culturales no ha constituido un punto focal de análisis. Esta afirmación se refiere a la producción analizada para fines de la Bibliografía. Es obvio también que el reconocimiento de los factores ambientales así como de los estrictamente económicos (PBI, producción, renta), los relativos a la educación (alfabetización) y los de saneamiento (población servida por un sistema de abastecimiento de agua y de alcantarillado) está implícito en muchos de los trabajos, mientras que en otros los análisis se destinan específicamente a aclarar la determinación social sobre algunas enfermedades.^{92,93,94} Al final de los años 70 y a comienzos de los 80, en algunos trabajos sobre la enfermedad de Chagas realizados en el Brasil se procura establecer una relación con el aspecto social considerado "ya no como una variable adicional sino como un campo en el cual se construye el proceso salud-enfermedad". Corresponden a esa época las investigaciones que vincularon el proceso de la enfermedad a la estructura agraria,⁹⁵ al proceso migratorio,⁹⁶ al trabajo de las zonas urbanas,⁹⁷ y aún que estudiaron la evolución de la enfermedad en el Estado de Sao Paulo. En ese trabajo el autor analiza el proceso histórico que determinó el establecimiento, la

difusión y la desaparición de la transmisión natural de la enfermedad de Chagas. Partiendo de conceptos epidemiológicos clásicos (focos naturales); se procura en el análisis sacar a la luz los factores históricos y biológicos determinantes de la distribución de la enfermedad y subrayar el proceso histórico que creó las condiciones propicias para la realización de campañas de lucha contra la enfermedad.⁹⁸

Las enfermedades genéticas, crónicas y los accidentes de tránsito tienen una representación muy pequeña. En relación con los accidentes de tránsito, se destacaría una investigación realizada en 1972 en la que se propuso analizar los accidentes como una fase del "consumo", tanto de las fuerzas de trabajo como de productos materiales. Forma parte del estudio, además de la propuesta teórica, un análisis de un año de estadísticas de accidentes e información sobre entrevistas e historias de vida de motoristas así como una extensa bibliografía.⁹⁹

Los *métodos y técnicas aplicadas a la salud* constituyen la última clase de estudios incluidos en el proceso de salud-enfermedad. Casi toda la producción se remonta a los años 70 y comprende trabajos en los que se abordan los problemas metodológicos y técnicos relativos a los sectores más específicos de la salud (programación de salud, indicadores específicos, modelos, etc.). Cabe destacar que la revisión que se llevó a cabo en esa época respecto de los marcos conceptuales condujo a una producción que se destaca por la reflexión teórico-metodológica sobre campos del conocimiento tales como la epidemiología,¹⁰⁰ la economía¹⁰¹ y la sociología.¹⁰² Muchas de las contribuciones de carácter epistemológico serían fundamentales para marcar una posición teórica determinada y el desarrollo histórico de la misma. En ese sentido, indudablemente, García ofrece uno de los análisis más importantes sobre las "corrientes de pensamiento en el campo de la salud", como ya se indicó en otra parte de este trabajo.⁵ García establece una relación entre las corrientes existentes en las ciencias sociales y las escuelas filosóficas y estudia las relaciones de la ciencia con la estructura social. Divide el ensayo en dos partes que se complementan, a saber, las corrientes de pensamiento y la lucha teórica actual en el campo de la salud. Destaca las bases filosóficas del neokantismo, del neopositivismo, del marxismo y la fenomenología presentes en los autores y trabajos orientados hacia el estudio de la medicina. Lain Entralgo es el neokantista cuya obra merece atención; dentro del neopositivismo se analiza la corriente funcionalista que tiene en Parsons su principal exponente. El análisis de la corriente marxista se divide en dos partes: en la primera se analiza la corriente que subraya las fuerzas productivas (en los Estados Unidos, el trabajo de Stern realizado en los años 30 y 40) y, en la segunda la corriente que da prioridad a las relaciones de producción (Polack). Dentro de las corrientes materialistas se hace referencia al estructuralismo. Para el autor, la lucha teórica en el campo de la salud, que refleja la dificultad del pensamiento para describir y expresar el carácter contradictorio de los fenómenos, se extiende básicamente a tres campos: la relación de la medicina con la estructura social y la efectividad de la acción médica y de los factores sociales determinantes de la enfermedad. El análisis de las repercusiones de la fundamentación fenomenológica y de sus "reflexiones" (con lo que se pretendía llenar el vacío dejado por el positivismo) se realiza con especial atención. Queda de manifiesto que la posición fenomenológica, considerada como "radical por la crítica que hace en los años 70 al Estado, a las institu-

ciones médicas y a la ciencia positivista, pasa a ser, a finales de los años 70 y comienzos de los años 80, visiblemente reaccionaria.

La última clasificación incluida en la Revisión Bibliográfica aparece bajo la denominación de *Formación de Recursos Humanos* y recoge la producción que se ha dedicado especialmente a los aspectos sociales y educativos en materia de formación, asignación y planificación. Comprende 243 trabajos agrupados por temas básicos para poder apreciarlos de una manera más sintética.

CUADRO 3 - TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORÍA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFÍA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A LA SALUD".

SUBTEMAS		
Análisis de Planes de Estudio, Introducción de nuevas Disciplinas, Enseñanza de Salud Pública Odontología, Enfermería	117	47,7
Formación Médica	39	16,0
Formación de Recursos Humanos y Planificación	29	12,0
Estudiantes de Medicina	17	7,0
Función del Hospital y Otras Instituciones	13	5,3
Diversos Temas	28	12,0
TOTAL	243*	100,0

* Incluye 1 referencia s.f.

Como se puede comprobar en algunos análisis, en América Latina los años 50 y 60 se dedicaron especialmente a la educación. Por tanto, la producción refleja ese interés e indica que cerca del 48% de los temas corresponden a cuestiones de enseñanza. Esos asuntos se destacan en la incorporación de disciplinas especialmente de la medicina preventiva y social y de las ciencias sociales. Hay estudios generales sobre educación médica¹⁰³ y sobre su vinculación con la estructura social.¹⁰³ Encontramos también análisis detallados sobre el marco conceptual de la educación médica en América Latina en el período comprendido entre el final de la Segunda Guerra Mundial y 1975.¹⁰⁴ Esos trabajos ofrecieron la posibilidad de adquirir un conocimiento bastante amplio y bien fundado de la situación de la enseñanza y en particular del plan de estudios de las facultades de medicina.

En cuanto a la medicina preventiva y social, después de su inclusión en las escuelas médicas resultado de las propuestas de Viña del Mar (1955) y Tehuacán (1956), su situación en el currículo y su desarrollo fueron objeto de algunas investigaciones. Podemos mencionar a las contenidas en el estudio "La educación médica en la América Latina"¹⁰³; un análisis crítico de las propuestas sobre medicina preventiva¹⁰ y un estudio sobre la situación en el Brasil¹⁰⁶, son ejemplos de una preocupación sobresaliente en ese período.

El cambio de perspectiva respecto a la formación de recursos sería un fenómeno de la mitad de los años 70. "El número excesivo de alumnos graduados, resultado de la gran afluencia de estudiantes en muchos países durante los años 60, junto con una saturación del mercado y las crisis fiscales, ocasionaron un cambio en la posición del Estado en lo que respecta a la formación de recursos humanos, que pasó a concentrarse en la capacitación de personal auxiliar".¹ El fenómeno anterior se puede abordar también desde el punto de vista de la existencia de una producción relativa a la formación médica propiamente dicha y de estudios sobre los estudiantes de medicina, su actitud, sus motivaciones y los procesos de socialización durante los años de estudios de medicina.¹³¹

Otros temas incluidos en este asunto se refieren a la formación de recursos humanos, a planificación y a la función del hospital y de otras instituciones en la formación de los mismos.

2. Las disciplinas de las ciencias sociales y la salud

En la exposición precedente procuramos puntualizar las disciplinas que constituyeron la base del conocimiento sobre la salud y la práctica de esta. A continuación se tratarán en forma más detallada varias cuestiones afines. Hemos visto que las disciplinas, consideradas como campos específicos del conocimiento, tienen un patrón de desarrollo diferente y que la historia de su participación en el estudio de la salud y de la medicina tiene características particulares.

Hoy en día, el desarrollo de la Cienciología, o sea la ciencia de la ciencia, permite ver con claridad la forma como se desarrollaron algunos campos del conocimiento y, según un análisis hecho por Breilh, "se puede establecer con alguna claridad cual ha sido en cada etapa del desarrollo social el 'modus' de incorporación de aspectos de las ciencias naturales y sociales en las áreas aplicativas, como las ciencias médicas, lográndose un aporte crucial para el estudio de las fuerzas que operan sobre el proceso de acumulación interna de conocimientos y métodos en la medicina".¹⁰⁶

Aunque no se pretenda exponer detalladamente la situación relativa a las disciplinas de las ciencias sociales, es importante tener en cuenta que su comprensión se debe considerar en términos del desarrollo histórico de esos sectores científicos. Cada ciencia, al seleccionar los procesos de estudio, "estuvo condicionada por las demandas particulares aparecidas en cada sociedad en un determinado momento histórico, y además estuvo sujeta a las limitaciones y formas específicas de conocimiento de la época".¹⁰⁶

En sus orígenes históricos, encontramos que las cuestiones de salud se abordan en los más diversos campos del conocimiento: la aritmética política (Petty); la economía (Engels y Marx); la demografía (Graunt y Farr); la estadística empleada desde el siglo XVIII en investigaciones regionales o de topografía médica y utilizada en el estudio clásico sobre el suicidio (Durkheim); la historia, especialmente en los trabajos de Sigerist y Ackernicht realizados en los primeros decenios de este siglo; la geografía médica, en el trabajo de Finke, a finales del siglo XVIII y la epidemiología, en los trabajos de Virchow y Chadwick.

En realidad, estos trabajos, usando la terminología de Foucault, constituyen la "arqueología del saber" sobre la salud, y a ellos, como lo ha hecho Foucault, se les puede agregar las obras literarias y artísticas. Sin embargo, valiéndose de estas fuentes y de otros documentos, el autor reconstruyó con innegable originalidad la historia de la locura, del nacimiento de la clínica. Por ello, esos primeros autores y trabajos no son simplemente históricos, ya que aportan al campo del conocimiento de la salud criterios fundamentales; lamentablemente, muchos de estos se dejaron de divulgar hasta hace poco por motivos ideológicos.

Si en los orígenes no es posible encontrar una delimitación estricta del estudio de la salud, tampoco lo es en los hechos ocurridos posteriormente. Es obvio que las disciplinas construyen sus propios territorios y no es raro que levanten barreras en sus sectores de competencia; sin embargo, en el estudio de la salud, las fronteras no se han definido siempre con precisión. Entre las disciplinas del grupo de las ciencias sociales se destacaron inicialmente la antropología y la sociología, y, posteriormente, la psicología social y la economía. Ese orden histórico tanto en los estudios europeos como norteamericanos sobre la salud se convertiría, como se explicó en la sección anterior, en un aspecto común de los estudios latinoamericanos.

De las evaluaciones de la antropología social y la medicina, realizadas recientemente por la Asociación Sociológica Británica (Sección de Sociología Médica) en un seminario sobre el tema "Sociología Médica: un diálogo necesario", se desprenden varios puntos básicos para entender el pasado de esa disciplina. En general, en el caso de Inglaterra, aunque la antropología haya tenido vinculaciones con la profesión médica antes que la sociología, de ordinario, esta última es mejor conocida. Cabe recordar que en el campo de la antropología hay trabajos que datan de 1924. En lugar de hacer referencia a la cronología de la situación europea, conviene más bien recordar que los propios antropólogos europeos reconocen que el desarrollo de la antropología, en lo que respecta a cuestiones de salud, se realizó por medio de proyectos de antropología aplicada, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, en los países subdesarrollados.

"En 1955 cuando Raymond Firth pronunció un discurso sobre los Conceptos de Salud y Enfermedad, en una serie patrocinada por la Academia de Medicina de Nueva York, se creía que la antropología médica era más pertinente para la solución de problemas ocurridos en el exterior".¹⁰⁷

Subrayaba Firth, en aquella ocasión, que deberían emprenderse especialmente estudios de aculturación. Sólo después de la Segunda Guerra Mundial participarían los norteamericanos en programas en otros países. En 1953 William Caudill escribía: "En los últimos años, los antropólogos estadounidenses se han dedicado a realizar actividades poco comunes, han participado junto con médicos en conferencias sobre medicina social, trabajado en el Perú en los servicios de salud pública, estudiado la estructura de los hospitales y las actividades diarias de los pabellones, entrevistado a pacientes sometidos a cirugía plástica y realizado trabajo de psicoterapia entre las poblaciones indígenas de las Llanuras".¹⁰⁸ En ese decenio, los sociólogos, en particular los antropólogos, comenzaron a trabajar sistemáticamente en la solución de los problemas de administración de salud. Ese es el momento de la llamada 'era de la salud pública', en la que se realizaron actividades orientadas hacia tres puntos

específicos: 1) el diagnóstico y el tratamiento de la comunidad como un todo, por medio de estudios epidemiológicos; 2) la educación sanitaria, la prevención y la erradicación de vectores y 3) la utilización de un grupo de sociólogos por una parte y de profesionales de la salud por otra.¹⁰⁹

Si después de su desarrollo inicial, la antropología médica inglesa iba a ser dominada por la mayor valoración dada a la sociología médica, en los Estados Unidos esos dos sectores de desarrollarían de una forma paralela. Bastaría indicar, por ejemplo, que dos revisiones importantes efectuadas en esos campos por Polgar y Freidson, respectivamente, aparecerían en la misma época (1962). Por consiguiente, las relaciones interdisciplinarias serían comunes en los Estados Unidos mientras que en Inglaterra se mantendrían cuidadosamente las fronteras.¹¹⁰

Esos puntos indican la preocupación existente por las investigaciones y sus características que moldearían de forma diferente la situación en esos dos países. Los estudios han señalado que la antropología norteamericana se orientó principalmente hacia el estudio de la propia sociedad mientras que la inglesa tuvo por objeto la organización de los grupos bajo control colonial. En el campo de la antropología médica, se hace caso omiso de temas como la prestación de atención de salud o el hospital y los "médicos son curanderos populares". La mayor atención recaerá sobre la antropología de la religión, realizándose estudios sobre las creencias mágicas: "La perspectiva teórica de la antropología social, a pesar de los cambios y modificaciones, ha mantenido su carácter funcionalista e implica un 'criterio holístico'. Todas las variables son dependientes; la religión se analiza según las relaciones de parentesco y las relaciones políticas y económicas".¹¹¹ Tampoco incorporarían, como lo hicieron los norteamericanos el campo de la antropología psicológica (utilización de las pruebas de Rorschach, de TAT y otras) en el estudio de las relaciones entre la cultura y la personalidad y de la denominada 'psiquiatría transcultural'. Por tanto, las investigaciones norteamericanas se concentraron en los valores culturales y de la personalidad. Además de las diferencias académicas, los norteamericanos se dedicaron a la planificación de la salud pública (como 'encargados de resolver los problemas'), lo que no ocurrió en el caso de los ingleses.

Dentro de la antropología social se viene destacando específicamente el campo de la *etnomedicina* que tiene por fin el estudio comparativo de la concepción y la percepción de la enfermedad así como de la organización y el contenido del diagnóstico y tratamiento. Se procura entender la cultura como un conjunto de significados y no como un epifenómeno para la acción social.

El análisis de la medicina tradicional se verá fortalecido al final de los años 70 por parte de los organismos internacionales, lo que sin duda repercutirá en el fortalecimiento de la antropología social.

Esto se puede verificar por los objetivos propuestos en relación con la medicina tradicional:

- 1) Acopiar todos los datos disponibles sobre curanderos tradicionales y sistemas indígenas de medicina; los resultados de la investigación y de los estudios de prácticas tradicionales y programas de adiestramiento a curanderos tradicionales y practicantes indígenas.

- 2) Analizar la información disponible a fin de determinar la importancia de las prácticas tradicionales para las necesidades de atención primaria de salud de varias poblaciones.
- 3) Estudiar, sobre el terreno, los sistemas existentes de medicina tradicional o indígena de cada región.
- 4) Sugerir las principales medidas de acción destinadas principalmente a la enseñanza de prácticas a los curanderos tradicionales y a la utilización de estos en el sistema de salud.¹¹²

A estas perspectivas de que disponía la antropología vinieron a juntarse otras transformaciones en el campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud. Según Mc Grevan, a partir de 1970 se inicia una "era de las ciencias políticas en salud". La particularidad de ese período radica en que los problemas de salud de la población se deben interpretar y solucionar dentro de un contexto social, político, institucional y económico más amplio. La comunidad ya no se enfoca como un grupo socioeconómico sino "como una unidad económica y política con un grado de desarrollo determinado."

"Dentro de este contexto, la salud se convierte en un asunto político, cuya responsabilidad está no sólo en manos de los individuos y las comunidades sino también de los gobiernos constituidos. Sin descartar ningún aspecto del 'modelo de salud pública', en este nuevo modelo se ponen de relieve las estrechas vinculaciones que unen el estado de salud de una población con sus necesidades básicas y su desarrollo socioeconómico".¹¹³

Al lado de los antropólogos, sociólogos y psicólogos sociales surgen por lo menos tres nuevas categorías en el grupo de salud: los economistas, los científicos políticos y los administradores de salud. Es preciso recordar que, como ya se indicó, cuando surgió la preocupación por el aspecto social, se realizó un número destacado de estudios sobre aspectos económicos y administrativos. En la actualidad, son otras las condiciones que atraen a esos profesionales al campo de la salud pero esa situación ha permitido recuperar varios criterios analíticos empleados para dar nuevo impulso a las investigaciones sobre salud.

Aun considerando que la participación de esos 'nuevos' profesionales es todavía limitada en muchos países (especialmente en los menos adelantados), es interesante notar que su contribución es cada vez más reconocida. Tomando como ejemplo uno de los manuales más recientes sobre ciencias sociales, encontramos indicaciones claras de esa situación. Mechanic, que hace algunos años había publicado una introducción a la sociología médica, ha preparado un manual¹¹⁴ en el que se destacan los temas de economía, política y administración de salud. Al reconocer que en la actualidad no bastaría con una sola disciplina, un sólo grupo profesional o un sólo análisis interdisciplinario, presenta contribuciones aportadas por historiadores, sociólogos, epidemiólogos, médicos de salud pública, científicos políticos, pediatras, enfermeras, economistas, psicólogos, antropólogos, psiquiatras, educadores en salud, asistentes sociales y administradores de salud.

Peter Conrad y Rochelle Kern,¹¹⁵ al preparar un libro de texto titulado "The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives", citan una gran diversidad de profesionales además de los sociólogos, especialistas en salud pública, "activistas en salud" y "críticos sociales".

Por consiguiente, la versión de las ciencias sociales aplicadas a la salud a partir de los últimos 10 años es más amplia y no se limita sólo a la sociología ni a la antropología. La sociología misma iría a sufrir nitidas transformaciones. El estudio sociológico de la salud y de la enfermedad siempre se había denominado sociología médica. A pesar de ser un concepto bien conocido y frecuentemente citado, recordamos que la diferencia establecida por Strauss¹¹⁶ entre la 'sociología de la medicina' y la 'sociología en la medicina' data de 1957. En el primer caso, la medicina se aborda como una institución social, aplicándose el mismo criterio sociológico que se emplea para otras instituciones y organizaciones. En el segundo, el punto de partida es el problema médico suplementado con el conocimiento sociológico. Si bien estas distinciones no formaron una dicotomía total en la práctica sociológica, muchas obras escritas en los años 60 se caracterizaron por esos criterios. En la sociología de la medicina encontramos un interés especial por los estudios sobre la profesión médica y en la sociología en la medicina, por el estudio de las causas sociológicas de la enfermedad, la relación del médico con el paciente, las razones de la demora en buscar atención médica, etc. Esos criterios revistieron especial interés para el establecimiento de programas de enseñanza de la sociología pero ya en esa época se habían hecho algunas observaciones sobre un criterio esencialmente médico comenzando con los conceptos y problemas médicos y relacionándolos con los factores sociales hasta llegar a una discusión generalizada de conceptos sociológicos; en otros trabajos se tuvo como base un plan sociológico de referencia. Illsley¹¹⁷ opina que, en el primer caso, el principal inconveniente para el sociólogo sería una discusión "dispersa, repetitiva e inconclusa", ya que "muchos problemas médicos diferentes conducen al mismo concepto sociológico". Después de subrayar los inconvenientes que tendría para el médico la situación inversa afirma que "cuando se lo manipula hábilmente, el abordaje sociológico tiene ventajas reales para la capacitación de los estudiantes de medicina, ya que puede ser el medio para integrar en un sistema unificado de pensamiento muchas fracciones dispersas de información y resultados de investigaciones que el estudiante encuentra en cada una de las subdivisiones clásicas de su capacitación."

Quizá esta distinción indique más bien un interés histórico en la delimitación de la sociología médica, pero aún así nos permite relacionarla con las formas que tomaría posteriormente. Una de estas se refiere al cambio en el punto de concentración: la sociología médica se ha orientado hacia la sociología de la salud y la enfermedad y el examen de las bases sociales de la salud y la enfermedad y no exclusivamente hacia la función del médico. Según algunos autores "estos acontecimientos reflejan, en parte, la gran preocupación de los especialistas y del público por la crisis de la atención de salud en los Estados Unidos, una crisis que se manifiesta en el desarrollo rápido de la enfermedad crónica como nuestro principal problema médico y social, en el elevado costo de la atención médica y en la "medicalización" de lo que hasta hace poco se consideraban problemas sociales de las eventualidades naturales de la vida".¹¹⁸

Cabe observar que en los años 80 el campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud, en los Estados Unidos, comprende desde las perspectivas de microanálisis, tanto en relación con el proceso de salud-enfermedad como con los servicios de

atención de salud, hasta los conceptos epidemiológicos en los que se subrayan los principales riesgos para la salud. La prestación y administración de la atención de salud constituye otro campo de investigaciones, al que sigue la cuestión de las profesiones de salud. De ordinario se dedica un capítulo especial al paciente, a sus actitudes y su grado de adaptación; en general, este sería el sector de estudios del "comportamiento del paciente", en el que se hace hincapié en los aspectos psicosociales. Se incluyen además las perspectivas que se extienden desde las propuestas de análisis marxistas, hasta los análisis multivariados y los relativos a la llamada "medicina del comportamiento".

Al trazar, de una manera general, el rumbo seguido por las ciencias sociales en Inglaterra y los Estados Unidos, se pretende citar elementos que permitan reconstruir el camino recorrido en los países latinoamericanos. Se ha adoptado esa medida porque la gran influencia ejercida principalmente por la sociología médica norteamericana en los años 50 y 60 no constituye una novedad. En ese período aún el campo de investigación y enseñanza se denominaba "ciencias del comportamiento" o "ciencias de la conducta", lo que representaba una traducción literal de la expresión inglesa *behavioral sciences*, que estaban constituidas, como ya se indicó, por las disciplinas de la sociología, psicología social y antropología. Data de esa época (1965) la primera evaluación realizada sobre la enseñanza y la investigación en América Latina, en la que se destaca la índole incipiente del campo en esas disciplinas.¹¹⁸

Como se indicó anteriormente, la incorporación del tema de la salud en algunas disciplinas sería posterior a la de la sociología y la antropología. En un análisis realizado por un grupo de trabajo en 1976¹¹⁹ se señalaría la necesidad de distinguir entre *Economía y Salud*, o sea el estudio de las vinculaciones del sistema económico con el sistema de salud, de *Economía de la Salud*, es decir, el análisis económico, operacional y normativo del sistema de salud. En esa época surgieron varios interrogantes sobre la forma de abordar las relaciones de la economía y la salud: la cuestión del trabajo productivo en la atención médica, las principales escuelas del pensamiento económico; el análisis microeconómico y sus limitaciones; la necesidad de incorporar el análisis del sistema económico-social en el sistema de salud y las relaciones del capitalismo con la salud. Algunas investigaciones se orientarían hacia el análisis de esos aspectos y se convertirían en una valiosa fuente de información.

En general, se llegó a una mayor diferenciación de las disciplinas que tratan de las relaciones de la salud o de la práctica de la salud con la sociedad. En años posteriores, el trabajo se concentraría en la búsqueda de las potencialidades teóricas y metodológicas de cada una de esas disciplinas.

3. La enseñanza y el desarrollo de las investigaciones

Aunque el tema principal de este documento sea la investigación, es preciso considerar algunos asuntos generales sobre la enseñanza de las ciencias sociales aplicadas a la salud. Si en el concepto moderno de la enseñanza universitaria se afirma que no se puede prescindir de la investigación, e inclusive se subraya la importancia

de la retroinformación constante para efectos de la enseñanza, en muchas instituciones de enseñanza superior no se realizan investigaciones sistematizadas. Es evidente que no siempre se deben realizar investigaciones en las instituciones de enseñanza. Ello dependerá del modelo de la universidad y podrá constituir una atribución de las fundaciones y de los institutos de investigación propiamente dichos. Por tanto, la afirmación se refiere a las universidades que consideran la investigación como objetivo de esos centros universitarios pero que, en realidad, no emprenden proyectos organizados e institucionales sino más bien actividades cuya responsabilidad compete a un individuo.

Las ciencias sociales se incorporaron a la enseñanza a partir de los años 60, como parte de propuestas de actividades preventivas. Con ese fin, se pretendía transformar la educación médica reformulando el saber y la práctica médica.

En 1965,¹²⁰ en una evaluación de la enseñanza en América Latina, se concluyó que "En muchas facultades de medicina latinoamericanas, los conceptos de las ciencias sociales se confunden y se mezclan a menudo con los preceptos de la medicina social o de la filosofía social". Se afirmó además que "los médicos, que a veces constituyen la vía de introducción de las ciencias sociales a la enseñanza médica en América Latina, han tenido que afrontar muchas veces el escepticismo de sus colegas, la confusión a que da lugar el nombre y el contenido de la nueva disciplina y la escasez de candidatos idóneos para los cargos docentes". En la época en que se realizó la investigación, en colaboración con los Departamentos de Medicina Preventiva, los autores concluyeron que cerca del 25% de las facultades de medicina ofrecían instrucción en antropología, sociología o psicología. Encontraron una gran falta de homogeneidad en el contenido y la designación de cada disciplina: antropología física, antropología social, sociología, socioantropología y psicología social.

Se deduce de ello, que en la enseñanza se procuraba subrayar la importancia de las propuestas de la medicina preventiva social. Con ello se hacía hincapié en la atención integral del individuo y su familia, la formación biológica y psicosocial, la práctica de la medicina integral y la participación de la comunidad. Uno de los aspectos del programa consistiría en proporcionar al estudiante conocimientos "sobre el hombre como unidad social, habida cuenta de sus interrelaciones con el medio ambiente físico-químico, biológico, psicológico o social. Ello comprenderá aspectos de sociología general, ecología y antropología social, saneamiento, epidemiología y bioestadística".¹²¹ En los seminarios de medicina preventiva se trataba básicamente de introducir el concepto de salud como proceso y el de ecología, en el que se incluía el aspecto social. Posteriormente, el asunto del concepto social integrado a la medicina preventiva volvería a ser objeto de debates en 1968 y 1974 en los seminarios de la Organización Panamericana de la Salud. A esos efectos se recuerda que "las ambiciosas metas de llegar a la transformación de las prácticas de salud y especialmente de la atención médica por medio de la formación de profesionales capacitados para producir los cambios pertinentes no se concretizaron; más bien, se produjo de forma correlativa la incorporación aislada de servicios de medicina preventiva dentro de algunos programas de atención hospitalaria".¹²² En el decenio de los años 70 se volverían a definir los programas de la comunidad y se iniciarían las actividades tendientes a integrarlos en la red de servicios, que hoy en día se concentran

en la integración docente-asistencial y la atención primaria. Aunque sea de manera superficial, es importante subrayar estas cuestiones que han servido para orientar los cursos de ciencias sociales, su contenido teórico y la parte práctica. García¹⁰³ encontró, en 1967, que en el 79% de las facultades de medicina se enseñaban temas sobre "ciencias de la conducta". El contenido correspondía a conceptos básicos enseñados en el 78% de las facultades; etiología y medio ambiente social en el 58% conducta en el estado de salud y enfermedad, en el 55% y aspectos psicosociales y culturales de la atención médica, en el 39%.

Indudablemente, esa investigación es más completa que la realizada sobre la enseñanza de las ciencias sociales. Se observó, sin embargo, un predominio de actividades teóricas en comparación con actividades aplicadas; en la mayoría de los casos las clases teóricas constituían la principal metodología de la enseñanza y las instancias prácticas se celebraban en los barrios.

En algunos países se realizaron también investigaciones sobre la enseñanza de pregrado en ciencias sociales. En Brasil, en 1971, se investigó el 68% de las facultades de medicina; el 80% de las facultades de enfermería; el 80% de las facultades de odontología y seis facultades de salud pública. En esa época, se comenzaba apenas a establecer los cursos y se encontró que el 70% de todas esas facultades propusieron cursos cuyo plan de estudio comprendía temas de ciencias sociales o ciencias del comportamiento.¹²⁹ En 1981-82, en una nueva investigación realizada, 44 facultades de medicina (de un total de 76) respondieron el cuestionario. De estas, el 59% declaró disponer de alguna forma de enseñanza de ciencias sociales; el 65.4% contaba con una disciplina específica para la enseñanza de las ciencias sociales; el 39.6% dictaba temas afines y del 65.4%, 7 facultades dictaban temas afines y ofrecían una disciplina específica.¹³⁰ Además de esas dos investigaciones, en el estudio sobre la enseñanza de la medicina preventiva realizado en 1976 se incluyó un análisis de la enseñanza de las ciencias de la conducta y de la medicina social.¹⁰⁵

Recientemente se publicó en México un estudio general titulado "Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América Latina".¹²² En el trabajo se presenta información basada en los planes de estudio de las facultades de medicina de los países de América Latina excepto del Brasil, Cuba y Ecuador. Después de hacer una división en materias básicas, materias clínicas, materias sobre cirugía, materias componentes de salud pública y materias del campo social, los autores verificaron la proporción en que se enseña cada una de estas. Las materias relativas al campo social comprenden: introducción a la sociología, antropología, salud de la comunidad, salud pública, medicina social y medicina humanística. En muchos casos esas disciplinas se excluyen del plan de estudios o su porcentaje de inclusión es muy pequeño en relación con otros campos. En nuestra opinión, algunos de estos temas se tratan en las materias de salud pública, medicina preventiva y otros sectores afines. Aunque como resultado del trabajo fue posible seleccionar algunos planes de estudio, se nota que en muchos de estos no existe ninguna preocupación por el aspecto social, y en otros casos las formas de integración son diversas y en un mismo país puede haber diferencias notorias en lo que respecta a la inclusión de disciplinas sobre el aspecto social en el plan de estudios de las distintas facultades de medicina.

Los modelos de enseñanza tienen distintas bases teóricas: historia natural de la enfermedad, atención integral, carrera del paciente y enfoque estructural.¹²³

Sin duda alguna, la participación del aspecto social en los planes de estudio está limitada por la propia orientación de las facultades en las que se acentúa la especialización y se recalcan los valores técnicos y científicos de las disciplinas básicas y clínicas. En muchos casos, aunque el criterio de los objetivos sea amplio e integral no es sorprendente que los objetivos sociales y políticos de la práctica profesional queden relegados a un segundo plano. Aún más, ello lleva a una confirmación de los valores y las tendencias predominantes de la sociedad, que transforman la universidad en un aparato ideológico del Estado. En consecuencia, los conocimientos adquiridos sobre la salud y la enfermedad no permiten la formación de una conciencia crítica que contribuya a transformar las condiciones de subdesarrollo. Estas características han constituido una marca distintiva de la formación médica en el sentido de que incorporan las finalidades tecnocráticas del Estado capitalista.

Por otra parte, la expansión de las ciencias sociales en términos de enseñanza se acentuará a partir de 1970 en cursos de posgrado propiamente dichos y en cursos de especialización y residencia médica. En el primer caso, esas experiencias se iniciarían en cursos como los de medicina social de Río de Janeiro y en la Universidad Nacional Autónoma de México, que fueron los primeros en establecerse en América Latina, en 1973 y 1975, respectivamente.

En lo que respecta al Brasil, en un estudio reciente¹²⁴ se indica que hay cuatro centros de estudios de maestría y doctorado en salud colectiva, con siete cursos; 15 cursos de salud pública y nueve cursos de residencia en medicina social. En total, existen 31 programas en los que se incluyen cursos de ciencias sociales. Sería imposible presentar aquí el contenido de estos cursos; sin embargo, se subrayarán algunas características.

En los cursos de maestría y doctorado predomina el criterio macrosociológico que se aproxima mucho a la sociología de la salud. En los cursos de salud pública, además de la introducción de los conceptos básicos de ciencias sociales, se observa que "existe preocupación por las aproximaciones a nivel local, a la realidad y las distintas propuestas de carácter general vigentes de la políticas de salud, y por los análisis de la realidad histórico-social. Se constata una menor intensidad del esfuerzo teórico-conceptual cuando se trata de confirmar, manifestar o justificar teóricamente las aproximaciones del instrumental sociológico y del campo de la salud". El grupo que asiste a esos cursos está formado por profesionales con experiencia en el sector salud mientras que el que asiste a los cursos de maestría y doctorado pertenece a muchos sectores profesionales. Finalmente, en lo que respecta a la residencia médica, el contenido es bastante diversificado tanto en términos de las ciencias sociales como de las ciencias sociales aplicadas. Se concentra de ordinario en el análisis de la práctica médica y la determinación social del proceso de salud-enfermedad. Esos cursos se dedican a los médicos.

Estas son las experiencias que se han destacado recientemente en la enseñanza de las ciencias sociales aplicadas a la salud y en muchos casos, como el del curso de medicina social dictado en México, ha sido indispensable que el sector efectúe una revisión teórica de los conceptos relativos a los aspectos socioeconómicos de la salud y de la práctica médica. Cabe destacar, por ejemplo, el establecimiento de un marco teórico para orientar la investigación en sociología médica.¹²⁵ La localiza-

ción del materialismo histórico en la corriente sociológica marcará el alejamiento de otros criterios teóricos predominantes en las investigaciones de salud. La delimitación del campo en tres temas principales favorecerá progresivamente las investigaciones correspondientes: 1) la salud-enfermedad entendida como un fenómeno colectivo; 2) el saber médico y 3) la práctica médica. Dentro de esos temas, los de salud-enfermedad-saber-práctica médica se consideran como una parte dinámica de la formación socio-económica y se explican por medio de esta, es decir que "son hechos históricos y sociales que no pueden desvincularse del proceso histórico general aunque tengan cierta autonomía relativa con respecto al mismo".

En las relaciones establecidas entre la enseñanza y la investigación se destacan, en general, dos situaciones:

1. La investigación se incluye en algunos casos en los cursos de medicina como una forma de emprender una actividad práctica. Es una estrategia pedagógica que se inició y se emplea todavía bajo la forma de proyectos de investigación sobre un tema seleccionado y que permite hacer encuestas sobre atención de salud, morbilidad, actitud de los pacientes, etc. En muchas de esas investigaciones se utilizan datos secundarios de censos y se procura establecer, en forma introductoria, la metodología de la investigación. Esta es una actividad de capacitación de estudiantes en la que no existe preocupación por realizar investigaciones completas, que representa un medio de producción interna y no divulgada de algunas facultades de medicina.
2. La investigación se exige sistemáticamente como requisito para concluir los cursos de posgrado. En ese caso representa una programación más consolidada con una amplia diversidad de temas. Procede agregar también que su carácter académico permite revisar los conocimientos y profundizar en los aspectos teórico-conceptuales.

4. La función de las instituciones internacionales

En esta presentación general sobre la situación de las ciencias sociales se subrayará alguna información relativa a la función que desempeñan las instituciones internacionales en algunos programas relacionados directa o indirectamente con las ciencias sociales.

El apoyo prestado por la OMS se remonta a los orígenes de su establecimiento en 1948. En los años 50 y 60 surgen los sociólogos como asesores a corto plazo. Posteriormente, la creación de una unidad de ciencias del comportamiento dentro de una división de investigaciones sobre epidemiología y ciencias de la comunicación sería fundamental para el estudio de los asuntos concernientes a la educación profesional. También en relación con la función de las ciencias sociales en la educación médica, la OMS organizó un seminario en Hannover (República Federal Alemana) en 1969, en el que se declaró como parte de las recomendaciones que "La mejor solución es el establecimiento de departamentos independientes de ciencias del

comportamiento en las facultades de medicina". Se agregó además que "convendría destacar la importancia de las investigaciones en este sentido. Fuera de la función obvia de mejorar los conocimientos pertinentes, un programa de investigaciones sobre ciencias sociales ofrecido en las facultades de medicina es de un valor incalculable como medio de formación de profesores".¹²⁶

La secuencia de hechos que rodearon a los sociólogos estuvo vinculada a las cuestiones de educación; entre esos hechos se destacó especialmente la reunión (del Grupo Asesor en Sociología de la Formación Profesional de Recursos Humanos para la Salud) celebrada en 1970, en la que se propuso un estudio internacional sobre el estudiante de medicina.

Los sociólogos participaron posteriormente en tres proyectos, a saber, un estudio internacional sobre la atención de salud publicado en 1976; otro sobre las posibilidades de los sociólogos en las investigaciones sobre recursos humanos y, finalmente, otro sobre planificación y establecimiento de servicios de salud.

Como resultado de los análisis de la educación médica realizados en 1955, 1956, 1968 y 1974, la enseñanza de las ciencias sociales pasó a formar parte de las recomendaciones entonces formuladas.¹²¹

En los años 60 se celebraron actividades conjuntas con fundaciones, como en el caso de la Fundación Milbank, para fines de perfeccionamiento de sociólogos, revisión de la enseñanza, celebración de seminarios sobre la enseñanza y la planificación en materia de salud. Además se prestó apoyo financiero para investigaciones (encuesta nacional sobre recursos humanos para la salud realizada en Colombia y estudio sobre la educación médica en América Latina) y contratación de sociólogos.

En 1965 se realizó la primera evaluación de la situación de las ciencias sociales.¹¹⁸ Ese trabajo, que constituye una revisión de lo que se había producido y enseñado hasta entonces en América Latina, contiene información sobre los problemas afrontados por los sociólogos. Se citan problemas como "escaso apoyo financiero, limitaciones impuestas por los cargos docentes de medio tiempo, escasez de recursos materiales, amenaza a los guardianes de los valores tradicionales como consecuencia de los resultados de las encuestas sociales y, a menudo, deficiencias en la formación académica de los sociólogos".

Las posibilidades de realizar un "buen matrimonio" entre las ciencias sociales y la medicina y de determinar la posición de los cónyuges (frente al imperialismo médico y a la imposición de normas y modalidades orientadas hacia la acción que reducirían al sociólogo a una posición servil) fueron importantes puntos tratados en la reunión.

Se señaló que existen pocos investigadores y que en la mayoría de los casos sus estudios tienen una difusión restringida. Se formularon las siguientes recomendaciones:

- incrementar el número de reuniones para discutir los métodos de investigación;
- establecer relaciones con los organismos internacionales interesados en las ciencias sociales;
- reunir los documentos de investigación en un sólo centro;
- capacitar al personal a nivel de estudios de grado y de posgrado.

En el decenio de los años 70 se establecen programas de investigación y enseñanza sobre enfermedades tropicales; la OMS, junto con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Mundial, establece programas de investigaciones sobre malaria, esquistosomiasis, filariasis, tripanosomiasis, lepra y leishmaniasis en los que los sociólogos tienen oportunidad de participar. A final de los años 70 se convocarían dos reuniones dentro de este mismo programa para abordar los aspectos sociales y económicos. Las principales actividades consistirían en:

- realizar dos revisiones bibliográficas: una sobre los métodos de las ciencias del comportamiento empleados para combatir las enfermedades tropicales y la otra sobre estudios económicos de la malaria, la filariasis y la tripanosomiasis;
- comprobar la posibilidad de efectuar tres estudios;
- examinar de nuevo la percepción social de esas enfermedades y la función de la participación de la comunidad en el control de las mismas;
- identificar y enumerar los investigadores dedicados a esa clase de trabajo y las instituciones participantes;
- instar a los sociólogos a que apliquen sus conocimientos al estudio de la transmisión y control de esas enfermedades.

En otros dos programas se reclamaría la participación de los sociólogos en las investigaciones sobre reproducción humana (1972) y en el campo de la salud mental (1976). En el primero se abordan los aspectos relacionados con las cuestiones de planificación familiar y la familia en general y con la aprobación de programas; en el segundo, los factores psicosociales que afectan la salud mental.

El primer intento de utilización de las ciencias sociales en la Organización Panamericana de la Salud se remonta a 1950, cuando se iniciaron las investigaciones del Instituto de Nutrición en Centro América y Panamá (INCAP) en el sector de nutrición. Ese trabajo, así como el análisis antropológico realizado entre 1953 y 1956 en los países de América Central y Panamá, estuvo a cargo de un antropólogo. En esa época, en la propuesta presentada sobre la función de las ciencias sociales se decía que "se deben contratar sociólogos principalmente para trabajar en programas de salud como especialistas en investigación pero no como administradores ni como especialistas sanitarios".¹

A partir de 1967, las principales actividades emprendidas abarcaron un extenso estudio sobre la educación médica en América Latina en el que se prestó particular atención a las ciencias sociales,¹⁰³ y dos proyectos de investigación también sobre la enseñanza, uno en 10 facultades de salud pública y otro en las facultades de medicina y salud pública de seis países de América Latina. En 1968 y 1974, la OPS recomendó el empleo de libros de texto para el estudio de las ciencias sociales.

En el decenio de 1970 ocurrieron algunos hechos importantes en materia de enseñanza e investigación de las ciencias del comportamiento y las ciencias sociales, que comprendieron la realización de siete reuniones de trabajo y 14 seminarios entre 1970 y 1976. Cabe destacar aquí el seminario de Cuenca, Ecuador, al que asistieron 14 representantes de 11 naciones.

Durante el período comprendido entre 1971 y 1975 se estableció además un

programa de apoyo a la enseñanza (PNUD/OPS). En 1973, la OPS y la Fundación W.K. Kellogg prestaron apoyo técnico y financiero para el establecimiento del primer curso de medicina social en Río de Janeiro. Con la colaboración de la OPS se estableció en 1974 el curso de medicina social a nivel de posgrado en Xochimilco, México, en el que participaron la OPS y la Universidad Autónoma Metropolitana.

En la segunda mitad de los años 70 ocurrió un cambio en términos del financiamiento de programas, pasando a asignarse fondos a actividades de educación e investigación en ciencias sociales aplicadas a la salud. Data de ese período un gran interés en la preparación de propuestas sobre atención médica, en particular, atención primaria de salud y participación de la comunidad.^{43,45,46}

En términos generales, la contribución aportada por la OPS/OMS en esos años es múltiple: se realizaron con éxito actividades de enseñanza, investigación, formación de personal y asesoramiento. Esa contribución favoreció enormemente el surgimiento de las ciencias sociales y despertó interés por las mismas. Es preciso continuar con la tarea de consolidar, ampliar y difundir las investigaciones en ese campo y de formar investigadores de alto nivel. La discusión que puede realizarse en términos de esa colaboración es importante, pues, como se afirma en el mismo documento de la OPS, "en 1980, contrariamente a lo que ocurrió 25 años antes, ya no se trata de saber si las ciencias sociales aplicadas a las investigaciones de salud recibirán o no el apoyo de organismos internacionales, universidades y gobiernos de los Países Miembros. La decisión ha sido firme y positiva. Sin embargo, un asunto que no se trató en forma directa, es la manera en que esa asistencia se podrá prestar más eficazmente a las nuevas disciplinas de interés para las investigaciones sobre salud".¹

III. PERSPECTIVAS

De las informaciones analizadas en las secciones anteriores se destacan algunos puntos:

- 1) Indudablemente, durante el período estudiado la investigación médico-social se desarrolló en forma evidente.
- 2) Las diferentes disciplinas del campo social estuvieron representadas en este empeño, variando su intensidad según los factores internos y externos de cada una; sus posibilidades de mayor o menor 'aplicación', el financiamiento para proyectos de investigación, los recursos humanos (números y formación de investigadores) y las determinaciones emanadas del sector de salud.
- 3) En ese campo, fue importante la función desempeñada por los organismos internacionales, principalmente la OPS cuya política de apoyo a la investigación médica se había establecido en los años 60 y se intensificaría de nuevo en el decenio de los años 70. A partir de entonces hay buenas posibilidades de lograr progreso continuo.
- 4) Hay una gran diversidad de temas investigados por medio de distintos cuadros teóricos de referencia y diversas técnicas de acopio de información.
- 5) La enseñanza de las ciencias sociales a nivel de grado, que tuvo su mayor auge

entre 1965 y 1970, al parecer no ha registrado después de ese período un crecimiento acelerado; sin embargo, después de 1970, se incorporan las ciencias sociales en algunos cursos de posgrado, especialización y residencia médica.

6) Muchas investigaciones no se realizan en instituciones vinculadas directamente al campo de la salud, como facultades de medicina e institutos de salud, sino en departamentos de ciencias sociales, económicas y políticas (según el tema escogido).

Como se puede verificar, la documentación básica que nos permitió conocer muchos de los aspectos precitados fue la Bibliografía y en ciertos casos la misma literatura científica. Conviene hacer, por ende, una primera observación. Aunque nuestro criterio no haya sido exclusivamente descriptivo, hemos partido de los datos relativos a la productividad del sector. En este caso en particular, fue esencial disponer de una reseña bibliográfica en la que se citó gran parte de la literatura relativa a ese campo científico. En esa reseña se incluyeron también algunas características de los trabajos, como el sector más próximo al campo general de las ciencias sociales y la principal orientación teórica. Estos elementos, poco comunes aún en las bibliografías especializadas, facilitaron mucho nuestra tarea. Por ende, la producción del sector se consideró por medio de ese indicador que permitió emitir un diagnóstico aproximado de la situación. Evidentemente, un análisis más completo exige que se conozca el desarrollo científico del sector y sus vinculaciones con la estructura social, tanto en sus aspectos económicos como jurídicos, políticos e ideológicos. En Parte, se trató de cumplir con ese requisito pero es preciso completar el trabajo con estudios destinados a puntualizar las características específicas de cada realidad en sus aspectos socio-económicos e históricos. Para ello es indispensable realizar estudios nacionales que permitan analizar la actividad científica. Así se podrá seguir adelante de acuerdo con los indicadores de esa actividad. García señala que:

"El desarrollo de los indicadores científicos en la América Latina se presenta en la actualidad como desordenado, carente de una dirección que posibilite una selección y una utilización más adecuada de los mismos. Esta deficiencia producto de la orientación empiricista con que han sido elaborados, es mayor en el campo de la salud donde, además, muy pocos países cuentan con información suficiente y confiable".¹²⁷

Por ende, en el futuro será indispensable acopiar información continuamente sobre tres aspectos, a saber:

- a) la institución investigadora;
- b) el investigador;
- c) el proyecto de investigación.

Como se indica en el trabajo titulado "La investigación en el campo de la salud en once países de la América Latina" ya se ha iniciado un análisis general de la situación en el 'campo de la salud'. Se obtuvieron datos sobre 1.725 investigadores en los países objeto de estudio (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú). De ese grupo, 38% se dedicaba a las ciencias básicas; 36% a las especialidades clínicas o aplicadas y 16% a la salud pública. De un total de 1.261 investigadores, 37 son sociólogos y 739 son

médicos, que representan el número más elevado.

Los estudios de esta clase, así como la realización de los mismos en el campo de las ciencias sociales, se considerarán indispensables a partir de los años 80. Esta es una actividad que se puede incluir perfectamente en los planes de la Organización Panamericana de la Salud y, más aún el propio campo de las ciencias sociales podrá contribuir eficazmente al estudio de los indicadores científicos. En parte, el trabajo presentado se sitúa dentro del marco de esas preocupaciones. Pese a sus limitaciones, los indicadores permitieron ofrecer un panorama bastante revelador de la situación y pasar, hasta cierto punto, del "terreno de las suposiciones al de los hechos; . . . permiten confirmar o refutar ciertas concepciones predominantes y, especialmente, plantean nuevos interrogantes".¹²⁶

Un segundo grupo de consideraciones se refiere a las disciplinas y a su participación en el desarrollo del campo en forma colectiva y particular. Si los factores estructurales son importantes para el desarrollo científico, en el campo de la salud, ese desarrollo está condicionado a la situación de salud. A ello se agregan los aspectos internos de cada disciplina que permiten ver la posibilidad de aplicación de la misma en el campo de la salud y analizar su desarrollo teórico y metodológico como parte de su dinámica interna.

No se puede dejar de observar que, aunque se reconozca la importancia de las disciplinas del sector social, todavía existen barreras para la plena incorporación de las mismas. Por ejemplo, los marcos de la economía política se han incorporado sólo recientemente. Breilh,¹⁰⁶ al analizar algunos puntos sobre la incorporación de esas disciplinas, señala que además del desarrollo propio de esas ciencias, que ha ganado terreno progresivamente en la explicación de los fenómenos de salud-enfermedad, existen núcleos clínicos académicos más conservadores que condenan *a priori* "las posibilidades de uso de la teoría social, aduciendo frente a ella algo comparable con lo que esgrimieron los detractores de la biología durante el siglo XIX, es decir, que el fenómeno social es demasiado complejo y cambiante como para poder lograr precisión y rigor en su estudio". Subraya además que el desarrollo de la metodología científica y la enseñanza de esta en América Latina son precarios.

Es imposible prever el curso que tomará el desarrollo de cada disciplina; sin embargo, como ya se indicó en la primera parte, podría haber una mayor oportunidad de conocer las cuestiones de salud.

Otro grupo de consideraciones se refiere al análisis de algunos períodos del desarrollo económico de América Latina y al intento de incorporar algunos asuntos que se presentarán en los próximos años.

De los años 30 a los 60 se hace un intento general por lograr mayor autonomía en el desarrollo de las economías latinoamericanas. Ese intento se ve frustrado, en parte, por las propias condiciones existentes, a saber, escasez de capital; dependencia tecnológica y cuantiosa inversión de capital extranjero. Es bien conocida la industrialización, de características especiales, provocada por factores externos y de marginalización de amplios sectores de la población que se desplazaron del campo a la ciudad. En el período de la posguerra se centraliza la práctica de la salud en las necesidades individuales y en la atención médica de éstas. Aún entre 1955 y 1960, la intensificación de las medidas preventivas impediría que la práctica de la salud su-

perara la hegemonía de la atención individual. Ya se analizó la importancia del enfoque preventivista en la incorporación del aspecto social. Nos parece, sin embargo, que se hizo un intento de incorporación sin mayor elaboración teórica. Se trataba de 'aplicar' el conocimiento del aspecto social de las acciones de salud, por medio del sociólogo, como profesional a quien competía elaborar los instrumentos para llegar a conocer la realidad y aún actuar conjuntamente con el personal médico para 'resolver' los problemas sociales. Ese no fue el único factor influyente pero quizá impidió, en parte, que se estableciera un cuerpo teórico en el que se subrayara la especificidad de los procesos sociales. La influencia de modelos de la sociología norteamericana y de modelos médicos caracteriza esa fase. En la medicina se buscaba un modelo 'suficientemente amplio' para incluir el aspecto social (la historia natural de la enfermedad, el cuidado integral, la integración biopsicosocial). Por otra parte, aunque la comunidad constituyera un punto de referencia, la interpretación se realizaba en términos de individuos, familias o de los datos correspondientes a esos dos grupos en conjunto, pero nunca en términos de la determinación básica de los procesos colectivos. Obviamente, esos elementos influyeron en las investigaciones, debido a su incipiencia y al predominio de la consideración biológica de la salud y la enfermedad.

Muchos son los análisis realizados sobre las economías latinoamericanas en el período de la posguerra. Aquí se enuncian sólo algunos puntos sin pretensiones de análisis. En general, los estudiosos indican que en 1950-1954, la característica básica consistió en adoptar una estrategia de sustitución de las importaciones industriales; a mediados del decenio de los años 60, las economías de América Latina se orientarían hacia una estrategia de internacionalización y entre 1975 y 1980 habría una fase de creciente deterioro de su economía global, que marcaría el período de menor crecimiento económico en 30 años.¹²⁸

Las crisis que afectaron la economía —inflación, estancamiento y desempleo— y la crisis fiscal tendrían graves y profundas repercusiones en las condiciones de vida de grandes contingentes de población. Vimos anteriormente que la práctica de la salud en los años 60 se distingue por la hegemonía de la atención sobre las prácticas preventivas y que las 'prácticas sociales' adoptadas no resolverían el problema de la atención de la salud. Los gastos públicos se concentrarán en los sectores curativos y hospitalarios. Las propuestas de extensión de la cobertura y participación de la comunidad en la atención de salud perdurarían hasta el día de hoy, lo mismo que la formación de recursos y los cambios en la carrera de medicina (formación de personal auxiliar y médicos generales).

Como se observa en este trabajo, alrededor de 1970 la insatisfacción causada por la insuficiencia de los planes de análisis vigentes hasta entonces y la constatación del deterioro cada vez mayor de las condiciones de salud, llevarían a analizar de nuevo el aspecto social. En ese sentido, puede afirmarse que la gran contribución crítica y analítica se remonta a esa época. A esos efectos, citamos algunos puntos como tema final de estas observaciones.

El último grupo de consideraciones se refiere al tema que se debe investigar. No puede negarse que el desarrollo y las características propias de las ciencias sociales en América Latina en años recientes difieren mucho de los de otras regiones.

Ello se debe quizá a que el desarrollo se basó en un análisis crítico de los enfoques predominantes en los países centrales y en el intento por elaborar otro marco teórico que permitiera "contemplar la explicación del cambio como proceso histórico que permite mantener una conciencia crítica y autocrítica y la necesidad constante de problematizar sus propias categorías".⁹ Dentro de esas perspectivas teóricas se produjeron muchas investigaciones, como ya se explicó en este trabajo. Obviamente, varió el grado de contribución —de los análisis históricos de las prácticas de salud a las propuestas de estudios sobre epidemiología social; de los análisis de la función de las ciencias sociales en la formulación de un plan teórico de referencia para el análisis de la salud-enfermedad, a la función que deben desempeñar en la formación del profesional de salud.

Si en la fase anterior a los años 70 el empirismo fue básico para poner en marcha la planificación y los estudios vinculados con la práctica predominante (atención médica), en la actualidad se procurará investigar la realidad estudiando sus contradicciones internas y sus niveles estructurales.

Se ha abierto el camino y sus posibilidades de aplicación son innegables. Indudablemente, las condiciones estructurales deberán marcar la pauta de los asuntos que constituyen problemas y que será preciso estudiar. Teniendo en cuenta que el trabajo de investigación se vinculará a la coyuntura socioeconómica de cada formación social de los países latinoamericanos, se pueden subrayar de un modo general varios temas de diversa naturaleza: los cambios demográficos y la transformación del espacio urbano; las condiciones de trabajo y de salud ocupacional; el desempleo; la morbilidad y mortalidad en relación con la permanencia y transición del cuadro nosológico; y los servicios de salud. A esos temas se junta la problemática de las propias ciencias sociales y de las disciplinas afines y las distintas posibilidades relativas a las investigaciones sobre salud. Esos son aspectos que se cruzan y se complementan en un proceso dialéctico de conocimiento, para cuya realización es esencial la formación de personal capacitado y la asignación de recursos financieros. Obviamente, una política de investigación con la debida dimensión social deberá comprender no sólo la difusión del conocimiento sino su empleo al servicio de la transformación social.

Octubre de 1983

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PAHO. *Report of the Advisory Committee on Medical Research Working Group on Research in the Social Sciences*. XIX Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research, 48 pp. San José, Costa Rica, 9-13 June 1980.
2. GARCIA, J.C. Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930. *Educación Médica y Salud* 15 (1), pp. 71-87, 1981.
3. ROSEN, G. The evolution of social medicine. In: Freeman, H.H., Levine, S. y Reeder, L.G. (Ed.) *Handbook of Medical Sociology*, pp. 18-51. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, Inc., 1963.
4. OPS/OMS. *Bibliografía Latinoamericana sobre Ciencias Sociales aplicadas a Salud* (org. por R.F. Badgley; G. Bravo, C. Gamboa, J.C. García) s.d.
5. GARCIA, J.C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes, E.D. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos y teóricos*. São Paulo, Global, 1983.
6. OLIVEIRA, E.R. Doença, cura e benzedura: um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campinas, Tesis de maestría. IFCH/UNICAMP 1983. Sobre medicina popular, véase Loyola Lobrond, M.A.R., *Medicina popular e sistema paralelo de saúde*, Rio de Janeiro, 1977.
7. FOSTER, G.M. Medical anthropology and international health planning. *Social Sciences and Medicine*, 11, pp. 527-534, 1977.
8. LAURELL, A.C. "Presentación". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 84: 5-8, 1976.
9. OPS. Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educación Médica y Salud*, 8 (4), pp. 354-359, 1974.
10. AROUCA, A.S.S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas, S.P. 1975. Tesis de Doctorado, 1975. El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 84: 33-56, 1976.
11. BREILH, J. La medicina comunitaria: una nueva policía médica? *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 84, 1976.
12. DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e Sociedade*. Tesis de Doctorado, FM/USP, São Paulo, 1976.
13. GARCIA, J.C. *Medicina Comunitaria: Concepto e Historia*. 21pp. (Mimeo). OPS, 1974.
14. GANDRA, D. da S. Consideraciones sobre la naturaleza y dinámica de la práctica médica. *Revista Centroamericana de Salud*, No. 3, pp. 189-197. Ene-Abr. 1976.
15. NOGUEIRA, R.P. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. Dissertação de Mestrado, UERJ, Rio de Janeiro, 1977.
16. GONÇALVES, R.B.M. *Medicina e História: Raízes sociais do trabalho médico*. Tesis de Maestría, FM/USP, São Paulo, 1979.
17. BREILH, J. *Economía, Medicina y Política*. Ed. Universitaria, Quito, 1979.
18. ALARCON, J. Rasgos característicos del desarrollo de la medicina. *Publicación Círculo Investigaciones Sociales*, No. 1, pp. 47, Lima, 1976.
19. BREILH, J. El papel de la epidemiología en la vigilancia epidemiológica. Conferencia-Seminario Vigilancia Epidemiológica UAM, México, 1977.
20. CORDEIRO, H. A questão democrática na área da saúde: Proposta para um debate. (Mimeo). Instituto Medicina Social, Rio de Janeiro, 1979.
21. GRANDA, E. *Las instituciones de la salud y los recursos humanos*. (Mimeo). Quito, 1979.
22. MARQUES, M.B. Considerações sobre o carácter prioritário da saúde materno-infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, série Ensaio, No. 1, Rio de Janeiro, 1980.
23. MELLO, C.G. de A. *Saúde no contexto do sistema econômico*. *Revista Brasileira-Médica*, 82(2), 1968. Aspectos econômicos da saúde. IX Congresso Brasileiro de Medicina Tropical, Rio de Janeiro, 1975.
24. MERCER, H. La práctica médica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* No. 84, pp. 9-31, Abr.-Jun. 1976.
25. OLIVARES, R. Algunos conceptos que contribuyen al estudio interdisciplinario de la relación médico-paciente-comunidad. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, No. 37, Caracas, 1977.
26. CORDEIRO, H. de A. y ZAVALETA, H. Análisis de la práctica médica actual en América Latina: Alternativas y tendencias. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 13, pp. 111, 1979.
27. OLIVEIRA, J.A. de A. y TEIXEIRA, S.M.F., *Medicina de Grupo. A medicina e a fábrica*. In: Guimarães, R. (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um debate*, Rio de Janeiro, 1978. Las empresas médicas brasileñas son analizadas por Bevilacqua, L.D. en "Economie de la Santé", Tesis, París, 1977.
28. MERCER, H. Estados de excepción y políticas de salud en el cono sur: notas preliminares para una caracterización (mimeo). UAM-X, México, 1979; WAITZKIN, H. *Medicine, socialism and totalitarianism: lessons from Chile*. *New England Journal of Medicine* 291(4): 171-7, 1974.

29. FASSLER, C. Hacia un enfoque crítico de la investigación en servicios de Salud (mimeo). UAM-X, México, D.F., 1978.
30. VARGAS, R. Health policies in Latin America. *Social Sciences and Medicine*, 13(2): 69-73, 1979.
31. BEHM, H. Demographic growth and health service in Latin America. *International Journal of Health Service*, 9(1), 1979. GUTIERREZ, H. Demographic trends, health and medical care in Latin America. *International Journal of Health Service*, 2(1), 1972.
32. SINGER, P. Population and economic development in Latin America. *International Journal of Health Services*, 3(4), 1973.
33. MACHADO, R, e outros. *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Graal, Rio de Janeiro, 1978.
34. DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil. A década de 70. In: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, Rio de Janeiro, ABRASCO, pp. 18-35, 1983.
35. GARCIA, J.C. La medicina estatal en la América Latina. *Revista Latinoamericana de la Salud*, 1, 1981 y 2, 1982.
36. AROUCA, A.S.S. e outros. O complexo previdenciário de assistência médica. (Mimeo). 1979.
37. BRAGA, J.C. de S. A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Tesis de Maestría, FCH/UNICAMP, Campinas, 1978; PAULA, S.G. de, y BRAGA, J.C. de S. Acumulação de capital e a atenção oficial à saúde no Brasil. PESES, Rio de Janeiro, 1979.
38. CORREA VASQUEZ, M.E. Estado Mexicano y salud (Análisis del gasto en salud de Lázaro Cárdenas a López Portillo). 61 pp. (Mimeo). México, 1979.
39. CASTELLANOS, P. Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela. Centro Venezolano de Estudios de Salud, 55 pp. (Mimeo). Venezuela, 1969.
40. SIMPERTEGUI, F. y otros. Salud, poder y estructura social: una aproximación a la historia de México contemporáneo. (Mimeo). UAM-X, 1976.
41. GRANDA, E. El estado y la formación de recursos humanos, 12 pp. (Mimeo). Ecuador, 1978.
42. Sobre la situación de la seguridad social en Centroamérica véase Número Especial de la *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. Enero-Abril, 1980.
43. OMS/UNICEF. *Atención Primaria de Salud*. Informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo de UNICEF a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Ginebra, New York, 1978.
44. OPS/OMS. Servicio de salud en áreas rurales. In: *Sistema para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales*. Publicación Científica No. 170, 1968.
45. OPS/OMS. *Plan Decenal de la Salud para las Américas*. Documento Oficial No. 118, 1979.
46. OPS. Extensión de cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Documento Oficial No. 155, 1978.
47. PELLEGRINI, Fo. A: e outros. *Medicina comunitária*, 275 pp. PESES, Rio de Janeiro, 1979.
48. ARANGO, Y. Reflexiones sobre la atención primaria: Proposición de un marco conceptual. *Revista Educación Médica y Salud* 13(4): 341-50, 1979.
49. AROUCA, A.M.T. *Medicina do trabalho nos programas de atenção primaria de saúde*. (Mimeo), Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1979.
50. Formación y Utilización del Personal Técnico Medio y Auxiliar. XIV: Reunión, Ministerio de Salud Pública, Países Socialistas, La Habana, 1973.
51. CORDEIRO, H. y ZAVALETA, H. Análisis de la práctica médica actual en América Latina: alternativas y tendencias. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 13, pp. 111-131, 1979.
52. CAMACHO, C.E.M. Análisis crítico de la conceptualización predominante sobre la atención médica primaria. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 6(17): 79-98, 1980. (Traducción al portugués: Nunes, E.D. *Medicina Social: Aspectos históricos e teóricos*, pp. 181-205. Global, São Paulo, 1983).
53. LEVINE, S. and WHITE, P.E. The community of health organizations. In: Freeman, H.E., Levina, S. and Reeder, L.G. *Handbook of Medical Sociology*. pp. 321-347. Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J., 1963.
54. FERREIRA-SANTOS, C.A. *A enfermagem como profissão. (Estudo num hospital-escola)*. São Paulo, Pioneira/Ed. USP, 1973. También resumen, FERREIRA-SANTOS, C.A: *A enfermeira como categoria profissional num moderno hospital-escola brasileiro*. *Revista Educación Médica y Salud*, 7(1): 16-29, 1973.
55. DIAZ, S. Estudios de los roles en el equipo de enfermería. *Cuadernos Médico-Sociales* 11(4): 20-32, Chile, 1970.
56. ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA. El Proceso de atención en enfermería. *Revista Educación Superior* (3): 49-95, Jul-Sep., 1976.
57. SILVA, A. Hospital e hierarquias de poder: caracterização de um caso: Hierarquias sociais no H.C. da UERJ, Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 1976, (mimeo); SAIDE, O. O Hospital como "instituição social", Estudio de caso, idem.
58. FERREIRA, J. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. *Revista Educación Médica y Salud* 10(3): 140-51, 1976.
59. ANDERSON, O.W. and GEVITZ N. The general hospital: a social and historical perspective. In: Mechanic, D. *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*. The Free Press, New York, 1983.
60. BARROS, M.B.A. Saúde e Classe Social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Tesis de Doctorado Facultad de Medicina USP. Ribeirão Preto, 1983.
61. GIOVANNI, G. *A questão dos remédios no Brasil (produção e consumo)*. Polis, São Paulo, 1980.

62. CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*, GRAAL/CEBES, Rio de Janeiro, 1980.
63. ADAMS, R. La antropología en los programas de salud pública de la América Latina. *Boletín OSP*, 33: 298-305, 1952; Aguirre, G. Programas de salud en la situación intercultural. Instituto Indigenista Interamericano, México, 1955; Foster, G. A cross-cultural anthropological analysis of a technical and program. *Boletín OSP*, 33(4), 1951. Fontenelle, L.F.R. *Aimorés: Análise antropológica de um programa de saúde*. Depto. Administrativo de Serviço de Documentação, Rio de Janeiro, 1959.
64. TELLER, Ch. Internal migration, socio-economic status and health access to medical care in a Honduran city. PHD Diss, Cornell University, Latin American Studies Programs. Monograph No. 41, USA, 1972; TELLER, Ch. Access to medical care in a Honduran city. *Journal of Health and Social Behavior*, 14:214-265, USA, 1973.
65. CORDEIRO, H.A. y otros. Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 84, pp. 159-181, Abr-Jun, 1976.
66. LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, pp. 7-25, México, 1982, (Traducción al portugués, Nunes, E.D. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*, pp. 133-158, Global, São Paulo, 1983).
67. LAURELL, A. C. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 6, pp. 79-89. Ene-Abr 1977.
68. BREILH, J. Reproducción social de la fuerza de trabajo. I Seminario Centroamericano de Medicina Social, San José, Costa Rica, Ene-Feb 1979.
69. OLIVEIRA, F. A economia da saúde. *Monvimento (jornal)* 8 (9), 1975.
70. SINGER, N. e outros. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Fôrense Universitaria, Rio de Janeiro, 1978.
71. LAURELL, A.C. "Introducción". In: Timio, M. *Clases sociales y enfermedad: Introducción a una epidemiología diferencial*. Traducción de Mariela Alvarez, Edición Nueva Imagen, México, 1980.
72. PUFFER, R.R. y GRIFFITH, G.W. *Características de la mortalidad urbana*. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad. Publicación Científica No. 151, OPS, 1968.
73. PUFFER, R.R. y SERRANO, C. *Características de la mortalidad en la niñez*. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez. Publicación Científica No. 262, OPS, 1973.
74. BEHM, H. Los determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 12, pp. 69-102. Ene-Abr 1979.
75. ANTONOVSKY, A. Social class life expectancy and overall mortality. *Milb. Memorial Fund Quart.* 45(2) Part 1: 31-73, 1967.
76. ANTONOVSKY, A and BERNSTEIN, J. Social class and infant mortality. *Social Sciences and Medicine*, 11(8/9): 453-470, 1977.
77. OLIVEIRA, F. A produção dos homens: notas sobre a reprodução da população sob o capital. *Estudios CEBRAP*. 16:17-25, São Paulo, 1976.
78. NUNES, E.D. e BARROS, M.B.A. Mortalidade e classe social: um estudo no Município de Campinas, Projeto de Pesquisa UNICAMP/FINEP, 1983 (Mimeo).
79. ESCUDERO, J.C. Desnutrición en América Latina, su magnitud (una primera aproximación). *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 84, 83-130, Abr-Jun 1976; ESCUDERO, J.C. Un estudio de caso de política nutricional. *Revista Salud Problema*, No. 2, pp. 14-17, 1972.
80. ALVINI, C.F. Aspectos antropológicos do alcoolismo. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, No.5 1972.
81. BARRETO, D. Alcoholismo y estructura social. Memorias. Primer Seminario Nacional de Alcoholismo, Cuenca, Ecuador, 1978.
82. HEATH, D. Perspectivas socioculturales del alcohol en América Latina. *Acta Psiquiátrica y Psíquica de América Latina* 20(2), 1974.
83. MARTINEZ, J. Investigación epidemiológica del alcoholismo en América Latina. *Acta Psiquiátrica y Psíquica de América Latina* 20(2), 1979.
84. ESTRELLA, E. Evolución Histórica de los patronos de consumos de alcohol en el Ecuador. Memorias. Primer Seminario Nacional de Alcoholismo, Cuenca, Ecuador, 1978; SIMMONS, O. Drinking patterns and interpersonal performance in a Peruvian mestizo community. *Quarterly Journal of Studies in alcohol* 20: 103-11, 1959.
85. LEON, C. Psychiatry in Latin America. *British Journal of Psychiatry*, 121: 121-36, 1972.
86. SEGUIN, C. Hacia una psiquiatría Latinoamericana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 18(6): 413-9, 1972.
87. BASAGLIA, F. *La salud de los trabajadores*. México, Edición Nueva Imagen 1978.
88. GARCIA, J.C. La categoría trabajo en la medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, (Argentina), 23, 1983.
89. LAURELL, A.C. Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, Jul-Sep., 1978.
90. FASSLER, C. Salud y Trabajo. *Revista Salud Problema*, 2, 1978.
91. CABRAL, J.C. y otros. Estudio sobre salud ocupacional en la producción azucarera. Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud-CSUCA, Costa Rica, 1979; CAMPOS, A, y MOVA, E. Estudio sobre salud ocupacional en el sector de la construcción. Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud - CSUCA, 1978.
92. OSP. Diarrea infantil: aspectos económicos, socio culturales y sanitarios. *Boletín OSP*, 77(2), 1974.
93. GARCIA, J.C. Aspectos psicológicos, sociales y culturales de las enfermedades venéreas. OPS, Publicación Científica No. 22, 1971.
94. GANDRA, D. da. A lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social de estigmatização. Tesis de Doctorado, Belo Horizonte, 1970.
95. CALDAS, Jr. L. Epidemiología e controle da Doença de Chagas. Relação com a estrutura agrária na Região de Sorocaba. Tesis de Maestría, FM/USP, São Paulo, 1980.

96. LITVOC, J. Doença de Chagas e processo migratório no estado de São Paulo. Tesis de Maestría, FM/USP. São Paulo, 1980.
97. GOLDBAUM, M. Doença de Chagas e trabalho em área urbana. Tesis de Maestría, FM/USP. São Paulo, 1979.
98. SILVA, L.J. A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo. Tesis de doctorado, FM/USP, Ribeirão Preto, 1981.
99. AROUCA, A.M.T. Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito. Tesis de Doctorado, FMC/UNICAMP. Campinas, 1975.
100. GRANDA, E. La investigación epidemiológica. (Mimeo). Ecuador, 1975.
101. HOEGEN, M. Von, y Z'SCHOCK, D. Marco conceptual para investigaciones en economía sanitaria. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 4:55-72, Mayo-Agosto, 1976.
102. MERCER, H. Investigación social aplicada al campo de la salud. *Revista Educación Médica y Salud* 9(4): 347-354, 1975.
103. GARCIA, J.C. *La educación médica en América Latina*. Washington, D. C. OPS, Publicación Científica No. 255, 1972; GARCIA, J.C. La articulación de la medicina y de la estructura social. (Mimeo).
104. ANDRADE, J. Marco conceptual de la educación médica en América Latina. *Revista Educación Médica y Salud* 12(1) (2) (3), 1979.
105. PESES. Investigación Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva. pp. 325, Rio de Janeiro, 1979
106. BREILH, J. Hacia una definición de las posibilidades y límites de las ciencias sociales frente al desarrollo de la investigación médica en el país. *Salud Problema*, 7, 1981.
107. FIRTH, R. Social anthropology and medicine: a personal perspective. *Social Sciences and Medicine*, 12B: 237-245, 1978.
108. CAUDILL, W. cit. por FIRTH, R. ob. cit., pp. 239.
109. BARTON, W.L. World Health. *WHO Monthly Magazine*, Geneva, July 1979.
110. COMMAROFF, J. Medicine and culture: some anthropological perspectives. *Social Sciences and Medicine*, 12B: 247-254, 1978.
111. KAUFERT, P.L. and KAUFERT, J.M. Alternate courses of development: medical anthropology in Britain and North America. *Social Sciences and Medicine*, 12B: 255-261, 1978.
112. BANNERMAN, R.H. WHO Programme for the study of traditional medicine. *WHO Chronicle*, 31, 11, 1977.
113. BIBEAU, G. Current and future issues for medical social scientists in less developed countries. *Social Sciences and Medicine*, 15A: 357-370, 1981.
114. MECHANIC, D. *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*. The Free Press, New York, 1983.
115. CONRAD, P. and KERN, R. (Ed.) *The Sociology of health and illness: critical perspectives*. St. Martin's Press, New York, 1981.
116. STRAUSS, R. The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review*, 22, pp. 200-204, 1957.
117. ILLSLEY, R. Book reviews. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 42, pp. 105-113, 1964.
118. BADGLEY, R.F. (Ed) *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en la América Latina* Fundación Milbank Memorial, 1966.
119. OPS. *Relatorio do Seminário sobre Ciências Sociais*, Washington, D. C., 17-22/5/1976. (Mimeo).
120. BADGLEY, R.F. y SCHULTZ, M. Programas de Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Escuelas de Medicina de la América Latina. In: Badgley, R. (Ed.) *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en la América Latina*. Fundación Milbank Memorial, pp. 187-97, 1966.
121. OPS. *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social: 20 años de la experiencia latinoamericana*. Washington, D. C., Publicación Científica No. 324, 1976.
122. VILLANUEVA, C.G. y QUINTANA, S.P. Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América Latina. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1981.
123. NUNES, E.D. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas: bases teóricas. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 12, pp.506-515, 1978.
124. MARSIGLIA, R. e ROSSI, S.S. Caracterização do ensino, pesquisa e recursos docentes da área de ciências sociais nos cursos de pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. In: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, pp. 62-77, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1983.
125. LAURELL, A.C. Investigación en sociología médica (1a. parte). *Salud Problema*. UAM-X, No. 1, 1978.
126. WHO. The social sciences in medical education. *WHO Chronicle*, 24, (478) 1970.
127. GARCIA, J.C. *La Investigación en el Campo de la Salud en once países de la América Latina*. Washington, D.C., OPS/OMS, 1982.
128. POLLOCK, D.H. A Latin American Strategy to the year 2000. In: Ritter, A.R.M. and Pollock, D.H. (Ed.) *Latin American Prospects for the 1980s*. Praeger, New York, 1983.
129. CAMPOS, R.Z. e NUNES, E.D. O ensino das ciências sociais nas escolas profissionais da área da saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 10, pp. 383-90, 1976.
130. NUNES, E. D. O ensino das ciências sociais nas escolas médicas brasileiras (em elaboração).
131. NUNES, E.D. A medicina como profissão: contribuição ao estudo de escolha ocupacional entre estudantes de medicina. Tesis de Doctorado, F.C.M./UNICAMP, Campinas, 1976.

ATA

Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud

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

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

- DESGRABACION
- SELECCION DE TEXTOS
- GUIAS BIBLIOGRAFICAS

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD*

COORDINADOR:

Licenciada Susana Margulies. Antropóloga

PANELISTAS:

Doctor José Carlos Escudero. Sociólogo. Docente de la Universidad de Luján.

Licenciado Eduardo Menéndez. Licenciado en Ciencias Antropológicas.

Máestro en Salud Pública.

Licenciado Hugo Mercer. Sociólogo. Profesor Adjunto del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.

Licenciado Juan Samaja. Epistemólogo, Sociólogo. Diplomado en Salud Pública. Profesor Titular de la cátedra de Metodología de la Investigación, Facultad de Psicología de la UBA.

Coordinadora: —Antes que nada quisiera expresar que lamentamos la ausencia de Susana Belmartino que por problemas personales no puede hoy estar con nosotros. Este panel se refiere a las ciencias sociales aplicadas a la salud. Y yo quisiera rescatar, como un hecho significativo, que las ciencias sociales tengan el papel de cerrar esta semana de debates sobre la APS.*

Lic. Juan Samaja: —Voy a tratar de marcar las ideas que quisiera compartir con Uds. a partir de dejar sentado lo que considero los hechos y las premisas fundamentales de esta exposición mía. Son estos hechos indudables, aunque no triviales.

El primer hecho que quisiera marcar es recordar que la cuestión de la salud tienen una notable primacía en el imaginario social de las poblaciones, de los pueblos. Quizá por la vasta cantidad de cuestiones que abarca en la perspectiva de cosas muy próximas al ser humano como pueden ser el sufrimiento, la muerte, como pueden ser esas pequeñas o grandes catástrofes biológicas o psicológicas.

*Esta mesa se desarrolló coincidentemente con un nuevo aniversario del nacimiento de Juan César García (7/5/1932). Valga esta cita como nuestro recuerdo hacia quien tanto hizo por el desarrollo del pensamiento social en salud en América Latina

cas que llamamos enfermedad. Esto es así desde el origen mismo de la humanidad. En la prehistoria encontramos la cuestión social entañada con la religión bajo las múltiples formas de la salvación.

El segundo hecho, también indudable y no trivial, que a partir del surgimiento de las luchas de las clases, los estados, es decir esas estructuras de dirección social bajo condiciones de dominación de clase, esas estructuras que reconstruyen lo ilusorio la comunidad realmente dividida, debieron absorber políticamente la cuestión social; es decir, esta cuestión evidentemente comunitaria, replantarla en el plano de la comunidad ilusoria del Estado. En consecuencia, la cuestión social, la cuestión de la salud, es una cuestión de Estado desde el comienzo mismo de los Estados. Obviamente hubo una historia de transformaciones en el modo en que esa cuestión se fue modalizando, pero que es una cuestión de Estado, lo es desde el origen del Estado.

El tercer hecho, indudable y no trivial, es que el siglo XX ha producido transformaciones económico-sociales tan profundas que los vocablos con los que se suele aludir a ellos grafican bien esa profundidad al mencionarse revoluciones organizacionales, revoluciones científico técnicas, revoluciones informáticas, revoluciones cibernéticas. Las transformaciones que se han operado en el siglo XX han producido trascendentes modificaciones en el campo de las ciencias sociales, las cuales, en la actualidad, disponen de un arsenal conceptual mucho más rico y complejo que en siglos anteriores y este panorama ha hecho que estas ciencias arrojen nuevas luces sobre la cuestión de la salud y en la instrumentación de esta cuestión de la perspectiva del Estado.

Esto último hace que debemos hacer una recordación y es que junto con las luces que aportan las ciencias sociales debemos recordar también que aportan sombras en el sentido de que todo paradigma científico, toda propuesta científica, al ser parte de esta contienda social en los aparatos del Estado, suponen estas estructuras de dirección social bajo condiciones de dominación, suponen heurísticas que abren, que hacen visibles problemas pero también ocultan, hacen invisibles problemas. De modo que las ciencias sociales no son la proyección de una luz neutra sobre el objeto, sino que son perspectivas de luces que tanto ocultan cuanto iluminan.

Esto significa que, a la hora de analizar las técnicas sociales, tales como las que están relacionadas con la APS, con todas estas modalidades autogestionarias, participacionistas, estas modalidades alternativistas en general, debemos tener presentes que ellas en sí mismas, si bien aceptables en principio, no obstante encierran una ambigüedad que se resuelve en las contextualizaciones histórico sociales en que ellas funcionan. Con esto quiero decir que no son conceptos que describan unívocamente algo en su operación y en su concepción, sino que van a depender del contexto en que ellas funcionan para que podamos apreciar realmente su significado histórico social.

Todas estas cosas son hechos indudables que les recuerdo porque no son triviales y es muy importantes tenerlos a la vista.

Mi propuesta en el marco del tema que estamos debatiendo con Uds. es que

todos los mecanismos por los cuales se promueva la acción de la comunidad; por los cuales se promueva la creatividad de los individuos reales y concretos están en una dirección acertada en el sentido de las grandes resoluciones de los grandes problemas que tiene planteada la humanidad y nuestros pueblos en particular. Sin embargo, si estas actividades, si estas acciones ideadas conforme a estas técnicas o estas alternativas de trabajo en el campo de las acciones sanitarias no asumen la forma de un proyecto político, si no se proponen como parte de una lucha en la construcción de Estados de nuevo tipo, de Estados que meramente no absorban para neutralizar las cuestiones de la comunidad sino que absorban para resolver las cuestiones de la comunidad; si no ocurre esto con estas técnicas, se tornan indiscernibles de los mecanismos de la dominación, se toman indiscernibles de los mecanismos de la perpetuación del sistema.

El aporte que yo querría traer a este debate de las ciencias sociales del siglo XX se podría formular de la siguiente manera: es un aporte que yo creo que se debe a la riquísima experiencia de los pueblos del Tercer Mundo. Se trata de haber reconocido y haber establecido fehacientemente que las cuestiones políticas y sociales que tiene planteada nuestra humanidad en este momento no se pueden resolver si no se anudan tres tipos de cuestiones: la cuestión social, la cuestión democrática y la cuestión nacional.

Son tres tipos de cuestiones que deben resolverse simultáneamente. Quizá de las tres cuestiones que ha mencionado la última les signifique a Uds. algún tipo de interrogante; porque no me cabe la menor duda de que en el campo de la cuestión de la salud y de estas prácticas que estamos organizando, estas que tienen que ver con la organización de las acciones médicas y sanitarias en el campo de la APS y tienen relación con las cuestiones sociales y las cuestiones democráticas. Estamos hablando de democratizar la medicina. Hablamos en estas prácticas, que los problemas de la salud y la enfermedad no sólo tienen que ver con agentes biológicos sino fundamentalmente con situaciones sociales. Quizás el tema que no aparezca con claridad es el tema de la cuestión nacional. Y en este punto es muy importante poder incorporar esa cuestión, a partir de una simple pregunta: ¿Cuánto vale una APS al margen de un sistema de salud que no comparte el objetivo o la voluntad política de que supuestamente es portadora esta acción primaria? ¿Cuánto vale un sistema, una acción en la comunidad que no dispone de los resortes sociales que ha ido creando esta historia de luchas sociales y que no comparte la voluntad política de los niveles centrales para alimentar y nutrir estas acciones en la comunidad? Dicho de una manera más directa, si las comunidades no asumen el control de los recursos necesarios para gestionar sus propias soluciones, estas acciones en la base se transforman en acciones indiscernibles de mecanismos para distraer a la comunidad, al margen de los proyectos de fondo que atraviesan la historia de las sociedades. ¿Cómo construir los recursos para la autogestión? ¿Cómo construir los recursos para la acción autónoma de la comunidad? Autonomía ésta que si está al margen de los sistemas globales que hacen posible su realización se torna indiscernible de los mecanismos de la perpetuación del sistema.

Quizás el énfasis que aprecian Uds. en este recordatorio de la cuestión nacional sea el resultado de haber participado muy brevemente en una exposición en donde hay una respuesta al señalamiento mío de que las acciones locales, maravillosas y a ser apoyadas sistemáticamente, es necesario que sean parte de la lucha de una construcción de un sistema de conjunto que dé respuestas y que consolide de fondo estas acciones. Recibí la contestación de que no se podía sacrificar de ninguna manera el esfuerzo de la comunidad local a una nacionalidad inexistente, a una república que era apenas un mero proyecto. Quizá valga la segunda respuesta: que esta república es un mero proyecto pero lo que no vale de ninguna manera es la ilusión de creer que lo que se hace en la comunidad puede sostenerse si esta nación inexistente no llega a existir, si esta república de proyecto no llega a transformarse en una realidad. Y en este sentido, la cuestión nacional es el eje por el que atraviesa en este momento la única posibilidad de enfrentar sistemáticamente a la fuerza precisa de la dominación que golpea este tipo de planes y que tiene nombre y apellido: lo conocen Uds. y se llama imperialismo. El Estado nación es la trinchera que puede sostener esta lucha y es el lugar donde se pueden construir estas concepciones y estas organizaciones de actividades sanitarias con futuro, con capacidad de consolidarse. No querría que se piense que detrás de esta contextualización tan general hay una intencionalidad de minimizar los aportes que se hace a través de estos instrumentos. Para nada, al contrario. Es un profundo deseo de que no sean pan para hoy y hambre para mañana lo que me hizo pensar en el interés de estas ideas centrales de las ciencias sociales contemporáneas.

Hugo Mercer: —El título de la mesa daba lugar a diferentes interpretaciones. Yo tenía preparado el desarrollo de la participación de las ciencias sociales y la salud en nuestro país pero me parece que el planteamiento que hace Juan nos invita a pensar más en nuestra realidad presente.

Me parece que el señalamiento que hace Juan con respecto a las ciencias sociales y su articulación con la salud tendría que tener presente un esfuerzo por resolver cuestiones de la comunidad. Si no lo hacen estarían funcionando como un instrumento de distracción. Me parece que es un señalamiento acertado. Creo que si miramos hacia un pasado cercano, hace 4 o 5 años, la participación de las ciencias sociales en el campo de la salud era particularmente marginal y subordinado a una concepción médico asistencialista. En los últimos años se ha incrementado el desarrollo en este campo; hay nuevos grupos de investigación, y nuevos ámbitos en los cuales se está trabajando desde una perspectiva teórica más pluralista, más diversa y sin la censura que ha sido tradicional en nuestra realidad argentina.

Pienso que eso es un avance considerable si miramos la situación argentina a principio de los 80 comparada con lo que ocurría en otros países latinoamericanos. Pero si nos trasladamos a 1988, todo lo que aún resta por hacer es enorme y la participación de las ciencias sociales y la invitación del espacio para el trabajo es aún muy importante.

Yo creo que, como señala Juan, será importante convertir la salud en una cuestión de la comunidad, en una cuestión de la sociedad, en una cuestión política que le interese a la sociedad. Y ahí quiero diferenciar la salud considerada como un problema social, problema que puede ser una necesidad, una carencia, una privación que pueden sufrir grupos importantes de la población, que pueden sufrir percibiéndolos o no; o sea que puede haber un problema o una necesidad de salud pero sin que por serlo se convierta en una cuestión política. El sólo hecho de ser problema no asegura que esa necesidad sea incorporada en la agenda política que sea materia de debate en los diferentes ámbitos, que pueda tener la ciudadanía o que está incorporada en los criterios de asignación de recursos que hace una sociedad. Si diferenciamos problema de cuestión política tendríamos que reconocer que, aún en 1988, la presencia de salud dentro del debate político argentino es una presencia bastante limitada. Cuando aparece lo hace como un problema de financiamiento, de organización de hospitales, de remuneraciones, de organización del nomenclador, pero no como un problema de calidad de vida, de participación política, de mercado de la salud, de mercado de trabajo médico pero mucho menos aparece como un problema de justicia social, de equidad y de eficiencia. Yo creo que las ciencias sociales pueden contribuir y mucho a hacer este pasaje de problema a cuestión social. Ese tránsito de un umbral a otro para que sea materia de debate participativo en el cual para lograrlo importaría que las expresiones estuvieran abiertas a grupos significativos de la población que cuenten con un grado de organicidad propia y que cuenten también con los instrumentos como para enfrentar las necesidades y los problemas por ellos identificados.

En este sentido el espacio de la intervención de las ciencias sociales se amplía y se especifica en tanto esté ligado a grupos sociales significativos organizados y brinde instrumentos, recursos teóricos, metodológicos, y la propia información para lograr convertir a la salud en una materia de debate político social y participativo. Eso implicaría que nuevos temas aparecerían en el horizonte de los problemas que las ciencias sociales podrían investigar y aportar a las discusiones científicas y política en la Argentina. Mucho de ello se ha hecho en los últimos años. Si uno revisa alguna de las investigaciones importantes que se están haciendo en este momento en la Argentina, en las cuales las ciencias sociales tienen una activa participación en su relación con salud, aparecen algunas sobre pobreza y condiciones de salud y utilización de servicios, seguimientos de población en su primer año de vida, sobre evaluación de APS respecto a salud materno infantil, estructura de la política social en la Argentina, organización de las corporaciones médicas, participación comunitaria y enfermedad de Chagas, condiciones de trabajo y salud. Son investigaciones que, muchas de ellas han encontrado cabida en organismos que hasta hace pocos años eran reacios a una perspectiva social sobre los problemas de salud. También organismos nacionales e internacionales de financiamiento están reconociendo en Argentina la legitimidad de indagar sobre estos temas. Yo creo que se abren posibilidades para que el campo de la investigación y el campo del debate político se enriquezcan recíprocamente

y las ciencias sociales puedan brindar un aporte sustancial en esta materia. Esto sería particularmente necesario ya que las alternativas teóricas y políticas que se ofrecen en el campo de la salud son bastante pobres, por decirlo de alguna manera. Por un lado hay una persistencia de un asistencialismo distribucionista que no ha hecho autocrítica con respecto a las posiciones que defendía en la década de los 60 y por otro lado hay toda una fuerte e importante corriente que detrás de una presentación eficientista defiende la profundización de un modelo privatista en la organización de los servicios de salud. Frente al distribucionismo y frente al eficientismo privatista, cabe a las ciencias sociales, al igual que ha ocurrido en algunos países latinoamericanos y algunos europeos, contribuir al desarrollo de alguna alternativa, a la construcción de algún modelo en el cual puedan alcanzar consenso posiciones que consideran a la salud en el plano de la justicia social, la equidad y también la eficiencia. Eso requiere una profundización teórica, metodológica y contar con argumentos serios para enfrentar un debate en el cual las posiciones tendrían que manifestarse con claridad. Pienso que ese es uno de los espacios centrales en los cuales en los próximos años, particularmente, la agenda política tendría que revitalizarse llevando al debate político la salud, no sólo como un problema o una necesidad ritual; ritualmente presente en toda plataforma y en todo debate sino como una cuestión política fundamentada con instrumentos, con organicidad y referida a grupos sociales significativos.

Dr. José Carlos Escudero: —El marco de lo que voy a decir va a estar dado por la mesa que tuvimos aquí el lunes por la tarde, referida a la crisis y la salud.

No vino Carlos Abalo pero vino Michel Teubal, que uno esperaba que dijera más o menos lo que hubiera dicho Abalo. A mí lo que me impactó tremendamente de esa mesa fue la intervención del Dr. Ferrer, quien, con un lenguaje muy mesurado y sin usar adjetivos describió una situación económica tétrica. Y un pronóstico económico más tétrico todavía. Digo esto por que si lo hubiera dicho Carlos Abalo uno puede decir que tiene razón pero, tal vez, se le va un poco la mano. Pero que esto venga del Dr. Ferrer y al perfil bajo de la presentación se acompañara un diagnóstico tan terrible, eso realmente mueve el piso. Lo que quiero decir es que la crisis es el marco de lo que voy a decir adelante. Los planteos de ciencias sociales y salud yo los veo un poco marginales al pensamiento dominante. El nombre que siempre uno cita en estos momentos es Virchow. Luego los planteos de ciencias sociales invaden la problemática de salud-enfermedad hasta volverse a su vez dominantes. En este momento casi nadie discute que el fenómeno de salud-enfermedad como fenómeno observado en un individuo, es la resultante de categorías de análisis donde se mezcla lo biológico, lo psicológico y lo social.

Esto ya es la salubridad convencional, como diría alguien. Solamente una persona muy cavernícola diría que lo social no pesa en la salud. Ojo que algunos cavernícolas son profesores universitarios, así que hay que tenerlos en cuenta. Pero realmente, esto ya es marginal al pensamiento dominante. Pero lo que yo quiero plantear es que cuando uno habla de ciencias sociales y salud corre el

riesgo de mezclar cosas un poco diferentes. Volvamos un momento al concepto de qué es APS. Recuerden que en Alma-Ata la declaración fue firmada por todo el mundo: por el ministro de Salud de Haití, por el ministro de Salud de los milicos argentinos, por el ministro de Salud de Somoza y estos regímenes que evidentemente ven la salud de otra forma.

Creo que esto yo lo dije el año pasado. Perdonen la repetición. La declaración de Atención Primaria de Alma-Ata es una especie de test proyectivo: uno ve allí lo que quiere. Y en ese sentido, si planteamos ciencias sociales y salud el grado de ambigüedad es tan enorme que corremos el riesgo de que sea otro "test proyectivo". Por eso tal vez convenga diferenciar un poco de qué estamos hablando.

El conjunto de las ciencias sociales tienen categorías, metodologías, técnicas de conocimiento, conocimiento acumulado, para aportar a explicar el fenómeno de salud-enfermedad que se registra básicamente de forma individual.

Toda las ciencias sociales, la historia, la economía política, la psicología social, todas. Las ciencias blandas, repitiendo una frase, se ocupan, lamentablemente con poca precisión de fenómenos vitales básicos de la sociedad humana. Así es que a la crítica que se les hace de que son poco precisas hay que aceptar que si bien lo son, se ocupan, sin embargo de lo más importantes.

Las ciencias duras se ocupan, con más exactitud, de cosas menos importantes. Las ciencias sociales confirman una nueva sabiduría convencional. Decir ciencias sociales y salud es parte del fenómeno. Hasta parecen inmunes a la cantidad de declaraciones internacionales. Esas declaraciones que recuerdan un poco la música funcional que se escucha en los ascensores. Música de fondo que no tiene relieve y no quiere decir nada. Así que voy a intentar precisar un poco más el tema.

¿Cuáles son las ciencias sociales que sirven al debate y cuáles son las que ilustran o no ilustran?. Empezando con una exageración yo hablé de las manchas solares, como una especie de categoría que en cierto momento puede pesar sobre el fenómeno salud-enfermedad. ¿Cómo puede ser esto? Imagínense Uds. un sistema de APS donde la derivación de casos complicados se haga por radio: el parto complicado, el accidente violento y que tiene que ser derivado inmediatamente a un nivel de mayor complejidad. Si vienen las manchas solares y la comunicación es por radio, eso afecta el funcionamiento del sistema. Por eso yo no me asombro ya si alguien el día de mañana descubre un paper sobre manchas solares y APS. Pero ya sin llegar a este ejemplo extremo de APS, veamos a qué categorías nos podemos remitir para explicar la realidad, y Juan habló de esto, para explicar un fenómeno tan existencialmente límite como lo es el de la vida y la muerte, del cual se ocupa la salud. ¿Qué categorías nos pueden dar luz en esto? Yo diría que hay dos polos.

Así que el primer polo sería el énfasis en categorías donde no se puede hacer mucho. El otro polo sería el énfasis en las categorías en las que sí se puede hacer para completar la acción, que en el fondo es una acción política. Yo creo que los investigadores se manejan polarmente en la elección de categorías de un tipo o

de otro en función de cual es el viento dominante o un poco también en función de, no digamos de quién va a dar el dinero para el subsidio sino a quién lo van a meter preso el día de mañana. Lo que quiero decir es que cuando uno elige categorías explicativas no lo hace inocentemente y cuando uno analiza las categorías que considera relevantes tiene que analizar las categorías que el investigador no considera relevantes y por eso no entran en el modelo explicativo. Vuelvo al ejemplo del antropólogo en Vietnam, que fue severamente criticado por algunos antropólogos. El antropólogo explicaba la prevalencia diferencial de paludismo en Vietnam utilizando categorías que tenían que ver con la altura de la choza sobre el piso, y el hecho de que los inmigrantes hacían la choza más cerca del piso. Recuerden que el estudio consistía en marcar una diferencia de prevalencia de paludismo entre inmigrantes o sea gente que iba del altiplano a la llanura de Vietnam y gente que era nativa del altiplano. La prevalencia diferencial del paludismo se explicaba porque los inmigrantes, que tenían más paludismo, hacían las chozas a poca distancia del piso por consiguiente el mosquito subía más y los picaba o cocinaban fuera de la casa. Por lo tanto la casa no tenía humo y el mosquito a sus anchas, porque no había humo picaba a la gente. Esta explicación, que no es falsa sino verdadera, para este investigador, quedaba ahí. El comentario que yo hice a la presentación del trabajo es que había otras categorías en funcionamiento en Vietnam en 1968, año en el que se hizo el trabajo, había una guerra de liberación, con base campesina y como respuesta a eso los norteamericanos habían decretado las zonas de fuego libre, en las cuales a todo campesino que encontraban tenían derecho a matarlo y hecharle Napalm. Entonces, si uno quería estudiar la prevalencia del paludismo en Vietnam es muy valedera la elección de esas categorías antropológicas medio restrictivas, pero que realmente estaban sobredeterminadas porque en Vietnam había una guerra y en la guerra, como doctrina desarrollada por el M.I.T. estaban las zonas de fuego libre. Entonces los campesinos, para no ser ametrallados tenían que emigrar de la costa a la montaña. Entonces, a mi modo de ver, la categoría "guerra" o algún estudio deductivo de esa categoría, sobredeterminaba la categoría con la que trabajaba este antropólogo, que, repito, no es representativo del gremio antropólogo.

En ese asunto de selección de categorías relevantes e irrelevantes, una cosa que llama la atención en la Argentina de hoy es lo que no se habla.

Desde que estamos aquí, Mario Testa habló varias veces de que Argentina es un país periférico y dependiente. Eso es central. Por lo tanto, cuando tenemos que estudiar el nivel de salud argentino y como gastamos el dinero para dar salud, es central este hecho: el de que la Argentina es un país periférico y dependiente. En este sentido, cuando vemos en estos tiempos post-modernos qué categorías se usan y no se usan, vemos que en una cosa que parece paradójica, la Argentina es un país bastante más dependiente ahora que hace 20 años, pero los desarrollos teóricos o la "moda" entre intelectuales de usar ciertas categorías es como si no fuéramos dependientes. Del dependientismo, en ciertos círculos intelectuales, nadie habla. De la explotación nadie habla. De la transferencia de excedentes de la periferia al centro nadie habla. Me llama la atención entonces,

este hecho, a mi modo de ver un poco terrible, de que las situaciones objetivas son, a mi modo de ver mucho más dependientes ahora que hace unos 20 años, pero que el correlato de la superestructura intelectual de elección de categorías no refleja esto.

Yo trato de explicar la desnutrición. Para explicarla, en un caso individual, por ejemplo, yo meto categorías tales como la existencia de una economía-mundo capitalista, que además está en crisis y la existencia de la ley del valor que dice que bajo el capitalismo la mercancía debe ser valorizada. Esto, para mí, es tan explicador del fenómeno desnutrición como la existencia de un sprue a nivel del intestino delgado. Todo eso está más mediatizado, más lejano, pero es igualmente relevante.

Por ejemplo, si tomamos la cuestión del gasto de medicamentos en la Argentina, gastamos 1.800 millones de dólares por año, lo cual daría dinero para que todos los trabajadores de salud tuvieran trabajo, para que todas las necesidades de salud estuvieran satisfechas, si ese dinero se reanalizara. Yo quisiera saber qué categoría teórica explica ese gasto que no es atribuible a una situación individual, a la psicología de los individuos. Es un fenómeno estructural. Y yo me atrevería a sugerir en este mundo posmoderno, que, quizá bajo el capitalismo, ya que nuestra forma de acumulación se llama capitalismo, hay que vender mercancías aunque no sirvan. Después de haber dicho esto, ¿qué podemos hacer para el uso de las ciencias sociales en salud en la Argentina? Recordemos un poco lo del otro día. Estamos muy atrasados porque, los años de plomo, entre las muchas cosas que hicieron, como cosa comparativamente menor, fue generar un enorme atraso intelectual en la Argentina en el campo de las ciencias sociales y salud comparado con países que no dejaron de ser democráticos.

Ese es el lado malo. Pero el lado bueno está en que el aparato intelectual de la sociedad argentina es muy respetable. O sea que, si venimos de atrás podemos empezar con el cuentaquilómetros relativamente a cero.

Lo que impacta en la Argentina, para quien ha pasado muchos años afuera, es el enorme desarrollo de los trabajadores psi en el país. Los famosos 30.000 psicólogos. Cuando se comenta esto se dice que la mayor parte son lacanianos, ¡no importa! Lo que yo quiero postular es que en un país periférico y dependiente, un laciano, si estuvo en el discurso del paciente de clase media cada vez va a tener menos pacientes de clase media.

Y a algún lado van a tener que ir. Lo que quiero plantear es que, en el futuro análisis de las ciencias sociales y la salud el componente "psi" puede ser una contribución argentina muy importante. Porque lo es, por lo menos cuantitativamente y como la crisis nos golpea por el lado de la salud mental en gran parte, este costado va a ser muy relevante.

Quiero cerrar con una reflexión sobre en qué ámbito se puede hacer esta discusión sobre ciencias sociales y salud. Este es un ámbito sensacional ya que ha habido 1.200 inscriptos en una reunión que ha sido la más importante, yo no sé si de la historia de la Salud Pública argentina, pero por lo menos de los últimos 15 años, organizada por gente cuya edad promedio es de los 30 años, o sea que

en este ambiente, que es un ambiente marginal, con respecto a los cenáculos intelectuales, se armó este ámbito que es importantísimo. Yo rescato la existencia de este ámbito para llevar adelante esta gran discusión que, en cierto modo, está apenas empezando, sobre ciencias sociales y salud, determinaciones, sobre determinaciones y relaciones. Estamos empezando.

Dr. Eduardo Menéndez: — Yo voy a tratar de hacer algunos comentarios, básicamente a partir de la particularidad con que me inscribo en la ciencia de la salud, es decir muy específicamente como antropólogo.

Desde este punto de vista me voy a valer un poco de los ejemplos que, en la mitad de la plática intercaló José Carlos, porque algunas de las cosas que él ha mencionado están muy estrechamente relacionadas con lo que yo iba a señalar. Básicamente porque una de mis preocupaciones constantes se refiere al hecho de que hay toda una serie de disciplinas muy empiristas, y la antropología médica lo es, pero que, de la casualidad de que en el bajo nivel de abstracción con que suelen plantear algunas de sus investigaciones, sus productos que suelen dar línea, a través del tiempo que luego son apropiadas ya sea por el Estado o por sectores radicales y allí es donde empieza mi preocupación. El ejemplo que dio José Carlos es realmente interesante y conocido pero creo que hay que incorporarlo con otro ejemplo, tan interesante y conocido como éste. Los antropólogos trabajaron en Vietnam. Más aún, un equipo de antropólogos fue el que diseñó las aldeas estratégicas para enfrentar a los vietnamitas. También fue un equipo de antropólogos el que diseñó aldeas similares en Guatemala. Más aún, esto fue enunciado por antropólogos. Es conocido hasta el cansancio por los antropólogos que Erich Gulf, un extraordinario antropólogo radical norteamericano y Jorgensen, un extraordinario antropólogo socio cultural y un tanto funcionalista, éste último, denunciaron en la Asociación Antropológica Norteamericana cómo el equipo de Berkeley, liderado por Joe Foster, fue uno de los equipos que llevaron a cabo un interesante trabajo etnográfico en Vietnam, fueron los diseñadores de las aldeas estratégicas que fue uno de los puntales del enfrentamiento, justamente, entre norteamericanos y vietnamitas.

A mí me preocupa muy sinceramente que toda una carga puntual de aparente empirismo y, como ya sabemos todos los que estamos acá porque creo que no somos demasiado ingenuos, detrás de todo empirismo hay una teoría no articulada o espontánea pero que está sobredeterminando ese supuesto empirismo. Desde esta perspectiva lo que me preocupa (y lleguemos a la APS) que toda una cantidad de elementos de los que hoy hablamos con respecto a la APS en 1988, fueron pensados y aplicados hace ya muchos años. Todo esto a partir de investigaciones médicas, antropológicas, sociológicas, epidemiológicas que en su momento fueron reputadas como empiristas.

Para mí el primer programa de APS que se genera en América Latina, fue directamente diseñado por médicos y antropólogos de la Fundación Rockefeller en la década del 30, con elementos tremendamente similares a los que hoy solemos usar para hablar de APS.

Más aún. En las décadas del 30 y 40, equipos de antropólogos trabajando para seis gobiernos latinoamericanos publicaron algunos de sus productos, y yo diría los más inofensivos, en un boletín de la OPS a principios de los años 50 (yo soy un poco más viejo que la mayoría de los que están acá y me suelo acordar) donde el diseño propuesto por antropólogos sociales funcionalistas y empiristas era tan tremendamente parecido a los que venimos haciendo desde Alma-Ata que la cuestión es preguntarse ¿por qué?

¿Por qué desconocemos estas experiencias que tienen más de 50 años y por qué descubrimos la pólvora a partir de determinados indicadores, propuestas u orientaciones? Con lo cual se discute en un nivel muy manifiesto, ignorando las determinaciones con alta continuidad que vienen generadas, si Uds. quieren, por así decirlo, por políticas ligadas al imperialismo, a economías políticas centrales. Yo sería más modesto y, reduciendo el campo a la antropología médica, a políticas que han tenido una tremenda y notoria continuidad tanto en cuanto a ideología como a técnica.

Si uno revisa la producción de esta empirista antropología médica en los años 30, 40 y 50, lo que encuentra es una serie, no sólo de formulaciones etnográficas sino de formulaciones teóricas que son muy similares a las que nosotros usamos ahora, tal vez con otro lenguaje. Son propuestas que, de entrada, nos señalan que la cobertura, que la extensión de cobertura de los servicios, algo que luego viene desde Alma-Ata como una suerte de imposición posible, se tiene que hacer, como decían en el 40 a través de personal formado y utilizado puntualmente para dar servicios en función de la inexistencia, no sólo de cobertura, sino de la relación médico-paciente que existe en la mayoría de los países latinoamericanos.

Además, la práctica de investigación que entra en relación con estos conjuntos tiene que reparar enormemente en la racionalidad ideológica y técnica de estos conjuntos sociales y, de alguna manera no sólo intentar apropiarse de las mismas sino también establecer una suerte de articulación entre estas prácticas populares y lo que podemos llamar la práctica científica del sector salud.

Personas como Joe Foster, que ha diseñado aldeas estratégicas en Vietnam, sostenía esto en la década del 40 y del 50 cuando nadie o casi nadie hablaba de APS. Estos autores planteaban además la metodología que luego recibiría el nombre investigación-acción. Planteaban, a partir de su posición antropológica, no sólo algo que técnicamente se llama observación participante, sino que planteaban en 1940 o 1950, que la observación participante, si no tiene un correlato aplicado tiene serias limitaciones en su desarrollo, no sólo como teoría sino como forma de transformar la realidad.

Mi preocupación es que, por estos olvidos, en los que nos dedicamos a las ciencias sociales y yo personalmente a la antropología, emerge como algo particular. Porque, si bien parto de la hipótesis teórica de que determinados contenidos, de alguna forma, sólo adquieren su reformulación final en función de las fuerzas sociales, políticas y económicas que se apropian de los mismos y esa sería una hipótesis mayor al referirme a esto (yo no lo puedo negar porque entonces haría una especie de maniqueísmo genial como para negarme a mí

mismo y seguir no entendiendo la realidad), el hecho de que no admita que ahora hay un proceso apropiativo. Hay elementos constituidos, aplicados y que tienen una altísima continuidad en el tiempo y generados a través de perspectivas ideológicas y técnicas, de alguna forma aparentando ser apropiados de alguna manera están actuando como sobredeterminación silenciosa para ir imponiendo en nosotros determinado tipo de concepciones en la medida en que nos hacemos las fantasías de que esa apropiación se apropia también de lo que podemos llamar la ideología de base, la técnica de base que ha sustentado estas concepciones.

Yo no voy a ser demasiado extenso en lo que estoy diciendo. Podría nombrar toda una serie de prácticas antropológicas que han tenido continuidad hasta la actualidad. Dado que yo vivo en México tengo plena noción de que el Estado mexicano utiliza de su proyecto vertical participativo. Si hay algún Estado en el mundo que se la pasa hablando de la participación de las bases, ése es el Estado mexicano; más aún, llama a las bases permanentemente a participar. Más aún, el programa de salud diseñado por el actual secretario de salubridad tiene un capítulo especial apoyando la participación de las bases para mejorar los estados de salud. Pero en el sector de salud mexicano, que es uno de los sectores donde la antropología ha trabajado más desde la década del 30 hasta ahora, se observa que esta concepción participativa de investigación-acción de la que tanto se habla en APS, puede ser reapropiada y realimentada hacia objetivos que, desgraciadamente, entran en contradicción y conflicto violento con ese lenguaje que pretende dar cuenta y solución a esta problemática.

Yo participo, de alguna manera, de alguna de las aseveraciones signadas por los compañeros que hablaron anteriormente y de una perspectiva política me siento algo inhibido de intervenir, dado, como siempre lo reitero, mi carencia de intervención política en la Argentina en los últimos años.

Pero de alguna manera eso no me evita pensar de que la relación política en sí —y estas son viejas discusiones en las que yo he participado en mi querido país hace ya muchos años— no agota las instancias intermedias y que si éstas no son pensadas y por supuesto aplicadas con lo que nos quedamos es en la reiteración masturbadora de lo político. Yo no admito lo político sin instancias intermedias de acción que recuperen los niveles con autonomía relativa que operan en una circunstancia determinada y específica.

Admito, como concepción teórica e hipotética que la totalidad es algo que tiene que estar presente en mí desde una perspectiva hipotético-teórica. Pero si no establecemos, con esas viejas palabras que usábamos hace muchos años, las mediaciones puntuales en las cuales reformular las aplicaciones, yo creo que permanecemos en un nivel de un discurso reiterado que creo que puede ser eminentemente negativo, no para nosotros, sino para la APS.

Lic. Susana Margulies: —Se abre el debate entre los panelistas.

Lic. Juan Samaja: —La última parte de la intervención de Menéndez me llama a hacer una ratificación de lo que él dice y recuperar la última parte de lo que yo

había querido prever en cuanto a mi intervención. De las cuatro intervenciones yo creo que la mía es la que se ubicó en un nivel general y corría el riesgo de pasar la frontera del campo de lo permitido al campo de lo masturbatorio de manera tal que me interesaría hacer alguna precisión de lo que quise decir. Al mismo tiempo que ratificar la importancia de algunas categorías de las ciencias sociales que me parece que están dentro de las que Escudero señalaba como categorías marginadas. La categoría de *cuestión nacional* parecería ser una categoría eminentemente ideológico-política. Yo la quiero reivindicar plenamente como una categoría de las ciencias sociales contemporáneas, creada por una experiencia riquísima de los pueblos y elaborada a la luz de sus experiencias. Pedir a una asamblea como ésta que repiense, que reconceptualice su actividad en el campo de la APS o de las diversas técnicas de acción social que se están desarrollando en la comunidad a la luz de estas tres cuestiones y especialmente de la cuestión nacional, tiene que ver, no sólo con lo más general, con una especie de adrezo totalizador en el marco de lo cual se sigue llevando a cabo la misma cosa.

El proyecto de un Estado Nacional, el proyecto de la conformación de una sociedad que se organiza como un Estado Nacional, autónomo, independiente y que realmente puede hacerse cargo de su destino, no se realiza si es que en cada porción de esa sociedad no se lleva a cabo esto. Ahora bien, de lo que se trata es, hasta qué punto estas actividades autogestionarias, participativas, han de ser algo más que un discurso y han de ir promoviendo la gesta de estos sistemas sociales que culminen en una sociedad que, en su conjunto sea capaz de autodirigirse de manera autónoma.

Esto, no sólo como encuadre ideológico general sino incluso como modelo que se encarna en la concepción del individuo y del grupo. Cada individuo y cada grupo refleja, en última instancia, el modelo político que le transmite la sociedad en la cual está funcionando. Esto incluso tiene que ver con el trabajo con grupos de alcohólicos, en el sentido que la imagen que la sociedad misma construye acerca de lo que es posible y deseable como sistema de valores que sostiene la estructura total, se transmite por múltiples mecanismos, en particular los mecanismos educacionales, pero no solamente ellos sino también la socialización familiar. Y constituyen el núcleo de los sujetos reales que sostienen lo político general. Esto es, un discurso ritualista que no es capaz de verificarse en cada una de las acciones que se llevan a cabo en esta sociedad. Invitar a hacer esta reflexión tiene que ver con situaciones muy concretas que yo estoy seguro, se verifican a diario en las prácticas de los actores de la salud. Darle proyección a cada una de las acciones significa ir consolidando los mecanismos por los cuales se pueden ir tomando decisiones, se pueden distribuir y apropiar recursos en cada uno de los modestos programas que se puedan desarrollar en la geografía total del país. En este sentido es que la cuestión nacional, la cuestión social y la cuestión democrática en todos sus niveles intermedios y en todos sus desagregaciones, debe ser uno de los aportes que las ciencias sociales que nosotros promulgamos hagan a la práctica sanitaria en este país.

Público: —Mi nombre es Enrique Stein, y soy docente de la Escuela de Salud Pública (por lo menos hasta ahora); no sabía si plantear en este momento, esta cuestión, pero posiblemente tenga que ver con lo que están hablando.

Al analizar los hechos yo quisiera que se pensara que estamos ante una cuestión grave y que quiero denunciar y tiene que ver con dos temas. Las nuevas autoridades del Departamento de Salud Pública de nuestra querida facultad, han suprimido dos áreas de la estructura de la ESPUBA, Ciencias Sociales y APS. Lo más grave es que se nos pretende envolver en un problema administrativo por el cual se plantearía nuestra cesantía; esto a lo que daremos respuesta legal, busca como se ha explicitado en reuniones de profesores, lograr que la Salud Pública sea sólo cosa de médicos, en el mismo momento que la facultad aprueba un maestrado en Salud Pública sólo para médicos.

Público: —Creo que durante toda esta semana hemos hablado mucho de generar hechos concretos. Aquí se ha planteado una situación concreta que merece de nosotros más que el aplauso solidario. Yo propongo y se puede aprobar por consenso general, que los concurrentes a estas jornadas firmemos algún tipo de declaración de enérgico repudio a esta actitud de la Escuela de Salud Pública. Creo que esto debe ser avalado con nuestra firma.

Esto nos toca particularmente a la gente de Río Negro, en donde venimos de todo un despliegue de trabajadores de la salud y entonces estamos conmovidos y sensibilizados por esto. Propongo que se elabore una declaración y que se la haga pública. (Nota de los Organizadores: Se redacta una declaración de repudio a la situación planteada y se acerca a los medios de difusión.)

Dr. Escudero: —Yo quisiera hacer dos breves comentarios. Uno a la intervención de Juan Samaja y otro a la intervención de Eduardo Menéndez.

Juan dice: ¿qué pasa cuando la atención primaria aparece contra un sistema al que no le interesa la atención primaria? Lo que podemos plantear, aunque sea facilista, es que la APS planica una contradicción, y lleva la contradicción a un nivel mayor, lo cual no es poca cosa. El sistema que no se banca la APS va a tener que bancarse los resultados de una mayor demanda de atención. Los políticos que manejan eso van a tener que decir "nos legitimamos haciendo esto o controlamos y reprimimos". Yo voy a plantear la contradicción a un nivel mayor. Con respecto a lo que dice Eduardo Menéndez que la política tiene que estar acompañada de un estudio de intermediaciones, esto me parece absolutamente central y fundamental. En la Argentina no se habla de imperialismo, capitalismo, dependencia, un poco por cautela porque el genocidio y la persecución son recientes. Pero además por agotamiento de estos temas. Pareciera como si hubiera un discurso político que es de tal nivel de generalidad que da para todo.

Hay cierto tipo de categoría que explica a nivel muy mediatizado, muy lejano, que hay desarrollos deductibles de esa explicación, con ejemplos empíricos muy concretos.

En ellos es en los que hay que trabajar profundamente. O sea que tenemos que trabajar en lo político y sus intermediaciones como sobredeterminador último, como así también en sus manifestaciones en la vida cotidiana y manejándonos con una dimensión empírica. El hecho de que la crisis sea tan terrible nos da un beneficio secundario.

La situación tan terrible nos da información empírica que demuestra la viabilidad del sistema, esto es lo que se llama el establishment hoy y no es poca cosa. Así es que las categorías teóricas, los desarrollos deductivos, las intermediaciones, todas las mediatizaciones que juegan en esto están allí. Pongamos el ejemplo de los antropólogos. Lo que decía el Antropólogo de Vietnam es cierto. En Vietnam, durante el año 1968, si se hacen chozas con zancos altos la gente tiene menos paludismo. Esto no es poca cosa. Eso va a ser usado para legümar cualquier sistema represivo.

Lic. Hugo Mercer: —Creo que está bien que nos solidaricemos con lo que está ocurriendo en la Escuela de Salud Pública como para entender el modelo de vínculo entre ciencias sociales y salud pública en la Argentina. En la Escuela de Salud Pública las ciencias sociales se admitieron cuando se dedicaban a estudiar la relación médico-paciente o los problemas de las salas de espera hospitalarias.

Si las investigaciones están dirigidas a analizar estas cosas, bienvenidas. Pero si se preocupan por problemas epidemiológicos, discutiendo mecanismos de determinación y distribución de la enfermedad, problemas de organización de las políticas sanitarias o problemas de la participación de la población en la toma de decisiones sobre servicios de salud, ya están ocupando espacios o territorios claramente asignados a una salud pública vista desde una perspectiva médica. Yo pienso que esto es producto de una muy pobre Salud Pública que tenemos en nuestro país. A diferencia de lo que ocurre en otros países latinoamericanos, en donde la Salud Pública es heredera de una tradición de investigación microbiológica, bacteriológica, con una práctica de campo importante, en nuestro país buena parte de los sanitaristas en ejercicio son sanitaristas vinculados, sobre todo, a una práctica hospitalaria. Y en los años más recientes ligados a una práctica de auditoría, transformando la Salud Pública en una auditoría contable del modelo asistencial vigente en nuestro país. Pienso que en una Salud Pública distorsionada y con ese sesgo hacia la contabilidad asistencial, no resulta extraño que cuando de las ciencias sociales o de un grupo de investigación sobre APS surgen replanteos sobre la epidemiología, sobre la organización de servicios, sobre la planificación sanitaria, se intenten restablecer fronteras o demarcaciones que implican, de alguna manera, el retorno a la Escuela de Salud Pública de los tiempos en que estaba en manos de un coronel, en la década de los 70 hasta principios de los 80, y que le cupo el lugar de ser una de las peores Escuelas de Salud Pública de América Latina, durante esos años. En los últimos años y a pesar de las dificultades, esa situación comenzó a revertirse. Se abrieron espacios en la propia escuela para que investigadores y funcionarios o autoridades,

para que representantes de distintos mecanismos de participación o realización sanitaria comenzaran a expresar otras alternativas respecto de lo que constituye la Salud Pública.

Yo pienso que aquí se está pagando el precio de una Salud Pública atrasada y el precio de una intolerancia que defiende privilegios concedidos a lo largo de muchos años. Considero que esto es un problema de reivindicación, de lucha, de solidaridad con los módulos que están siendo cerrados en la Escuela. Pero también es un llamado de atención respecto a cuales van a ser las estrategias como para reforzar el desarrollo de perspectivas en el campo de las ciencias sociales y de la salud pública que legítimen un espacio de expresión en el ámbito argentino. Yo pienso que la forma de ganar ese espacio, entre otras, es también lograr un reconocimiento y una legitimidad como explicación científica sólida, seria y capaz de brindar alternativas y poner sobre la mesa de debate lo que consideramos que son problemas centrales de salud en nuestro país. Que no son los problemas de la relación médico-paciente, o al menos esos no son los problemas centrales. No son los problemas de la dinámica en la sala de espera o en la cola hospitalaria. Hay muchos otros problemas sanitarios de mucha mayor trascendencia que han sido sistemáticamente soslayados. Pienso que habría que luchar por una sociología, una ciencia social, una economía, una ciencia política, una antropología ligada a salud que esté en condiciones de dar respuestas mucho más serias que una salud pública reducida al rango de auditoría contable. A los problemas de condiciones y medio ambiente de trabajo, a los problemas de políticas sanitarias de criterios asignativos, de descentralización, de intersectorialidad, de financiamiento del sector; a estas cuestiones hay que dar respuesta.

Aquí la demanda es cómo, en los próximos años, ayudar a construir alternativas de formación e investigación sólidas que le den respuesta a un sanitarismo atrasado, que recupere el tiempo perdido, y un tiempo que se resiste en que ese espacio se pueda recuperar.

Pienso que lo que está ocurriendo en la Escuela de Salud Pública es sintomático de la crisis que se ha producido en la relación entre salud y ciencias sociales. Este es un excelente estudio de caso para ver las duras resistencias ideológicas, teóricas, metodológicas que se hacen a un necesario cambio.

Público: —Menéndez ayer decía que él está francamente bien impresionado por las enseñanzas que algunas figuras decimonónicas arrojaron sobre nosotros. Y que cuando se dice, con razón es que lo que aquí se ha perdido es una historia que tiene que ver también con este desencuentro trágico de la salud y las ciencias sociales en nuestro país, que no se ve en otros países de América Latina y se suma a nuestras tragedias.

Retomando lo que decía Menéndez ayer con respecto a ciertas perspectivas que son todavía iluminaciones del mundo decimonónico es como que en la Argentina la tragedia es real porque considerando cuestiones que se produjeron a principios de siglo, momento en que hubo un fuerte entrecruzamiento de un pensamiento social desde la propia medicina, que se perdió.

En 1914 hubo un congreso de Sociología, donde la TBC se tomaba como uno de los puntos principales del congreso.

Hubo una gran tradición sanitaria argentina y un pensamiento sanitario y raíces de una epistemología por así llamarla, social y que dramáticamente se ha perdido.

Público: —La categoría de lo nacional resulta muy confusa en una sociedad donde después de Malvinas y el proceso es muy difícil saber quién es quién.

¿Podría el panel explicar brevemente qué se quiere decir cuando se habla de lo nacional? ¿Podrían explicarnos qué lugar ocupa la cuestión nacional hoy y cuál es la diferencia con el que ocupaba en las décadas de los 50 y 60? Respetando el concepto de sobredeterminación althusseriano usado varias veces en el panel, ¿cuál es la categoría sobredeterminante en nuestro país: el capitalismo o la dependencia?

Lic. Juan Samaja: —En la última intervención Escudero hizo una mención que tiene que ver con la capacidad que las partes de una totalidad, operando en el seno de la totalidad, tratando de ser coherentes con su operación; tarde o temprano aparecen como un desbordamiento de esa totalidad. Inclusive en el campo de las matemáticas puede verse esto cuando en ciertos conjuntos numéricos, una operación llevada a sus últimas consecuencias produce o genera una nueva categoría de números. Ustedes saben que no se puede sustraer 7 a 5 sin que arroje un nuevo número que es un número negativo. Pasando esto al campo de las relaciones sociales se puede aplicar perfectamente el concepto que Jesús exponía cuando decía: "Yo no vengo a cambiar la ley, vengo a pedir que se cumpla". Y este pedir que se cumpla era ya un reconocimiento de los límites que le imponen en la situación social dominante, a una cierta sociedad. El tema de lo nacional puede ser tomado por quien quiera. El problema es que esto nacional empujado hasta sus últimas consecuencias necesariamente desborda cualquier tipo de instrumentación que se quiere hacer de él. No cabe la menor duda de que Galtieri intentó implementar, para una política reaccionaria, para una política de distracción de la lucha del pueblo argentino, la cuestión nacional. Pero, si ustedes revisan lo que ocurrió históricamente en ese momento, es obvio que el efecto que produjo la cuestión nacional desbordó absolutamente los límites de lo previsto por él.

Con esto les quiero decir a ustedes que no es cierto que la cuestión nacional sea un chicle que la puede manejar cualquiera o quien quiera. La cuestión nacional supone condiciones tan exigentes para cualquiera que quiera ser coherente con ella que, necesariamente, quien la sostenga, terminará teniendo como enemigos a los enemigos del pueblo que son también los enemigos de la Nación como Estado independiente, como Estado autónomo, en la situación de dominación imperialista que prevalece en el Tercer Mundo.

En este sentido es posible que la confusión dure un cierto período, pero no pueda sostenerse sistemáticamente. La otra categoría la dejo para Escudero.

Dr. J. C. Escudero: —Voy a tratar de responder a la pregunta sobre cuál es la categoría sobredeterminante. Esta pregunta es pesada pero ayuda a discutir un poco esto de la sobredeterminación.

Argentina es un país periférico, dependiente de lo que se podría definir como la economía-mundo. Está pagando, junto con otros países periféricos y dependientes y junto con los pobres de los países centrales, la crisis del capitalismo. El 50% más pobre de la población norteamericana, por ejemplo, es más pobre, no sólo en términos relativos sino absolutos, que lo que era hace 5 o 10 años. O sea que hay una especie de Plan Austral funcionando en Estados Unidos. Estas categorías tan abstractas como periferia, dependencia, economía-mundo, a veces ayudan un poco a una serie de cosas concretas. Hay que hacer desarrollos deductivos y pensar en la autonomía de otro tipo de fenómenos que en salud pesan. Yo puedo plantear en salud que existe una autonomía de lo biológico, de lo psicológico y una autonomía de lo social y creo que la discusión que hay que plantear es cómo se imbrican y qué cosa sobredetermina a otra cosa. Un viejo que vive en Palermo Chico es diferente a un viejo jubilado que vive con los 300 australes por mes.

Queda claro en qué sentido es diferente. Pero quiero incluir una categoría que es básicamente biológica que es la categoría viejo, lo cual da una idea de la autodeterminación o de la autonomía de lo puramente biológico. Lo que tenemos que hacer, entonces, es discutir esto de las sobredeterminaciones. Discutir qué categoría es autónoma, qué categoría está imbricada, qué categoría es subordinada en términos de explicar salud-enfermedad.

Como pequeño comentario y ya se señaló en la mesa, tenemos un gran atraso intelectual con respecto a otros países latinoamericanos en este tema. Dada la posibilidad de que en el hecho político no haya regularidad, tal vez haya que estudiar, analizar y explotar las irregularidades y las contradicciones, es decir las pequeñas fisuras en el aparente bloque granítico de la dominación. Esto es una importantísima tarea para el futuro que nos ayuda a escapar de la que mencioné hace un ratito, que es el facilismo del discurso político puramente declamatorio que pareciera que sirve de la misma manera para la salud que para la agricultura. Hay que hacer desarrollos deductivos concretos, manejar información empírica y estudiar más irregularidades.

Público: —Pareció advertirse entre los panelistas y probablemente la escasez de tiempo no permitió desarrollarlo, algún tipo de diferencias. Sin embargo cuando hace su intervención Eduardo Menéndez y toma la categoría de mediatización de la cual se apropia el conjunto de la mesa, aparece esto como un valor unificante. ¿Será que la categoría mediatización es suficientemente sólida como para justificar algo que sí parecía advertirse en el desarrollo como diferencias? La pregunta sería ¿qué piensan ustedes que quiere decir, cómo piensan o cómo desarrollan el concepto de mediatizaciones?

Lic. E. Menéndez: —Creo que el concepto de mediatización, que es un concep-

to de poco nivel de precisión conceptual en la medida de establecer con claridad que, el punto de partida, si bien puede ser un marco general y con la intención de establecer soluciones parciales lo que debe asistir, necesariamente, es primero; dentro de ese campo de totalidad que debería definirse. Establecer cuáles son los problemas puntuales respecto de los cuales podemos tener, no sólo una explicación y descripción sino también una capacidad de acción para su transformación. Desde esta perspectiva, en el concepto de mediación; y digo no concepto sino palabra, tal como la utilice en este momento, justamente en la mayoría de los trabajos, que por lo menos yo conozco que se producen en el campo de la salud pública incluido el campo de la Medicina Social crítica; los niveles de análisis en que suelen ser colocados los problemas, son niveles que ya sean tomados desde un punto de vista ideológico o de otro tal como el económico-político, no se establecen desnudaciones que permitirían interconectar este nivel genérico con la particularidad de un problema.

Yo parte del supuesto que gran parte de los diferendos y discusiones a veces absurdas o cerradas, tal vez, de una perspectiva que intenta comprender estos niveles de análisis, y que a veces se suelen enfrentar a discutir si esta problemática está muy bien expresada por el nivel de análisis biológico o por el nivel económico-político o por el nivel ideológico-cultural, no logran establecerse las mediaciones que articulan estos niveles y además no se señala cuál es el nivel más estratégico para explicar un problema específico.

Desde otro punto de vista, mi intervención o lo que empiezo a señalar en función de cómo venía la mesa en general y para mi gusto la mesa viene dentro de lo que se está planteando acá, donde un eje político aparece larvadamente como dominante, repito, lo que quise plantear acá es que lo político que generalmente no aparece como nivel de análisis sino como una sobredeterminación ideológica respecto del problema a analizar, a describir y a transformar, me preocupaba en la medida que quede reducido a mero nivel político, sobre todo cuando aparece esta sobredeterminación de lo ideológico como lo fundante. Y que, desde esta perspectiva, la obligación, y por eso insistí tanto en lo que podemos llamar una cierta modestia empírica en la cual nunca hay empiria pura, de poder establecer problemas específicos que sean relevantes para, justamente, a partir de estos problemas específicos, comenzar a elaborar puntualmente una posible explicación y una posible estrategia de acción.

Dr. José Carlos Escudero: —Voy a intentar algún tipo de respuesta o duda interna que tengo con respecto a esto de las mediatizaciones. Si tomamos mortalidad como indicador reduccionista pero muy sólido, aparece en el análisis crítico de América Latina una especie de facilismo de izquierda, diciendo "la crisis se endurece, la mortalidad aumenta, etcétera. Si tomamos lo que pasó en Chile en donde la mortalidad baja en un contexto socio-económico pavoroso. Es decir, tenemos que estudiar con mucha más profundidad qué pasó en Chile en donde se han producido fenómenos tales como que si la salud pública de los milicos argentinos es muy lumpen, la de los chilenos es muy buena tecnocracia.

Entonces hay que estudiar qué especificidad tiene el Estado chileno y qué especificidad tiene el Estado argentino.

En todo este problema de mediatizaciones nos damos cuenta hasta qué punto la salud tiene autonomía propia y esto hay que estudiarlo para sacar las conclusiones teórico-metodológicas-políticas para el futuro.

¿Qué pasa con la APS? Si en la Argentina se implementara para toda la población, salta el gobierno porque, basta con que se apliquen los 200 medicamentos básicos, eso sólo a nivel masivo nacional nos puede hacer olvidar de la deuda, de la renegociación, del viaje de Vernon Walters; ¡todo salta! Pero si eso se hace como parche, acotado, segmentado o fragmentado, permite bicicletear la crisis en cuanto esa salud somática que mejora da legitimidad y los chicos se muere menos y gastando poca plata; tal vez hasta se pueden bajar los niveles de desnutrición. Mi pregunta permanente es por qué esto no se hace más. Pero eso es otro tipo de debate.

En esto de las mediatizaciones tenemos que ver qué pasa con la salud mental, en donde la crisis sí que golpea y enloquece. Pero esto no está desarrollado teóricamente. Todos estos son temas que tenemos que empezar a discutir de una manera muy apremiante.

Lic. Juan Samaja: —Habría dos ejemplos de mediatización y que hace al interés del concepto. No cabe la menor duda que quienes vivimos bajo este tipo de estados tenemos una actitud francamente crítica del Estado. Sin embargo, cuando esta crítica es canalizada en el sentido de anarquismo, aparece mediatizada a favor del propio Estado que quiere criticar. Porque si hay un interés a ese Estado que queremos criticar es que no haya un folleto adverso a él, sino meramente una indiferencia a ese Estado. Me refiero al tema anarquismo porque lo escuché al Dr. Noguero esta mañana aludir al anarquismo alternativo en que, por momentos, caen este tipo de prácticas que se orientan en el sentido de, bueno, "hagamos las cosas nuevas que queremos hacer, impulsémoslas", independientemente de si son capaces de transformarse esas prácticas nuevas en la base social en alternativas de poder político. Esta es una forma de mediatizar una reacción sana que tiene el profesional en cualquier área pero en particular en el área de la salud contra un Estado que aparece efectivamente a espaldas de las necesidades de la resolución de las cuestiones de salud. Otra forma de mediatización y viene aquí una pregunta que dice: "sigo sin entender qué es la cuestión nacional", es la cuestión nacional de los misquitos, cuestión francamente mediatizada. Quién ignora la importancia que tiene para los pueblos la reivindicación de su lengua, de sus tradiciones, de su historia, de reencontrarse con una identidad que fue duramente golpeada por las diversas formas de colonialismo del pasado. Esta lucha de los misquitos ha sido francamente mediatizada por los agentes del imperialismo, promoviendo entre ellos una actitud separatista frente al Estado sandinista que, por el contrario, era el único contexto que podía tomar sus reivindicaciones ancestrales y llevarlas adelante.

También se mediatizan muchas cuestiones importantes, como ser las luchas

regionales, las luchas de las cunias que en nuestra América Latina han sido tan duramente castigadas. El tema de la cuestión nacional es un tema que, a mi entender, desborda los marcos de este debate. Pero como categoría científica, les diría simplemente esto: alcanza su plena expansión no en los siglos XVIII y XIX, momento en que culmina la formación de los estados capitalistas; sino cuando sus propios estados, en el desarrollo de su mecánica de acumulación; desbordan sus fronteras y salen a la conquista de mercados e invaden la nacionalidad de otros pueblos, avasallan su autonomía y la cuestión nacional se transforma en una cuestión generalizada por la naturaleza misma del imperialismo. Pero entonces, ¿qué es la cuestión nacional? Es sinónimo de preguntarse qué es el imperialismo como forma de explotación contemporánea, como nueva forma de explotación a la que fue a parar el capitalismo en su fase de capital financiero.

La cuestión nacional es, sin duda, la matriz general más potente para desarrollar las luchas sociales del tercer mundo, en donde se muestran todos los países que han logrado marcar una pauta de conquista y de autonomía frente al imperialismo.

Lic. E. Menéndez: —Han llegado cuatro preguntas más o menos específicas; la primera es: ¿la APS desarrollada con criterios de investigación-acción puede convertirse en instrumento del o de los imperialismos para seguir creando situaciones de dependencia? ¿Cuál es su criterio de implementación de la APS? ¿Debe respetar ese ser propio de los pueblos a los cuales está destinada? ¿La APS debe tener una orientación política definida?

La APS está diseñada y desarrollada e implementada en su máximo grado bajo las crisis capitalistas, de lo cual no cabe la menor duda. Es un instrumento, no meramente técnico sino que, de alguna manera yo no podría decir en términos mecánicos esto genera o no dependencia, sino que, funcionalmente puede establecer una serie de parámetros generados a partir de una práctica primaria que no mecánicamente sino en un proceso de relación conflictiva o complementaria con la gente va a tener su proceso de transformación.

Pero, en principio, es un instrumento técnico que ha sido más desarrollado en los países capitalistas, tanto centrales como periféricos y el diseño es de países de capitalismo central. Ahí yo no me lo plantearía en términos de instrumento sino de un mecanismo que intenta abatir determinado tipo de problemas y que puede generar conflictiva y complementariamente procesos de adhesión y de transformación. La realidad es mucho más compleja que para plantearla en términos de lo que se está señalando.

La segunda es más compleja porque tiene que ver con el desarrollo antropológico de esta situación. Tal vez la podría elaborar a través de algún ejemplo como para que quede más claro, porque creo que esa pregunta tiene no sólo un núcleo teórico sino político de tremendas decisiones. Y digo tremendas en sentido muy específico, en virtud de que, en alguna manera representa en un nivel micro la problemática de salud-enfermedad.

Ajeno a la palabra destino que aparece aquí, yo querría plantear dos posibil-

dades; que la APS, que de alguna manera, parte de un supuesto de que se constituye en la relación establecida debe respetarse la racionalidad interna de los grupos en los cuales se trabaja. Esto puede adquirir dos características polares, yo diría, para poder entenderlo: una, llevada a sus últimos extremos, y voy a dar un ejemplo concreto y existente, que es una investigación realizada en comunidades indígenas de Guatemala donde, en un programa en el que participan médicos y antropólogos, se discute si, frente a determinado tipo de problemática que tiene que ver, fundamentalmente con altas tasas de mortalidad infantil y preescolar relacionadas con gastroenteritis, se respeta una identidad étnica, una pertenencia a una integración cultural según la cual determinados principios de convivencia y, sobre todo, cierta relación con el agua, conduciría, en caso de tomarse algún tipo de acción sanitaria integral, a producir cierto tipo de modificaciones que cuestionarían ese grado de integración interna y de identidad. En consecuencia, una parte de este equipo lo que planteó es que se prefería seguir con la mortalidad infantil de 133 por mil antes de cuestionar la ley de entidad étnica. Este es un ejemplo concreto.

Hay un profundo respeto por la racionalidad cultural y étnica pero con un 133 o 134 por mil de mortalidad infantil. Estos ejemplos, que en antropología son muy frecuentes, colocan en un nivel de realidad, la realidad de las muertes evitables y masivas, donde ciertas concepciones referidas a la identidad cultural, a la pertenencia étnica, a las transformaciones o son repensadas y articuladas desde esta perspectiva o de alguna manera se convierten en un discurso ritual que no sé qué producción real salubrista puede generar. Porque una alternativa a esto puede ser respetar las identidades y las pertenencias generando cierto tipo de transformaciones. Pero, una de dos: o el modelo teórico que se plantea es un modelo ingenuo que cree que haciendo ciertas transformaciones, tanto en la infraestructura como en la dimensión ideológica, no va a generar cambios radicales al interior o bien, directamente hay una mala conciencia en la dimensión de esta práctica supuestamente salubrista.

Mi posición personal y no digo que sea la correcta, sino la que yo tomo pragmáticamente al respecto, es el abatimiento de áreas fundamentales lo que determina una acción llevada en lo posible tratando de articular nuevos diferenciales, pero donde el techo fundamental está en la solución y erradicación, en lo posible del trabajo conjunto, de los problemas. Pero no en el mantenimiento de los mismos en la medida de respetar las identidades y pertenencias culturales.

Frente a la tercera pregunta yo podría contestar que sí tiene que tener un discurso u orientación política definida estaríamos todos de acuerdo. Pero, ¿en qué práctica se da esta APS? Se da en torno a un estado dictatorial, vertical, controlador? ¿Se da dentro de una socialdemocracia? Es decir, la pregunta no puede ser contestada en términos genéricos sino con una ritualidad en el discurso.

Yo plantearía directamente las adecuaciones que en cada circunstancia particular un equipo de salud autónomo, relativamente autónomo, dependiente absolutamente, puede generar en estas situaciones específicamente establecidas. Hay otra pregunta que tiene que ver más con la exposición de ayer, pero me parece muy vaga, aunque muy interesante, así que voy a pedir más precisiones:

Público: —¿Hay modelos alternativos al Modelo Médico Hegemónico? Lo suyo genera frustración y no propone alternativas. Como soy bastante narcisista y creo que no genero frustraciones ni propongo alternativas porque me sentiría muy mal, entonces pediría una mayor precisión porque sino parece que de entrada yo frustro a la gente."

Público: —Escuchando la ponencia me llevé la impresión de que este modelo marca una realidad que vivimos todos y me genera a mí como médico una situación de angustia existencial. Estoy inmerso en ese modelo. Siendo que la charla de ayer fue muy teórica. Mi pregunta quería transmitir un poco este que es mi conflicto existencial.

Lic. E. Menéndez: —Yo quisiera que vayamos un poco más allá del conflicto existencial. Si un modelo teórico genera angustia, yo no puedo discutir ese nivel. Yo puedo discutir que un modelo teórico de cuenta de una realidad y entonces hay que ver qué significa esa realidad para el conjunto de los sujetos. Y el conjunto de sujetos no debe ser sólo los médicos sino el equipo de salud. Yo cuando hablo de Modelo Médico Hegemónico, no hablo de los médicos, hablo del equipo de salud. Que quede claro esto.

Público: —¿Hay un modelo alternativo a éste? ¿En su discurso lo especifica? Yo no lo escuché.

Lic. E. Menéndez: —¿Usted quiere decir si cuando yo hablo del modelo alternativo éste quiere decir exclusivamente que debe ser una construcción médica del equipo de salud o una construcción de conjunto?

No me cabe absolutamente la menor duda de que tiene que ser una construcción del conjunto. Y esto debe darse en todos los niveles y en todas las dimensiones que ello implica. Más aún, yo señalé en el día de ayer, aunque no lo desarrollé, que parto de la base de que el primer nivel de APS, lo que podemos llamar un grado de autonomía en el largo y mediano plazo, comienza básicamente por el conjunto social y no por el equipo de salud.

El primer nivel de APS está en el conjunto social, ya sea el grupo ocupacional, ya sea el grupo de pares, ya sea un grupo doméstico. El equipo de salud es recién el segundo nivel de atención. Desde ese punto de vista yo planteo que en todas las dimensiones en que podamos plantear las prácticas en salud de los conjuntos sociales es una construcción que le implica al colectivo reconocer instancias diferenciales aún dentro de ese mismo colectivo, en función de su inserción que puede ser técnica, social, productiva y puede ser existencial también, en el caso en que usted señaló.

Esto lo planico no sólo en el caso de una atención inmediata, primaria, sino en una instancia investigativa. Porque lo planico como la recuperación de una práctica alternativa, tal como lo señalé ayer, en el sentido de prácticas puntuales y no ya como un modelo alternativo. Aunque puedo haber escrito esto, en mis trabajos actuales me manejo en otra dimensión. Planteo en estos escritos, que

aún no se han difundido en Argentina, que las prácticas no solamente pueden ser referidas en lo que podemos llamar la atención en salud, sino que necesitan ser referidas a lo que podríamos llamar el panorama de la recuperación sistemática o de la información y de la construcción de la información.

Digo esto para ver hasta adónde planteamos el hecho del colectivo en la intervención. Por ejemplo, en la dimensión epidemiológica reconocemos cuatro niveles formulados teóricamente y técnicamente. Los cuatro niveles son complementarios y depende de la problemática específica con que yo intervenga donde va a estar el elemento decisivo o lo que podemos llamar el nivel que represente la mayor capacidad estratégica, tanto para la obtención de datos como para la explicación.

Desde otro punto de vista, espero que quede claro, nosotros no estamos planteando el hablar de un modelo médico hegemónico y al hablar de prácticas posibles alternativas lo que podemos llamar una posición maniquea o enfrentada entre el modelo médico por una parte y los conjuntos sociales por la otra.

Para que quede más claro lo que estoy señalando en sus instancias colaborativas, nosotros, en una investigación generada sobre mortalidad infantil en un área determinada tratamos de aplicar estos cuatro niveles epidemiológicos en la obtención no solamente de la información sino en la implementación de la información. Es decir el nivel técnico, construido por los técnicos, el nivel clínico, el que según nosotros tienen los médicos clínicos que operan en un contexto determinado y que no es lo mismo que el modelo obtenido epidemiológicamente, el nivel de los grupos operacionales y el nivel de los grupos familiares. A los cuatro niveles les damos la misma jerarquización en cuanto la posibilidad de obtener la jerarquización en el mismo grado de seriedad. Pero de alguna manera, para nosotros, el perfil epidemiológico real de una comunidad determinada surge de la integración de los cuatro niveles y sólo el problema particular que vamos a implementar da la pauta de cuál es el nivel decisivo a tomar en cuenta. Si queremos actuar sobre la ideología de los conjuntos no cabe duda de que el nivel decisivo es la ideología epidemiológica de los conjuntos. Si queremos actuar sobre los médicos clínicos, que además establecen una seria resistencia por tener muy poca formación en epidemiología.

Público: —Yo no coincido con que hay parálisis, en el sentido restrictivo. En el campo de la investigación en ciencias sociales y salud respecto a un período anterior, en eso coincido con Hugo. Los panelistas insistieron varias veces en quienes son los protagonistas del hecho de salud. En nuestro país hay algunos cuentos en salud tan importantes como por ejemplo que el tema de los maestros pasa a ser un tema en el que se colocan por primera vez en un nivel como trabajadores como otros y al mismo tiempo generan un movimiento social de un impacto tan importante, como muchas escuelas de salud pública juntas.

No hay parálisis porque hubo investigaciones, ya que hay trabajos muy importantes y lo importante es que son el producto de una lucha constante y

activa frente a esos sectores que tratan de impedir la aparición de esto. Por lo tanto los espacios que nosotros defendemos siempre fueron defendidos también por fuerzas concretas que se oponen a este desarrollo.

Público: —Creo que esta mesa y el debate posterior han sido un poco distintos de la mayor parte de las mesas que se han desarrollado en esta jornada. Me parece importante hacer una pequeña reflexión respecto de por qué, justamente en el cierre.

Creo que en el auditorio había una expectativa distinta a la que creyó el panel, ya que aquí hay un conjunto de trabajadores de la salud que vienen haciendo una larga reflexión a partir del modelo médico hegemónico y del aparato teórico que yo no cuestiono ni creo que sea paralizante. Creo que hay un largo período de reflexión en este sentido y hay como una necesidad de comenzar a vertebrar una respuesta frente a la realidad acuciante de la crisis, que al comienzo de su intervención describía Escudero, tomando las palabras de Ferrer, y que se nos plantea cotidianamente. Mi sentimiento y, me permito inferir del movimiento y la escasez de preguntas, que no es sólo mío, de alguna manera, esperábamos que este panel sobre ciencias sociales y salud nos aportara algunos elementos nuevos que enriquecieran la posibilidad de vertebrar esta respuesta que se está intentando desde distintos sectores. Esto es lo que faltó parcialmente.

Lic. E. Menéndez: —Yo estoy totalmente de acuerdo con el compañero. Más aún es lo que esperaba. Yo creo que el tema de las expectativas que pueden tener los compañeros es un tema sobre el que hay que reflexionar colectivamente con respecto a que es lo que puede significar. Una mesa en la que cada uno habla 20 minutos sobre un tema como ciencias sociales y salud, que es tan amplio, y digo sinceramente, que yo me planteo ¿qué digo acá? Vino muy bien lo que dijeron antes porque lo adapté y lo digo con toda sinceridad, es lo que a mí me da la pauta de lo que es este cierre, que es un cierre que no creo que tiene mucho que ver con una reflexión teórica y puntual. Tiene que ver más, por lo que yo estoy viendo, con que estamos una cantidad de tipos juntos que de alguna manera tenemos unas concepciones similares y que eso crea un efecto de estructura, pero no un efecto de conocimiento ni de acción política. Yo, a esta altura de mi vida, no me voy a poner a dar ni línea teórica ni línea política. Sería un absurdo en mí mismo y además yo no me reconocería. Lo que yo propondría y lo vengo proponiendo a muchos compañeros, es lo que dije en el día de ayer y que José Carlos lo dijo varias veces, los problemas puntuales en salud no tienen resolución o la tienen en el campo técnico pero no tienen operatividad en una pragmática específica en un contexto determinado. Para eso no hay recetas ni líneas generales como no la hay para la articulación entre un nivel de una transformación de la práctica médica y el nivel económico-político a un mayor nivel de abstracción.

O trabajamos los problemas y los profundizamos (y para mí esta reunión sirve como contexto pero si no se continúa con una profundización teórica y

metodológica se agota en sí misma) o entramos en un ritualismo existencial, medio "porque nos pasan las cosas" y esto no niega los esfuerzos particulares, continuos que los compañeros que están acá hacen permanentemente.

Quiero plantear que si no hay una intención de profundizar, —y esto se puede hacer en grupos no elitistas pero sí específicamente contruidos para ciertos problemas—, el ritualismo, no sé lo que nos va a hacer.

Lic. Juan Samaja: —No quiero dejar pasar la ocasión para señalar que no veo porqué encuentran el ritualismo en los discursos, cuando aparecen categorías de las ciencias sociales que tienen que ver con contextos políticos, muy marcados cuando tienen que ver con largas descripciones de cosas que se hacen en frentes de trabajo sin contextualizar cuál es la proyección de eso que se hace en el frente de trabajo.

También hay una ritualización de las largas exposiciones acerca de qué se hizo y cómo, y como proyección de eso la capacidad de consolidarse y hacer historia no aparece jamás. También allí hay que crear algo en lo imaginario que tenga un correlato con la realidad de la historia.

Público: —Yo comparto lo que dicen Menéndez y Samaja. Creo, de todas maneras, que desde el punto de vista del análisis teórico, que era lo que esperábamos del panel y no respuestas políticas ni soluciones que nosotros no somos capaces hasta el día de hoy de alcanzar, es que, por ejemplo, hubiera habido un análisis más aproximado del rol actual del Estado, su evolución y sus implicancias en el desarrollo de la APS en este país y en otros similares. Creo que eso brilló por su ausencia.

Coordinadora: —Si no hay más comentarios cerramos este panel aunque no se concluye el tema y damos la palabra a los organizadores de las Jornadas.

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD EN AMERICA LATINA

JUAN C. GARCIA ENTREVISTA A JUAN C. GARCIA

P.: —¿Existe en salud un campo del conocimiento científico que se ocupe de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad y con los servicios de salud?

R.: —Sí y ha recibido diferentes denominaciones, entre otras, Medicina Social, Ciencias Sociales Aplicadas a Salud, Ciencias Sociales en Salud. La primera que "aparece" históricamente es Medicina Social y se refiere, en forma general, al objeto de estudio en ese campo del conocimiento. Los otros nombres designan las disciplinas incluidas en el mencionado campo del conocimiento y en algunas circunstancias se especifican las disciplinas particulares. Así, desde las ciencias sociales, la sociología médica, la economía médica, la economía política de la salud, etc., y desde las ciencias médicas, la epidemiología social, la higiene social.

P.: —¿Cómo se explica esta variedad de nombres para designar un mismo campo del conocimiento?

R.: —La variedad de nombres implica, en parte, diferentes definiciones sobre el objeto de estudio, distintas perspectivas para abordar su análisis y corrientes de pensamiento divergentes en quienes participan en este campo del conocimiento. Sin embargo, existe un cierto grado de acuerdo sobre los temas fundamentales que abarcaría esta esfera del conocimiento: "el estudio de las determinantes sociales de la enfermedad y de los servicios de salud". Es a partir de estos temas fundamentales que se produciría un cierto consenso sobre el ámbito de un campo del conocimiento que se considera como interdisciplinario. Es por esto que algunos autores insisten en el uso de términos generales tales como Medicina Social o Salud Colectiva en lugar de expresiones que definen disciplinas o grupos de disciplinas específicas como sería el caso de Ciencias Sociales en Salud o Sociología Médica. En esa forma, y teniendo un cuerpo teórico común, podría darse la contribución de disciplinas sociales y de disciplinas "médicas" tales como epidemiología, higiene y saneamiento.

P.: —¿Cuál es la historia y el significado del término "Medicina Social"?

R.: —Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de Medicina Social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos. Salomón Neumann y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Farr en Inglaterra; y Francesco Puccinotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En las respuestas a estas preguntas yace la fascinación de numerosos escritores, economistas, poetas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar este particular período histórico.

El Dr. Guérin* estampa el término en una revista médica editada en París que tiene una duración de pocos meses. En Berlín, el Dr. Virchow introduce el término en otra revista cuya duración también será breve. En ambos casos, el contenido de las revistas tenía un carácter combativo, apoyando los principios fundamentales de las revoluciones de 1848. El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con "los problemas sociales" y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de Medicina Social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados. Así, la Medicina Social aparece como una concepción "moderna", adecuada a las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando en Europa. Sin embargo, el término Medicina Social es poco utilizado a partir de esa fecha y reaparece en Inglaterra sólo en la década de los '40 del presente siglo coincidiendo con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS). La designación también se difunde en Europa pero no logra penetrar en EUA debido a que en los '50 el ambiente creado por el macartismo hacía imposible adjetivar algo como "social" por considerárselo relacionado con "socialismo". Así, en las escuelas de medicina de EUA se emplea el término "Medicina Preventiva" que incluía temas de Ciencias Sociales. Antropólogos y Sociólogos son los primeros científicos sociales en participar en esta nueva disciplina y comenzar a realizar investigaciones en el campo de la salud.

Debe mencionarse que a fines de la década de los '30 y en la de los '40, un grupo de científicos sociales marxistas, entre los que se destaca Stern, enseñan e investigan materias de salud. Esta corriente, sin embargo, se ve avasallada y su producción relegada al olvido frente al surgimiento en la década de los '50 de las ciencias sociales positivistas y al clima de represión intelectual producido por el macartismo.

P.: —¿Cómo se difunde el nombre de Medicina Social en los países de América Latina?

* Guérin, Jules, *Médecine Sociales*, Gazette Médicale de Paris, Paris Tome Troisième No. 11, 11 de mars, 1948, No. bis, 18 mars, 1848, No. 13, 22 mars, 1848.

R.: —En el decenio de los '50 la OPS comienza a interesarse por una reformulación de la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, organizando seminarios regionales sobre el asunto. Diversos acontecimientos como la creación de SNS en Inglaterra en 1948 y en Chile en 1952 así como la Conferencia de Colorado Spring impulsan la necesidad de formar un médico más adecuado a la nueva situación. La transformación del médico mediante cambios en la educación médica era la premisa sobre la que se sustentaba esta nueva cruzada. La educación médica latinoamericana era evaluada como atrasada científicamente, desintegrada de la prevención, indisciplinada, metodológicamente anacrónica. La OPS, la Fundación Rockefeller, la Fundación Milbank, el Punto IV, iniciaron un esfuerzo para corregir estas deficiencias. Así, la OPS toma a su cargo la "modernización de la enseñanza de la medicina preventiva y social"; la Fundación Rockefeller crea y apoya pequeñas escuelas modelos, en zonas relativamente aisladas de los grandes centros urbanos nacionales. La Fundación Milbank se concentra en las ciencias sociales en salud y el Punto IV incorpora científicos sociales, especialmente antropólogos, en sus programas de acción.

La OPS organiza en 1955 y 1956 dos seminarios sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social. En el primer Seminario no había representación de científicos sociales y en el segundo sólo se menciona uno. Es difícil determinar el impacto que tuvieron estas actividades, aunque medidas indirectas parecieran indicar que fue considerable. Así, numerosas escuelas comenzaron a contratar científicos sociales aunque pronto surgieron problemas de status, de situación de trabajo, de jerarquía de autoridad y de diferencias metodológicas y conceptuales en relación a los problemas de salud y la investigación pertinente. Por una parte, los profesores de Salud Pública no tenían una concepción clara del papel de los científicos sociales a quienes consideraban hábiles sólo para hacer "cuestionarios", informes de la situación cultural de una región y sobre todo para enseñar conceptos básicos. Por otra parte, el científico social que se incorporaba a la enseñanza, o a otras actividades, provenía de escuelas de ciencias sociales de baja calidad y sin mayor experiencia en investigación.

Hay que recordar que la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, auspiciada por la UNESCO para elevar la enseñanza de las ciencias sociales, recién se crea a fines de los '50. Al mismo tiempo se adjudican becas para el extranjero intentando con éste y otros mecanismos crear "una masa crítica" de científicos sociales. Por supuesto, y no podría ser de otro modo, la formación se hacía bajo la hegemonía del positivismo sociológico, lo cual no quiere decir que se impidiera el florecimiento de otras escuelas y que algunos alumnos reaccionaran contra la enseñanza imperante.

P.: —Por lo dicho anteriormente, Medicina Social se introduce en América Latina íntimamente unida a Medicina Preventiva y Salud Pública y en una posición de baja consideración social y técnica; ¿cuánto y cómo logra la Medicina Social separarse de la Medicina Preventiva y de la Salud Pública?

R.: —La separación entre la medicina preventiva y la medicina social no se ha

producido todavía en el mundo académico, posponiendo, en cierta medida, la legitimización de esta disciplina en el campo médico. La historia de esta relación en América Latina ayudaría a identificar los obstáculos habidos y, en términos más amplios, sería un ejemplo del proceso de disciplinización. La relación entre salubristas, especialmente los de viejo cuño, y los jóvenes antropólogos y sociólogos fueron tensas desde el comienzo debido a diferencias en el tipo de problemas que se planteaban, en la concepción del mundo y en la metodología empleada. Los salubristas estaban interesados en resolver problemas concretos de sus comunidades para lo cual requerían, por ejemplo, levantamiento de datos descriptivos. Los antropólogos y sociólogos en cambio trataban de plantearse problemas de mayor nivel de abstracción, tales como la estructura de poder de la población. Este enfrentamiento se da en una estructura jerarquizada de la unidad académica donde el científico social ocupaba el más bajo nivel.

Mientras tanto, otras instituciones, como la Fundación Milbank, posteriormente iniciaron en 1960 una serie de reuniones de científicos sociales y salubristas que tenían interés en las ciencias sociales. También se hizo una compilación de trabajos sobre el tema. Esas reuniones y la bibliografía fueron específicamente denominadas de "ciencias sociales en salud".

P.: —¿Cuándo aparece en América Latina el término ciencias de la conducta?

E.: —El término de ciencias de la conducta tiene una vida muy corta y tenía como finalidad integrar la Antropología, la Sociología y la Psicología Social bajo una concepción en la que la conducta del enfermo y el desempeño de las instituciones deberían explicarse al nivel individual: motivación, actitudes, grupos pequeños. Más común fue la introducción, al principio de los '60, de la denominación de "Ciencias Sociales Aplicadas a Salud" por algunas instituciones internacionales tales como la Fundación Milbank. Para esa época ya se habían publicado en los EUA varios libros sobre Sociología y Antropología Médica. En cierto modo es lógico pensar que en los '60 los términos imperantes fueron el de Ciencias Sociales o sus ramas especializadas tales como la Sociología, la Antropología, la Economía (más tardíamente incorporada), y que la corriente dominante fuera la positivista. Varias escuelas de Ciencias Sociales fueron creadas, y particularmente FLACSO, apoyada por UNESCO. Para mediados de los '60 ya existía una masa crítica de profesionales en las ciencias sociales, algunos formados en FLACSO, otros en escuelas nacionales y algunos en el exterior.

Pocos de los sociólogos egresados en los años sesenta iniciaron una especialización en salud. En verdad el interés central era la política, los problemas metodológicos, la educación, etcétera.

La Fundación Milbank, mediante una serie de mecanismos, logró reunir y apoyar financieramente a científicos sociales y profesionales interesados en ciencias sociales en salud tanto en América Latina como en los Estados Unidos. Así se organizaron seminarios, reuniones periódicas de los integrantes de un sistema de becas institucionales de duración de 5 años y reuniones periódicas sobre diferentes temas para mantener una cierta cohesión en el grupo. Además del grupo de beca-

rios institucionales donde se encontraban científicos sociales, la Fundación auspicio junto con la OPS, dos grandes estudios: Uno sobre recursos humanos financieros y materiales en salud en Colombia y otro sobre la enseñanza de la medicina en América Latina. Este conjunto estratégico tuvo profundas repercusiones en el desarrollo de las ciencias sociales aplicadas a salud en América Latina. Así, experiencias maginales tales como la integración entre ciencias sociales y ciencias clínicas en una sala del Hospital San Borja en Santiago de Chile, fueron conocidas, ampliadas y difundidas y atrajeron nuevos adeptos (hasta 1973).

El estudio copatrocinado por la OPS y la Milbank sobre la enseñanza de la medicina se había propuesto inicialmente como un estudio sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social para evaluar los seminarios de estas asignaturas de los años 1954-1955. Sin embargo, era evidente que lo que había ocurrido en estas asignaturas no podía explicarse sin relacionarlo con la estructura global de la escuela, con la relación entre profesores y alumnos y con la estructura social; el cambio no fue fácilmente aceptado por el Comité Asesor, que dejó en libertad al investigador para escoger su estrategia de investigación, sobre la base de que no hay "investigación por comité".

El corazón del paquete estratégico delincado por la Milbank era un programa de beca institucional con un número pequeño de participantes seleccionados mediante un largo proceso y donde ciertas características personales de liderazgo eran fundamentales. Con este programa se intentaba completar la formación de dirigentes nacionales en Salud Pública y Medicina Social. Las frecuentes reuniones permitirán crear una unión efectiva entre los integrantes. El clima de tolerancia que impregnaba el programa hizo que se admitieran becarios pertenecientes a diversas corrientes de pensamiento.

La OPS elaboró entre 1968 y 1973 otro paquete estratégico, cuyo nacimiento fue lento y poco estructurado, resultante de la experiencia con los intelectuales latinoamericanos, destinado a impulsar las ciencias sociales en salud. Son bien conocidos los fracasos de los programas que intentaron desarrollarlo. El programa nace íntimamente relacionado con el estudio sobre la educación médica en América Latina. Las visitas a cada una de las escuelas revelaba, con raras excepciones, un atraso cuantitativo y cualitativo de la enseñanza de la medicina preventiva y social, especialmente cuando se la comparaba con las recomendaciones de los Seminarios de 1955-1956. Estos datos preliminares despertaron el interés de los dirigentes de la OPS para iniciar un programa de enseñanza de Ciencias Sociales para profesores de las asignaturas. Al mismo tiempo, se elaboraron materiales, traducándose una gran cantidad de artículos de revistas extranjeras, la mayoría de tendencia positivista.

Un número cada vez mayor de seminarios nacionales y regionales se fueron organizando localmente con la ayuda de la OPS. Los objetivos no eran fundamentalmente mejorar sus conocimientos, o difundir material escrito desconocido sino también poner en relación a quienes tenían una ocupación en el área y que generalmente se desconocían pero, sobre todo, era descubrir los mejores científicos sociales en términos de formación teórica y metodológica. Dado el número impor-

tante de reuniones que se realizaron en ese período (1968-73), los alumnos más destacados eran contratados como profesores en seminarios realizados en otros países, siempre con la tarea de descubrir nuevos valores.

El carácter poco estructurado que iban adquiriendo los seminarios permitieron una intensa crítica de las ciencias sociales que se estaban empleando, por ser insuficientes para explicar la realidad latinoamericana. Los seminarios sobre metodología, iniciados posteriormente a los de enseñanza, también sufrieron críticas similares.

Para fines de 1968-73, las condiciones parecen propicias para que se diera legitimidad a la Medicina Social como un campo disciplinario. En primer lugar, la creación de dos cursos de posgrado con el nombre de Medicina Social con el apoyo de la Fundación Kellogg para Brasil y el curso de Medicina Social de la UAM-Xochimilco con la colaboración de la OPS. Ambos muy bien recibidos internacionalmente. El nombre del curso y la organización de la enseñanza por "tema" pretendía alejarse del enfoque clásico disciplinario. No debe olvidarse que toda esta actividad transformadora ocurre en un período de gran turbulencia estudiantil en casi todos los países del mundo, originalmente en algunos y como seguimiento o copia en otros. Numerosas revistas, libros, artículos y folletos trataron de explicar el fenómeno relacionándolo con factores tan disímiles como la guerra de Vietnam en EUA el factor cultural en Francia, la represión estudiantil en México, etcétera.

La hipótesis de los ciclos de Marx fue ignorada y es la que quizá podría dar una respuesta. El final de un ciclo próspero de la economía tropieza con las relaciones sociales. Así, el mayor número y calidad de productos no puede ser comprado creándose una superproducción relativa. Debido a que esta insatisfacción no es violenta, las manifestaciones toman diversas formas (robo, engaño, etc.). Es especialmente en el nivel cultural donde se presenta claramente y en forma más consciente esta contradicción y proposiciones de diferentes puntos. En la institución educacional las expectativas por un futuro laboral promisorio se ven amenazadas, entre otros factores, por la jerarquización del empleo resultante de la jerarquización escolar.

El período de 1968-72 resulta, especialmente en los países capitalistas desarrollados y en algunos subdesarrollados, en una verdadera agitación contra toda institución establecida, contra formas establecidas y especialmente contra la ciencia o cientificismo. Asimismo, se produjo un movimiento estudiantil en varios países sólo comparable al movimiento latinoamericano de 1918. Formas irracionales se difundieron rápidamente y la religión adquirió un gran dominio, especialmente las llamadas fundamentales, nuevas o no estructuradas. La crítica al capitalismo en el área política y al positivismo en ciencia, se hizo más frecuente, rechazándose tanto los logros del capitalismo como los del socialismo y proponiendo terceras posiciones tales como *la nueva izquierda*.

Este movimiento general, coincidente con un clima de relativa tolerancia, resultante de los logros del desarrollismo, produjo una original y fuerte corriente de carácter marxista en ciencias políticas y en sociología. Florecieron numerosas editoriales que comenzaron a publicar libros de autores latinoamericanos y de autores progresistas europeos.

Los seminarios de Medicina Social no podían permanecer ajenos a esas influencias y se sentía la necesidad de definir más claramente su campo. Precisamente, al paquete estratégico le faltaba el *cemento ideológico* que permitiera trascender las relaciones amistosas, diferenciando la Medicina Social de la Salud Pública y separándola de la Medicina Preventiva.

Esta iniciativa se alcanza parcialmente en la reunión de Cuenca. En dicha declaración se ataca definitivamente al positivismo como insuficiente para entender los problemas de salud y destácase la necesidad de buscar nuevas metodologías y marcos teóricos que relacionen la estructura social con el proceso social. La diferencia entre el paquete Milbank y el de la OPS residía fundamentalmente en que éste tenía una cohesión ideológica o adherencia a ciertos principios. Buscar el nombre que no recordara un aspecto disciplinario y que permitiera un enfoque de apertura multidisciplinaria era el dilema planteado. Frente a este dilema, y un poco antes, se inició un estudio sobre el origen histórico, los usos y significados de los conceptos más comunes y sus cambios de significado histórico, especialmente en cuanto a Medicina Social. El material era escaso y distorsionado por la concepción de los autores de los '40 (Sand, Ross). Se tradujeron, por lo tanto, los artículos relevantes de las revistas publicadas por Guerin (francés) y Virchow (alemán) y se analizó su contenido en relación con los acontecimientos positivos del momento.

En 1972 y 1973 termina el largo proceso de disciplinización, siendo uno de sus indicadores la creación de escuelas de posgrado. Así, en la escuela de Xochimilco se crea en 1972, en el Instituto de Medicina Social con el nombre de Medicina Social y su plan de estudios era temático, integrado, evitando la mención de disciplinas, incorporándose, por consiguiente dentro de las nuevas corrientes educacionales. Existían ya para esa época tres tipos de posgrados en este campo, reflejando diferentes corrientes, empleadores y agencias auspiciadoras: a) las escuelas de Salud Pública, de larga tradición, algunas apoyadas o dependientes del Estado para formar su personal técnico-superior. Los alumnos eran reclutados entre los funcionarios del Servicio y eran absorbidos por el Ministerio; b) las escuelas de posgrado o internado en Medicina Preventiva y Social, directamente dependiente de la Universidad, siendo los alumnos reclutados dentro de la Universidad. El carácter era académico, con un campo de aprendizaje proporcionado por la misma escuela en la llamada área piloto. La investigación forma parte del proceso de enseñanza y existe una cierta especialización en Epidemiología y Medicina Preventiva; c) el tercer tipo de escuela de posgrado resulta de un largo intento de separación entre Medicina Preventiva y Social y Salud Pública y Medicina Social. Tales escuelas constituyen un indicador más del proceso de disciplinización. La elección del nombre implicaba, al comienzo, una falta de disciplinización, optándose por un grupo de principios sobre los cuáles podría elaborarse un cuerpo o marco teórico central.

Existe un intento iniciado hace varios años para unir o, por lo menos, reunir con cierta frecuencia a los representantes de estas escuelas, en una Asociación ya existente de escuelas de Salud Pública auspiciada por la OPS.

La diferencia en tradición y concepción entre las tres opciones mencionadas

antes, se traduce en diferencias en las vocaciones, recomendaciones y en su futuro. Además de estas diferencias existe una de carácter profesional que se ha acentuado en los últimos años: los científicos sociales (sociólogos, antropólogos, economistas, etc.) vs. los especialistas médicos que trabajan en los aspectos sociales de la salud (epidemiólogos, ecólogos, especialistas de salud ocupacional, etc.).

P.: —¿Sabiendo que la OPS tuvo alguna participación en el proceso de creación de un movimiento de Medicina Social en América Latina, quiere decir que es posible conocer las variables que contribuyen a un cambio en un sector y, por lo tanto, contar con un paquete "estratégico" que pueda llevar a un cambio similar, sin duda un gran logro de las ciencias sociales?

R.: —Independiente de la ironía envuelta en la pregunta y cierto escepticismo respecto de esta posibilidad, creo que la respuesta es positiva dentro de ciertos límites. Existen teorías no sólo acerca de cómo se puede llegar a un invento, a un nuevo artefacto, a una teoría, sino también sobre cómo se logra difundirlos, hacerlos adoptar. Por otra parte, existen teorías probadas sobre cómo se llega a cambios estructurales en una sociedad. Este conocimiento hace "posible" lograrlo pero no quiere decir que se alcance necesariamente, ya que no es factible manipular (voluntariamente) las variables. Así, Lenin, el gran estratega del cambio, señaló que en una sociedad donde las condiciones de vida empeoran y existe deseo de cambiarla, se *requiere*, también, que esa sociedad esté en período de descomposición (haya agotado todas sus posibilidades históricas) y que exista una vanguardia.

P.: —Según algunas definiciones la OPS es una institución ideológica, es decir produce, analiza críticamente las ideas técnicas existentes y ayuda a su difusión y adaptación crítica a los países. Sin embargo, pareciera que poco se ha escrito o elaborado sobre la teoría y, por consiguiente, la metodología, para lograr especialmente la llamada difusión de "innovaciones" o "nuevas tecnologías" (incluidos nuevos procedimientos).

R.: —La OPS generalmente "no" crea a nivel científico y técnico, sino que difunde sobre todo "ideas" o procedimientos que mejoran el potencial físico y mental del ser humano. Por consiguiente, los recursos que tiene y utiliza son aquellos que permitirían difundir o adaptar "ideas" o artefactos ya existentes. Los instrumentos más frecuentes son: becas, reuniones, asesorías, algún material de apoyo, subsidios (pequeños). El "arreglo" o la combinación de los recursos o mecanismos "podrían" llevar a la adaptación o difusión. En este caso podríamos estar hablando de una "teoría" (ciertas determinaciones) y de una metodología. En "aparición" la OPS no tiene, en forma explícita, una teoría de la difusión que haga más efectiva su labor. ¿Trabaja, entonces, sobre intuiciones?

No necesariamente...

3 de junio de 1984

Juan César García

PENSAR EN SALUD

Mario Testa
y muchos colaboradores anónimos



Publicación N° 21

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional
de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1989

¿CUAL CIENCIA?

1. INTRODUCCION

Abordar cuestiones relativas a la investigación de problemas sociales, hace surgir de inmediato una serie de interrogantes que se han discutido durante mucho tiempo en los medios científicos. Esos interrogantes constituyen uno de los terrenos de disputas más enconadas entre grupos que tienen alguna relación con la ciencia.

Intentar aunque sea un somero análisis de estas polémicas, requiere tomar en cuenta no solo los contenidos de la discusión, sino los grupos que intervienen y el desarrollo mismo del proceso.

En cuanto a los contenidos, constituirá el cuerpo principal de estas notas, por lo que en esta introducción formularé solamente algunas ideas muy generales respecto a los grupos intervinientes y su significación.

El hecho es que ha habido un cambio importante en el carácter de la polémica, que se refleja sobre todo en lo que corresponde a sus actores a lo largo del tiempo.

Durante mucho tiempo fueron los científicos quienes discutían los problemas de todo tipo que se les presentaban en el curso de sus investigaciones, de manera que se trataba de una reflexión sobre la propia tarea y no de una disputa frente a opiniones encontradas.

Esa reflexión, que en algunos casos tenía un carácter autocrítico, se ve sometida a partir de las últimas décadas del siglo pasado a una doble transformación: por una parte, aparece una división temática, y por otra se impone una verdadera división del trabajo, separando la reflexión de su actor principal, esto es, del investigador.

En cuanto a lo primero, se diferencian dos vertientes de enorme importancia: por un lado el método y, por otro, la significación de la labor realizada por el científico, lo que podría llamarse la ética de la investigación.

El primer tema es cronológicamente anterior, encontrando sus antecedentes más lejanos en los filósofos de todas las épocas. El segundo surge como consecuencia del primero, al ser los avances metodológicos los que confieren a la ciencia una enorme eficacia transformadora, con la consiguiente responsabilidad sobre los científicos, por lo menos a nivel de su conciencia.

En cuanto a la separación entre el científico y la reflexión sobre su quehacer, se realiza de manera parcial en el sentido de que los científicos continúan realizando esa reflexión, pero esta se transforma, al mismo tiempo, en un campo de estudios autónomos.

Varias nuevas especialidades profesionales dan cuenta de ello: metodólogos,

epistemólogos, filósofos e historiadores —recientemente se incorporan también los antropólogos— toman como campo propio de estudios lo que antes era una reflexión generada por el quehacer de los científicos y elaborada dentro de ese mismo campo de análisis.

Esta nueva división del trabajo concreta e institucionaliza la división de la temática, lo cual genera necesidades de nuevas disciplinas para lograr la reintegración del conjunto temático, de lo contrario este perdería unicidad, que es lo que confiere a la ciencia sus características particulares y su importancia.

Filósofos e historiadores estarán más volcados hacia la significación de la actividad científica, en tanto metodólogos y epistemólogos se aproximarán al análisis por el lado de la metodología. El conjunto va a estar ahora bajo el dominio de una nueva disciplina: la *cienciología*. Quienes no aparecen en ningún caso como participantes en la discusión son aquellos a quienes debiera estar destinada la actividad científica: la población, marginada de la actividad y de sus problemas durante todo el curso de la historia —salvo, quizás, durante algunos breves (o no tan breves) períodos previos a la aparición del capitalismo: la Grecia clásica, el renacimiento florentino—, en una separación que se encuentra posiblemente en el origen de muchas de las cuestiones planteadas aquí.

En este desarrollo se generan o concretan problemas que afectan de manera importantísima a la sociedad actual, problemas que no son solo de naturaleza científica, sino que abarcan todos los aspectos de la vida social, especialmente en lo que hace a las políticas de desarrollo y a la política *sensu stricto*, de manera que este tema se transforma en el núcleo principal cuyo meollo debe resolver la política científica, lo cual define un nuevo participante privilegiado que es el administrador científico, ya instalado en las instituciones del Estado que se ocupan de ese quehacer. Este es el motivo de la reflexión que sigue.

2. LAS CIENCIAS

La primera pregunta que aparece como pertinente en este intento de análisis; es si existe una sola ciencia o si el conocimiento de la realidad requiere de varias ciencias separadas. También evoca la interrogación, previa a la anterior, acerca de qué es la ciencia, cuestión de muy difícil resolución en tanto es respondida desde diversos universos de discurso científicos en forma totalmente diferente; para poner un solo ejemplo: el psicoanálisis, ¿es una ciencia?

El hecho histórico más relevante para ubicarnos frente a esta interrogación es que las concepciones científicas más sólidas hayan aparecido en el terreno del conocimiento de la naturaleza, aunque tal vez sería más correcto decir que lo verdaderamente científico tiene su origen en los procesos de abstracción que tienen que ver con la naturaleza, como la geometría euclidiana, por ejemplo, lo cual no es lo mismo que afirmar que esa representación geométrica es una representación exacta (y mucho menos un reflejo) del espacio real.

La ciencia moderna se ha desarrollado siguiendo el modelo de las ciencias duras, basado en métodos y técnicas precisos, bien fundamentados desde el punto de vista de la lógica formal, y con un importante apoyo en los resultados obtenidos con la aplicación de tecnologías que se derivan de esas ciencias.

La enorme eficacia del método científico hizo abrigar esperanzas desmedidas acerca de la universalidad que podían alcanzar los conocimientos que ese método generaba, en sentido de conocer todas las verdades contenidas en el mundo real. Sin embargo, las

críticas surgidas dentro mismo del riguroso mundo de la ciencia, han mostrado lo incorrecto de la posición señalada. Este no ha sido un proceso sencillo, ni tampoco terminado. Existe un malestar epistemológico en el ambiente científico, expresado en las polémicas que se sostienen entre estudiosos del tema, malestar que va más allá del terreno cercado de la ciencia, para alcanzar el terreno general de la vida de la sociedad —la sociedad civil— transformándose así en otra expresión del malestar en la cultura.

Son las ciencias —en verdad ramas de una sola ciencia— naturales las que desencadenan en sus trabajadores la reflexión sobre su quehacer. La reflexión inicial se hace sobre el método que va a permitir a la ciencia el conocimiento y dominio de la naturaleza. Ese conocimiento y, sobre todo, ese dominio, van a realizarse en ámbitos y momentos específicos, perfectamente separables unos de otros, sobre todo separables de las circunstancias sociales en que ocurren, aunque las consecuencias de la reflexión pueden reinstalar violentamente en la realidad el conocimiento alcanzado —como lo atestigua Galileo— o el dominio propuesto, a veces a través del tiempo como en el caso de Mendel.

El problema está centrado en el objeto del trabajo científico. Ese objeto, para las ciencias físicas, naturales, fácticas o comoquiera que se llamen, es un objeto que está contenido en una parte relativamente aislable de otros fenómenos. En esas condiciones es legítimo, para ciertos propósitos, aislar conceptualmente el objeto, manteniendo conexiones que permitan su estudio al margen de las perturbaciones que puede producir su inserción en el mundo real.

Las últimas afirmaciones requieren aclarar que la separación de un descubrimiento científico de sus circunstancias sociales, no significa que las razones que llevaron a concretarlo no tengan relación con esas circunstancias, pero sí quiere decir que se lo puede separar de ellas una vez que estas han ejercido su influencia, sin que tal separación constituya un obstáculo para la realización del descubrimiento.

En esas condiciones de separabilidad se desarrolla el pensamiento científico, el cual logra triunfos enormes, no solo en el conocimiento que alcanza, sino en el dominio de la naturaleza que logra. La verdad de la ciencia queda demostrada desde entonces por su eficacia operativa. A partir de allí, cualquier otro conocimiento que quiera tener status científico deberá ajustarse a los patrones fijados por las ciencias naturales.

Las dificultades comienzan cuando surgen las ciencias —ramas— sociales, aquellas cuyo objeto de trabajo es la sociedad. El desarrollo de las ramas sociales de la ciencia adquiere relevancia a partir del logro de un importante dominio sobre la naturaleza y del comienzo de nuevas formas de organización social que presentan problemas conflictivos; los que se originan en torno —antes y después— de la Revolución Francesa, por ejemplo.

Las nuevas ramas de la ciencia van a adoptar, sin pensarlo mucho, el modelo que ya ha superado la confrontación con la práctica: el de las ciencias naturales. La condición de ese modelo, como se indicó en párrafos anteriores, es la separabilidad, es decir, la posibilidad de aislar parcialmente el objeto de estudio para analizarlo en sus determinaciones más inmediatas, que son aquellas sobre las que una intervención puede ser más eficaz.

La formulación teórica que corresponde a la situación descrita es la teoría de sistemas: el aislamiento parcial del objeto, manteniendo una serie de entradas y salidas. Esta concepción requiere, como condición básica de su utilización, la definición del límite que separa lo que está dentro del sistema, de lo que corresponde al exterior del mismo. Las ciencias duras utilizan esta concepción, de manera explícita o implícita; es decir, aíslan su objeto de trabajo para poder analizarlo en condiciones de perturbación mínima. Esta manera de proceder es correcta y permite realizar descubrimientos válidos para ese nivel de la realidad que se estudia.

El modelo paradigmático de las ciencias naturales es, en consecuencia, el de la teoría de sistemas. A pesar de que la teoría de sistemas es relativamente reciente dentro de las ciencias naturales, no cabe duda de que es el resultado de una abstracción que surge de considerar numerosos campos donde ese modelo expresa una unidad de conceptualización.

Con la aplicación de los conocimientos científicos a la realidad aparecen, ocasionalmente, algunas perturbaciones que son las que el científico trata de evitar durante su trabajo. Un automóvil no funciona exactamente como ha sido previsto por la ciencia, ni siquiera un cuerpo que cae lo hace con la precisión prevista por la ley de la gravedad; pero esas perturbaciones no impiden que el automóvil nos transporte, ni siquiera impiden que norteamericanos o rusos puedan llegar a la Luna o hacer otras estupideces semejantes.

La ciencia es verdadera en el nivel que corresponde a la abstracción de la realidad donde identifica su objeto de trabajo. Lo que no es permisible es la traslación acrítica de métodos de un nivel a otro. Esto se debe a la modificación de las condiciones en que un método es válido cuando se cambia el nivel de análisis de la realidad.

La teoría de sistemas expresa la separabilidad que se ha señalado, en los campos donde esa separabilidad es posible. En este punto es donde surge el problema, ya que al aplicar el modelo al estudio de un objeto de trabajo que no cumple con la condición de separabilidad, se está transgrediendo las reglas fijadas por la teoría aplicada.

El intento de unificación de la ciencia en torno a una sola concepción, la de las ciencias duras, comete el error de no considerar las condiciones de validez cuando no se puede aislar el objeto de trabajo. Y esto es, precisamente, lo que ocurre en las ciencias sociales, debido a que no es posible, para la sociedad, definir un límite que la separe de lo que está fuera de la misma; en consecuencia, no se puede estudiar problemas sociales como si fueran objetos aislados.

Veámoslo con un poco más de detalle. La teoría de sistemas requiere el aislamiento parcial del objeto de estudio, de manera tal que se mantengan ciertas relaciones con el entorno o ambiente que rodea al elemento central del sistema: el procesador. Las relaciones del procesador con el ambiente se dan entonces a través de un límite que marca, sin ambigüedad, lo que se encuentra dentro o fuera del sistema; esto sigue siendo válido a pesar de los intentos de disminuir esa rigidez, en la teoría de los *fuzzy sets* por ejemplo. Lo que entra al sistema es alguna forma de energía: energía *sensu stricto*, fuerza de trabajo, materiales, etc.; lo que sale son los productos elaborados y sus residuos.

Las ciencias sociales —en alguna de sus versiones— incorporaron esa teoría como un modelo adecuado para el conocimiento de la sociedad, sin una reflexión necesaria acerca de la separabilidad de los fenómenos sociales. Para pensar en ello es menester preguntarse qué es lo social. La respuesta no es de ninguna manera sencilla, pero la polémica principal se centra en torno de la misma noción de separabilidad que ya hemos encontrado.

Dos posiciones se enfrentan en el terreno académico: la que afirma la posibilidad de fragmentar los problemas sociales en componentes que se autosustentan, y la que reivindica que solo se puede comprender lo social como una totalidad de significación. Estas dos concepciones tienen consecuencias teóricas y prácticas de enorme importancia, no solo en el terreno del conocimiento sino en el de la vida misma, es decir, que pasa a conformar un problema político de primera magnitud.

La sociedad, en mi concepto, no tiene un límite que la separe de todo lo demás, puesto que no hay tal demás. La naturaleza, cuyo dominio fue un determinante fundamental del origen de esta reflexión, no se encuentra hoy al margen de lo social como pudo haberlo estado en épocas pretéritas.

Para no entrar en un terreno que nos podría alejar en exceso de nuestra preocupación principal, aceptemos que las ciencias duras pueden descontextualizar su objeto de trabajo. Lo claro es que las ciencias sociales no pueden permitirse ese lujo. Lo que en las ciencias duras es una perturbación en la traslación del conocimiento a la aplicación (la tecnología, como se usa decir en la actualidad), en las ciencias sociales es simple y llanamente un error científico. Lo grave es que esos errores conducen a concepciones *miltonfriedmanianas* o a procesos militares (como el argentino).

En estas condiciones, ¿es posible mantener la unidad de las ramas de la ciencia bajo una única conceptualización? La búsqueda de una respuesta a este interrogante exige examinar otros problemas que se presentan a continuación.

3. LOS METODOS

Existen dos grandes tendencias metodológicas que responden a las concepciones descritas en la sección precedente.

La forma tradicional en que las ramas de la ciencia natural han enfocado el problema del método, consiste en una secuencia de pensamiento y práctica que identifica problemas, formula una solución especulativa para los mismos, la desglosa en unidades menores y comprueba la veracidad del conjunto mediante ciertos experimentos u observaciones *ad hoc*.

La secuencia del método tradicional está contenida en las fases de formulación de hipótesis, deducción de tesis a partir de aquellas y demostración de la verdad o falsedad de las mismas. Esta secuencia intercala hechos de observación, reflexiones y prácticas de maneras diversas, dando origen a otras tantas variantes de la forma clásica.

Es importante señalar que el método clásico es separable de los contenidos del problema que analiza, lo cual genera la posibilidad de estudiarlo sin relacionarlo con ninguna investigación concreta. De hecho, hay trabajadores científicos cuyo objeto de trabajo es el método de investigación.

La otra gran tendencia consiste también en una secuencia de fases en las cuales se realiza un doble movimiento conceptual. La primera fase consiste en la observación de la realidad tal como aparece ante nuestros sentidos o instrumentos de percepción. A partir de esa observación se realiza una reflexión que identifica conceptualmente los elementos componentes del problema a estudiar, en cuanto son esenciales para su determinación; esta segunda fase es, en consecuencia, un proceso de abstracción, seguido del análisis y/o la manipulación de partes de esos componentes, ordenados de una manera que precise su comportamiento. Por fin, se realiza un segundo movimiento que reconstruye el objeto inicial, ahora en base a una reconceptualización que le devuelve su integridad, habiendo descubierto en el mismo la composición de sus determinaciones.

La segunda gran orientación del método presenta una diferencia importante respecto a la anterior, debido a la dificultad de separarlo de los contenidos concretos del estudio. Esto ocurre porque en la segunda fase, al realizar el proceso de abstracción a partir del cual se identifican los componentes esenciales del análisis —sus categorías analíticas—, estas categorías van a determinar las formas subsecuentes del procedimiento analítico.

Las diferencias entre ambas orientaciones no implican la falsedad de una de ellas. La aplicación del primer método va a obtener resultados válidos en la medida en que su objeto de estudio cumpla con la condición de separabilidad. Además, las técnicas de la primera orientación se utilizan también en la segunda, solo que en su carácter de tales, sin identificarlas con el método del que forman parte.

El diseño y análisis estadístico es una de esas técnicas que permiten cuantificar y

diferenciar fenómenos, así como muchas otras técnicas posibilitan el análisis cualitativo de los mismos (las antropológicas, por ejemplo). Ante un mismo problema sus resultados deben ser coherentes; no puede haber una visión diferente para ambos puntos de vista. Lo cualitativo es la contrafigura de lo cuantitativo y no su opuesto.

Sin embargo, las técnicas no deben confundirse con el método, que es lo que sucede en numerosos casos de supuesta investigación científica. Las ciencias sociales pueden y deben utilizar todas las técnicas de análisis cualitativo y cuantitativo que forma el acervo instrumental científico, pero lo que no pueden olvidar es que su visión social solo puede garantizarla el doble camino que parte de lo concreto real, pasa por la abstracción de las categorías analíticas y devuelve un concreto pensado que es el resultado de su tarea.

Todo esto nos lleva al siguiente problema, propio de las ciencias sociales, que consiste en identificar el significado de sus definiciones.

4. LAS DEFINICIONES

Es posible que una de las mayores confusiones generadas en el terreno de la investigación en ciencias sociales se deba a los problemas derivados de las definiciones con que se identifican los conceptos utilizados. Ello ocurre porque se hace de la definición algo absoluto, que no cambia con circunstancias de tiempo ni lugar, aunque en el origen de la definición se tomen en cuenta precisamente esas circunstancias, sin las cuales la definición misma no podría haber sido hecha. De nuevo reaparece aquí lo que ya hemos observado en los párrafos anteriores, esto es, una subordinación de las ciencias sociales frente a las ciencias naturales.

Para las ciencias naturales puede ser aceptable que ciertas categorías se piensen como permanentes: el tiempo, el espacio. En el caso de las ciencias sociales, las categorías que dan cuenta de los problemas deben definirse para cada situación concreta, aunque esa situación no cambie en sus componentes fundamentales durante largos períodos. Es por esta razón que las ciencias sociales son ciencias históricas.

Las definiciones muchas veces no se discuten como problemas científicos por dos razones: una es que están insertos en un análisis generalmente riguroso para el momento en que se lo realiza, cuya lógica confirma la validez de la definición; otra es porque están cargados de contenidos ideológicos, en el sentido que se enuncia más adelante. Al no realizarse una correcta discusión científica, la confusión que se genera se transforma en un conflicto político. El problema que se crea es que una vez establecida una definición correcta para una circunstancia dada, su misma corrección impide su reformulación posterior, como consecuencia de la toma de posición de muchos investigadores a favor de la definición. Esto apunta a otra significación de las ciencias sociales que es su significación política; es decir, su importancia dentro de las luchas de grupos sociales con intereses diversos por su acceso a una cuota de poder.

Para los trabajadores de salud el ejemplo más conocido es la definición misma de salud. Cualquier historia de la medicina muestra cómo esa definición ha ido cambiando de acuerdo con las circunstancias de tiempo y lugar. La poética definición de la OMS, por su parte, no expresa ningún contenido real y ni siquiera tiene valor heurístico.

En el terreno de lo social general, las cosas aparecen más interesantes, debido a las implicancias políticas directas que señalábamos antes, aunque esas implicaciones también existen en los otros terrenos, tal como el de la salud.

4.1 Estado

Comencemos por el Estado, contrastando dos posiciones que tienen una significación enorme para todos nosotros en nuestra vida política y hasta en nuestra vida cotidiana, sobre todo en las actuales circunstancias de América Latina, que lucha por salir de las garras del subdesarrollo y las dictaduras.

El Estado es el comité de gestión de la burguesía o el lugar social donde se articulan las diferentes clases y fracciones de clase de una sociedad.

Para ponerlo en los términos más simples posibles: la definición que se elija determina si la lucha a favor del cambio social se va a realizar dentro del Estado o contra el Estado.

La confusión que se genera deriva del hecho de que ambas definiciones son verdaderas en relación al momento histórico y al lugar en que fueron formuladas. El cambio en el contenido de la definición expresa exactamente el cambio ocurrido en la historia real.

Cuando Lenin afirma la dependencia lineal entre el Estado y la clase dominante, es porque esa relación se cumple efectivamente de esa manera; pero la complejización del Estado moderno por una parte, con la aparición de la sociedad política y la sociedad civil, y las nuevas necesidades que surgen con el desarrollo —o mejor la profundización— del capitalismo por otra, con requerimientos específicos para la reproducción de la clase trabajadora, hacen necesario crear ámbitos comunes donde se puedan desarrollar en forma simultánea y contradictoria las relaciones entre las clases.

Los ámbitos comunes se institucionalizan y fortalecen pasando a conformar espacios sociales que se interrelacionan. Ese entramado constituye, en las sociedades actuales, el lugar donde se gestan las decisiones de las políticas nacionales y donde los distintos grupos van esclareciendo sus intereses y conformándose simultáneamente como grupos coherentes. Eso es el Estado moderno.

La definición a la que se llega mediante esta forma de analizar las cosas, es decir, como problemas históricos, tiene implicaciones inmediatas sobre la manera política de actuar sobre la realidad en que se vive, lo cual produce dificultades y confusiones.

Creo que a esta altura debe resultar obvio que la definición pertinente de Estado, para nuestra situación histórica, es la que indica que se trata de un lugar social donde se produce la articulación señalada, lo cual incluye la discusión de los problemas actuales, la toma de decisiones mediante alguna forma de consenso y también el desarrollo de luchas que recrean permanentemente formas nuevas de articulación.

4.2 Hegemonía

La concepción de hegemonía también ha sufrido transformaciones que, no es de extrañar, han sido paralelas con las sufridas por la noción de Estado.

El origen de esta concepción es simultáneo con la dada anteriormente por Lenin para el Estado, en el preciso momento en que la Rusia zarista era efectivamente un Estado que respondía a los intereses exclusivos de la aristocracia rusa, y que los grupos comandados por Lenin se enfrentaban a ese Estado para destruirlo y construir otro que respondiera a los intereses de la clase obrera.

En esas condiciones, la noción de hegemonía no podía ser otra que la del predominio del grupo social cuyos intereses se quería privilegiar frente a los del resto de la sociedad. Ese predominio no era, en consecuencia, una alianza con otros grupos sociales sino una posición de superioridad en la conducción de la lucha (trivial) contra el

Estado. Por supuesto que esa superioridad era excluyente de cualquier grupo que no fuera incondicional en ese enfrentamiento, dado que se trataba de asaltar el poder y eso solo podían hacerlo las fuerzas que se identificaran como revolucionarias, resignando de partida la conducción de la lucha a la dirigencia del proletariado.

Cuando las condiciones históricas cambian y el Estado adquiere el carácter antes señalado, con la complejización técnica por una parte y política por otra, la noción de hegemonía también tiene que redefinirse para adaptarse a las nuevas circunstancias. Se introducen elementos que consisten en modificar la superioridad de un grupo sobre otro en la conducción de una lucha frontal, por el predominio de un grupo sobre otro en la conducción de una lucha política, siempre dentro del campo de las clases revolucionarias. El siguiente paso es una redefinición más conflictiva que la anterior, pues consiste nada menos que en la inclusión de clases antagónicas en el mismo concepto. Es decir, en la lucha por formas mejores de sociedad —lo que en la literatura sociológica se conoce como cambio social— hay cabida para alianzas coyunturales entre, por ejemplo, la burguesía y el proletariado.

Aún se puede seguir avanzando en este proceso de redefiniciones sucesivas hasta llegar a la noción de hegemonía que corresponde a la de Estado, que elegimos como adecuada para nuestras circunstancias de tiempo y lugar. La hegemonía de nuestras sociedades no es una alianza de clases, sino el resultado de la confrontación entre las clases que se produce en el seno del Estado. La hegemonía es, pues, una construcción política que resulta de los conflictos permanentes que se suscitan y resuelven dentro del Estado.

La expresión concreta de la hegemonía es el pensamiento dominante en la sociedad. Por ello es que no puede aceptarse la idea de que el pensamiento dominante es el pensamiento de la clase dominante. Esta caracterización corresponde a la otra definición del Estado.

4.3 Ideología

Esta palabra ha sido calificada de prismática, en el sentido de que sus múltiples caras envían reflejos en todas direcciones, lo cual crea grandes dificultades para su comprensión. Sin embargo, intentar comprender su significación actual es indispensable, pues es aquí donde ocurren los procesos más importantes en cuanto a las posibilidades futuras de transformación social.

El estudio exhaustivo de este problema requiere más tiempo y capacidad de lo que dispongo, de manera que voy a limitarme a señalar algunos puntos, en el entendido de que se trata solo de una aproximación muy limitada que debe ser retomada y elaborada por el lector de estas líneas.

El tema de la ideología ha sido un *best seller* de los filósofos de todos los tiempos, generalmente entendido como algo que conforma un sistema de ideas que se aproxima a alguna visión de cómo es el mundo en que vivimos. En este sentido es una matriz que enmarca el conocimiento del universo, lo que podríamos llamar el marco teórico de la investigación. Pero desde el comienzo histórico mismo de la reflexión filosófica, la ideología ha sido también una norma de comportamiento para la sociedad, aun cuando no estuviera explícitamente definida como norma. Esta faceta del término aparece con más fuerza en la Iglesia y posteriormente en el movimiento racionalista que acompaña a la revolución francesa.

El racionalismo, y sobre todo la ideología del racionalismo, abren un nuevo espacio de discusión, en el que contradictoriamente comienzan a separarse la concepción de

ciencia y la de ideología, existiendo en la actualidad autores que definen la ideología como lo no científico, es decir, como un conocimiento no basado en las demostraciones rigurosas de la ciencia.

La concepción de lo ideológico como sistema de ideas es compatible con el concepto de un Estado que representa los intereses de la burguesía, debido a la innegable dependencia que existe entre los intereses de esta y el pensamiento dominante que expresa ese sistema de ideas.

¿Cuál sería la concepción correspondiente a la definición moderna del Estado? Para analizar este punto, pensemos en los actores sociales que intervienen en las distintas circunstancias correspondientes a las definiciones que utilizamos.

En el caso del Estado administrador, su actor principal, la clase burguesa, está claramente identificada como el grupo dominante de la sociedad, los poseedores del capital y del conocimiento necesario para su utilización. El resto, los grupos dominados, se encuentran al margen del Estado dado que su participación es nula.

Si se trata de nuestros Estados, entonces los actores que forman parte del mismo tienen una significación distinta impuesta por la participación conjunta de grupos con intereses antagónicos. La dinámica de este grupo es diferente; existe la necesidad de que los actores se encuentren preparados para cumplir con el papel que se exige de ellos. Quiere decir que la relación entre los grupos no ocurre de la forma anterior, según la cual la identificación de pertenencia no requiere esfuerzo alguno y lo mismo sucede con el papel que se desempeña. Aquí la identificación y el aprendizaje de la función requiere de una práctica que cumpla con esos propósitos. Esa práctica es la ideología.

La ideología, como consecuencia del cambio de carácter del Estado, es la forma en que todas las prácticas sociales que se realizan en los Estados modernos, al mismo tiempo que realizan una producción específica de su quehacer, construyen los sujetos de sus prácticas, en especial los actores del Estado.

En cierto sentido, cabe afirmar que la ideología presenta coincidencias importantes con lo que puede identificarse como la función social de una cierta práctica, debido a que ambas se encuentran determinadas por el componente de trabajo abstracto de cualquier práctica (véase *Enseñar medicina*, en este volumen).

La forma en que trabajadores directos y capitalistas se relacionan para cumplir sus funciones, es decir, la manera en que realizan sus prácticas, es la ideología que hace de estos personajes los sujetos aptos para constituirse en actores del Estado.

El mismo proceso se reproduce en los ámbitos de las actividades no productivas. De ahí nuestra afirmación de que, para nuestros Estados, la definición de ideología la hace coincidir con el procedimiento —no con la definición— a través del cual se cumple la función social de los distintos grupos que conforman la sociedad.

4.4 Democracia

La democracia es una condición necesaria del capitalismo en la medida en que es una garantía de la libertad, entendiéndose esta como la capacidad de los empresarios de demandar fuerza de trabajo, y de los obreros de ser libres para ofrecerla, cosa que no podrían hacer si fuesen esclavos.

Esta manera de entender la democracia y la libertad es lo que ha dado origen a la noción de democracia burguesa, puesto que se trata de una manera de ver las cosas que favorece sin duda a la burguesía. Pero esa calificación introduce en la discusión científica un sesgo político que dificulta su posterior tratamiento.

Ejemplo claro de esto último es la cuasi separación ocurrida entre los partidos

comunistas occidentales entre comunismo ortodoxo y eurocomunismo, aunque existen distintas versiones de cada uno de ellos. La defensa del socialismo real frente a un utópico socialismo democrático, es otra de las facetas de esa confusa —por sus términos y por su significado— discusión.

La concepción actual de democracia no puede limitarse a la libertad de contratación si se acepta que el Estado es un espacio de conflictos. En estas condiciones, la democracia debe redefinirse como consecuencia de la existencia de ese espacio, dondequiera se encuentre.

El espacio social que constituye el Estado se conforma por la integración de una multitud de espacios institucionales. Es en el interior de ellos donde debe buscarse la nueva definición para la democracia.

Para ser breve: en las organizaciones modernas de cualquier índole es donde se construye la base de un poder fundado en los quehaceres, pero sobre todo en las formas como se cumplen esos quehaceres (¿comohaceres?) cotidianos, que en más largo plazo y en concordancia con otros grupos que avanzan en la misma dirección, van transformándose en el Poder que decide cuál es la sociedad en la que queremos vivir.

Esa construcción de un poder cotidiano es el ejercicio de la democracia, que nos aparta de la maldición weberiana de la inevitabilidad de la dictadura. Es, al mismo tiempo, la manera específica en que se concreta la lucha dentro del Estado y por eso esta definición de democracia es una definición que está en un contexto histórico y científico.

Para terminar: al exponer estas ideas en algún foro latinoamericano, se me observó que estaba absolutizando lo relativo. Creo que la frase es buena, pero lo correcto sería decir que lo que intento es historizar la ciencia, única forma, a mi juicio, de encontrar la relación cierta que liga la discusión científica con la actividad política.

5. LOS NIVELES

En la última parte de estas notas intentaré discutir el problema de las relaciones que existen entre los distintos niveles en que puede ser observada la realidad. Esas relaciones consisten en dos órdenes de cuestiones: por una parte, es un hecho que un fenómeno tiene una existencia única, por otra, también es cierto que el punto de vista del observador no solo hace que se perciban cosas distintas en un fenómeno, sino que este mismo puede ser perturbado por la observación. Esto define la legitimidad del intento de esclarecer la manera en que un cierto nivel de la naturaleza explica lo que ocurre en un nivel de mayor complejidad, y al mismo tiempo establece ciertas normas que no pueden ser violadas, so pena de nulidad. Las normas se basan en que existen leyes de comportamiento que son válidas para el nivel en que ocurren los fenómenos regidos por esas leyes, pero que no lo son para otro nivel, en especial, el que intenta ser explicado por los fenómenos —no por las leyes— del nivel anterior.

Se trata de las maneras específicas en que se procesan los cambios de nivel que ocurren en los fenómenos de la naturaleza o en los hechos sociales. Este tema, conocido en los medios científicos como el problema de las mediaciones, también ha sido presentado como el de las relaciones entre los hechos estructurales y coyunturales. En esa consideración se pone de partida el acento en una separación a nuestro juicio inexistente, que es la de hechos estructurados o no estructurados. Sin embargo, antes de entrar de lleno en estas especificidades intentaré definir con más precisión el problema entre manos.

5.1 El problema

El problema consiste en identificar la relación que existe entre fenómenos que ocurren en diferentes niveles de la realidad. Para empezar por lo más conocido, veamos algún ejemplo tomado del terreno de la biología. Se sabe que el cerebro de cualquier animal —incluidos nosotros— realiza sus importantísimas funciones a través de la integración de las funciones que cumplen las neuronas del cerebro. Es decir, hay un nivel de funcionamiento celular que ocurre en la célula neuronal individual y otro que es el de las neuronas agrupadas en el sistema nervioso central, que se va conformando a partir de alguna forma de integración del nivel anterior en los núcleos grises de la base y en las regiones corticales. Nuestra primera pregunta retórica es si el comportamiento de las funciones cerebrales se cumple dentro de un esquema de rigidez o de plasticidad.

Antes de responder digamos que todas las células neuronales, en cualquier animal, funcionan según una ley biológica que se conoce como la ley del todo o nada, lo cual significa que la célula producirá una descarga axónica, única forma de respuesta de que es capaz, cuando el estado de excitación provocado por los estímulos que recibe por la vía de las dendritas alcanza cierto nivel conocido como umbral. Antes no se produce ninguna respuesta; alcanzado el umbral se produce la descarga y la célula permanece inactiva hasta que se recupera y vuelve a adquirir un estado de excitabilidad que le permitirá, si alcanza el umbral, producir una nueva descarga. Es decir, la respuesta de una neurona es descarga o no descarga, sin opciones intermedias, de manera que su funcionamiento se rige por una absoluta falta de flexibilidad.

Volvamos a nuestra pregunta e inmediatamente percibiremos que no existe una respuesta única. En algunos animales inferiores el comportamiento del animal, regido por el cerebro, puede describirse como rígido, estereotipado o idéntico en circunstancias similares, en cambio en los animales superiores, especialmente en los seres humanos, la índole de las respuestas producidas varía según cuál sea la parte del cerebro que interviene en las mismas. En algunos casos se producen respuestas estereotipadas, sobre todo cuando intervienen los centros inferiores —por ejemplo, los que regulan las funciones vitales automáticas— o aun algunos superiores, como los que reciben ciertas impresiones sensoriales —la corteza occipital correspondiente a la visión, por ejemplo—, en tanto en otros casos existe una extrema plasticidad de respuesta frente a circunstancias idénticas o aparentemente idénticas. Piénsese, por ejemplo, en el efecto que nos hace la visión de una misma obra de arte en dos oportunidades diferentes. Ello significa que la ley que fija el comportamiento neuronal individual es insuficiente para explicar el comportamiento en el nivel neuronal integrado, poniendo sobre esa integración la responsabilidad del estilo de respuesta en el nivel integrado.

Los hechos son tercos. La célula neuronal siempre responde de la misma manera. ¿Qué es lo que hace, entonces, que la respuesta global producida sea en algunos casos estereotipada y en otros flexible? Puesto en otros términos: si miramos el cuadro donde Ricardo Carpani pintó la figura señera y dramática del *Hombre que está solo y espera*, siempre veremos los rasgos de Scalabrini Ortiz y no los de ningún otro personaje de nuestra historia —esta es la respuesta rígida—, pero algunas veces lo que esa visión evoque será meramente la apreciación de la maestría con que el pintor supo delinear la figura, el parecido del modelo con la realidad, o quizás algún detalle que en otra ocasión no habíamos registrado; en otras circunstancias, sin embargo, la misma visión podrá desencadenar en nosotros un intenso sentimiento de cariño hacia la memoria del escritor, una reflexión sobre la significación histórica de su denuncia contra las fuerzas reaccionarias que durante décadas retrasaron y siguen retrasando el desarrollo argentino, un estímulo, en fin, para seguir luchando por consolidar el frente nacional que derrote

definitivamente al imperialismo —esta es la respuesta flexible—. Tanto en el primer caso como en el segundo, el nivel celular que está en la base de la respuesta se comporta de la misma manera: según la ley del todo o nada. La distancia entre la rigidez —la igualdad constante de respuesta— y la plasticidad —la posible variación de la misma— solo puede estar dada por la diferente organización de las neuronas corticales correspondientes a las zonas cerebrales que son llamadas a intervenir en la configuración de una u otra de las formas de respuesta.

Repitamos: quiere decir que la ley que rige el nivel menos integrado no puede dar cuenta de los hechos en el nivel más integrado. Sin embargo, los hechos en el nivel menos integrado deben necesariamente dar cuenta de los hechos —y en consecuencia de la ley— en el nivel más integrado. Este es el problema. Y volvamos a insistir en que la explicación se debe buscar a través de los hechos, no de las leyes, como creemos haber puesto en claro con el ejemplo.

5.2 Cambios de nivel

Dentro de este mismo terreno hay una cuestión más grave, que es el cambio de nivel cuando este se realiza entre fenómenos naturales y sociales. Para intentar poner la cuestión en claro: cuando el cambio de nivel se da dentro de las ciencias naturales, la explicación no puede buscarse aplicando la ley del nivel explicativo en el nivel explicado, sino mostrando cómo el fenómeno del primer nivel se transforma cualitativamente en el fenómeno del segundo nivel; si se trata de la explicación de un fenómeno social a partir de niveles correspondientes a las ciencias naturales, entonces debemos preguntarnos, en primer lugar, si esa explicación es posible.

La pregunta del último párrafo no merece una respuesta trivial. Es preferible, por ahora, dejarla como pregunta abierta. Lo que es necesario tener presente es que en este caso, mucho más que en el que corresponde a los diferentes niveles de fenómenos naturales, la traslación de leyes entre niveles es una fuente indudable de graves errores científicos. La historia de la ciencia está llena de esas traslaciones que en general reciben el nombre de reduccionismo, significando con ello precisamente ese desplazamiento de leyes que reduce el nivel donde se encuentra la explicación del fenómeno.

El reduccionismo es sin duda un error, pero en cierto sentido es un error perdonable, pues en su origen se encuentra una inquietud legítima que es la profundización en la búsqueda de explicaciones. Lo que es más grave es el error inverso, que es el intentar extrapolar las leyes de niveles inferiores a los superiores, sobre todo cuando esa extrapolaración cruza la barrera de las ciencias naturales para pasar al dominio de las ciencias sociales. Y es más grave porque sus consecuencias —si no sus motivaciones— se manifiestan con frecuencia en el terreno de lo político.

Antes de ver algunos ejemplos, señalemos que se debe ser cuidadoso en el examen de estas cuestiones, pues es menester diferenciar lo que son legítimas comparaciones entre niveles, o la búsqueda de homomorfismos que pueden ser muy sugerentes e iluminadores para la creatividad necesaria en la investigación, de la extrapolaración indebida de leyes.

La física ha servido con frecuencia como modelo para las ciencias sociales, en especial la termodinámica con su ley de entropía ha creado una verdadera epidemia de científicos que intentaron aplicar esa difícil noción de los sistemas con clausura al análisis social.

Las observaciones de Christaller y Lössch sobre el ordenamiento territorial de las

ciudades en el sur de Alemania fueron transformadas en una teoría acerca del espacio, basada en un diseño geométrico que logra un cubrimiento óptimo.

Las fuerzas físicas, sus componentes y resultantes han encontrado traducciones directas en fuerzas sociales, actitudes políticas y conflictos.

En cuanto a la biología, es aun mucho más rica que la física en esta extrapolación, que he denominado imperialismo biológico.

William Harvey dedica su libro, *Excercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, en que describe la circulación de la sangre y el movimiento del corazón, "al serenísimo e invictísimo Carlos, rey de la Gran Bretaña, de Francia y de Irlanda, y defensor de la Fe". En el alegato que sigue a esta invocación, compara al corazón de los animales con el rey: "el corazón de los animales es la base de la vida, el principio de todo, el sol de su microcosmos y la fuente de la cual depende todo su crecimiento y emana toda su fuerza y todo su poder. El rey, de modo análogo, es base de su reino, sol de su microcosmos y corazón de su República, del cual emana todo poder y proviene toda gracia". Siguen otras comparaciones y adulaciones que revelan que Harvey se estaba protegiendo de las severas críticas que sin duda iban a levantar sus afirmaciones, casi heréticas para la época.

También en Inglaterra, Walter Cannon publica años después de Harvey su *Wisdom of the body*, donde por primera vez se hace una exposición detallada del concepto de homeostasis, de tanta importancia para la medicina a partir de entonces. Pero el último capítulo de tan mercedadamente famoso trabajo es una descripción de la sociedad como un cuerpo homeostático, donde la introducción de un cuerpo extraño desencadena una natural reacción que produce su expulsión o aniquilamiento. No debe ser necesario recordar a los argentinos que este mismo argumento fue utilizado por el gobierno del Proceso para aniquilar a miles de compatriotas.

A este problema general de la ciencia —en el sentido de que no es patrimonio de ninguna de sus ramas— se lo ha tratado también —lo señalábamos al comienzo— como el de la relación que existe entre cuestiones estructurales y coyunturales. Esa distinción es inaceptable para el tratamiento adecuado del tema, porque tanto en los fenómenos de nivel inferior o de respuesta rígida (el celular en el ejemplo del cerebro), como en el nivel superior o de respuesta variable, existen claras estructuras cualquiera sea la interpretación que se asigne a esa categoría epistemológica. Esta particular conformación de estructuras en todos los niveles donde se desarrolla algún fenómeno de la naturaleza adquiere una significación científica especial, puesto que es a través de las formas que asume esa estructuración como se resuelven y explican las mediaciones entre los distintos niveles.

5.3 Las estructuras

Estas afirmaciones nos llevan necesariamente a intentar aclarar algunas cuestiones referidas a las estructuras, dado el papel fundamental que les asignamos para la correcta comprensión de los hechos de la naturaleza y también, digámoslo desde ya, para los de la sociedad.

Una estructura es un sistema de relaciones; un sistema es un conjunto de componentes relacionados. Estas definiciones son tautológicas, puesto que remiten circularmente unas a otras. Veamos si podemos eludir la circularidad examinando de qué relaciones se trata.

La relación entre los componentes de un sistema va a depender de las características específicas de estos; es más, ningún sistema nace como tal, sino que se autogenera a

través de un proceso que, partiendo de las características de los componentes, produce las relaciones que a partir de ese momento lo definen. El sistema solar, por ejemplo, se genera a través de un largo proceso para llegar a una configuración en que el sol, los planetas y sus satélites, quedan estructurados mediante relaciones de fuerza (centrífuga, gravitatoria) que lo definen sin ambigüedad en cada momento de su existencia. Esas relaciones de fuerzas se constituyen entonces en las leyes de comportamiento del sistema, comportamiento que no podría ser explicado por la composición molecular de la materia. Las fuerzas, a su vez, son generadas en el mismo proceso que da origen a los componentes —sol, planetas— y como consecuencia inevitable del mismo. Hablar de los componentes —su génesis y estado actual— es la manera de expresar en términos físicos la relación abstracta —las leyes— que los ligan.

En el caso del cerebro, su conformación anatómica —la de sus diversas regiones, núcleos y tractos conductores— e histológica —la de sus neuronas, axones y dendritas— se estructura como consecuencia de una determinación genética, la contenida en la herencia cromosómica, y una determinación funcional, la que se define a partir de los estímulos que el individuo en formación recibe antes y después del nacimiento.

Sin embargo, en el caso del cerebro hay una característica que diferencia netamente este proceso del anterior, correspondiente al sistema solar, pues la conformación definitiva de la estructura cerebral actuante en una circunstancia dada depende también de la misma circunstancia, en la medida en que no siempre son las mismas conexiones las que se activan ante un estímulo dado. Ello no ocurre en el caso del sistema solar, y es lo que explica la respuesta flexible del ejemplo dado anteriormente.

Siempre vamos a encontrar que una estructura es el resultado de un proceso de estructuración, de una dinámica que puede ser relativamente sencilla o extraordinariamente compleja, pero que siempre alcanza su configuración actual a través de una construcción definida por las características de sus componentes.

Por otra parte, lo estructural no es más que una forma de organización, una disposición de elementos concurrentes para la realización de un trabajo. Esto ocurre tanto en el terreno de las prácticas físicas como sociales: una polea, una cabria y una soga sirven para elevar un peso solo si están estructuradas, organizadas de una manera que sea útil para ese propósito. Del mismo modo, un grupo de personas forman una empresa en la medida en que se estructuran de alguna manera que permita su funcionamiento en ese carácter, que conformen una organización empresarial. La diferencia importante entre ambos ejemplos es que la polea, la cabria y la soga no mantienen ninguna relación cuando no están estructuradas; ni existe la posibilidad de que la adquieran espontáneamente; en cambio, el grupo de personas puede autogenerar una gama casi infinita de relaciones al margen de su estructuración permanente en alguna forma organizativa que lo contenga. Es decir, existen componentes con capacidad de generar estructuras —desencadenar un proceso de estructuración— en tanto que otros carecen de ella.

Salgamos momentáneamente de esta discusión para señalar una aparente contradicción entre los aspectos dinámicos —la característica de proceso genético— y estáticos —la permanencia de la configuración estructurada— en la formulación que estamos haciendo. Esta contradicción aparente ha sido la causa del rechazo de esta conceptualización por parte de algunos estudiosos provenientes del campo marxista, debido a que lo estructurado dificulta los cambios a partir de su permanencia, en tanto que otros investigadores encuentran en la misma conceptualización una manera armoniosa de integrar los aspectos (digámoslo sin temor) históricos —en consecuencia dialécticos— y estructurales —por lo mismo funcionales— de los hechos confrontados en la realidad. Porque lo cierto es que la producción de cualquier hecho, natural o social,

solo puede realizarse en base a alguna estructuración de los elementos que intervienen en esa producción. La espontaneidad total no existe, salvo como fetiche.

5.4 Las estructuras de la coyuntura

Lo que se considera coyuntural en la terminología habitual en ciencias sociales, es algo que ocurre de manera imprevisible, como hecho fortuito, pero no significa de ninguna manera al margen de cualquier estructura, puesto que esta no es otra cosa que la forma organizativa que permite realizar una función, de manera que el solo hecho de que algo se produzca significa la existencia de una estructura. La diferencia entre lo estructural y lo coyuntural está dada, en consecuencia, por la duración de la conformación estructurada.

En biología ocurre algo similar con lo que se conoce como estructuras disipativas, las cuales se conforman y desaparecen en tiempos muy breves (que no miden en) microfracciones de segundos, requeridos para cumplir una función que forma parte de un proceso en el que la estructuración es una parte básica del mismo. La que diferencia las estructuras disipativas de la biología de las estructuras que aparecen en los fenómenos coyunturales es la posibilidad de previsión que presentan unos y otros fenómenos. Es decir, lo estructural disipativo es previsible en cuanto a su capacidad funcional en el campo biológico, pero no lo es, en el estado actual del conocimiento, en el campo social.

Existe, por lo tanto, una forma organizativa, una estructura que corresponde a la coyuntura, de manera que no se debe considerar a estos términos como opuestos, tal como lo vienen haciendo las ciencias sociales. Este puede constituirse en un importante campo de estudios y de hecho los avances científicos consisten, en buena medida, en ir conquistando terrenos a la imprevisibilidad de lo conocido como coyuntural.

5.5 Estructuras, niveles y aprendizaje

Los procesos sociales se desarrollan a partir de una capacidad estructurante de los mismos, la cual puede conducir a conformar estructuras de distinto tipo en cuanto a su permanencia y función.

Todo fenómeno —toda función— tiene una estructura que lo sustenta; toda función, al mismo tiempo, corresponde a un cierto nivel fenoménico; toda estructura es la expresión material de la ley que comanda el fenómeno; toda ley —o estructura— es generada por fenómenos —no por leyes— que ocurren en otro nivel, aunque hay niveles donde las características de sus componentes permiten su autoestructuración. Este conjunto de relaciones es el que está a nuestra disposición para entender la manera como los fenómenos pueden cambiar de carácter, es decir, como puede pasarse de la rigidez a la plasticidad.

El ejemplo del cerebro tiene un símil notable en las computadoras digitales, en las que el estudio de la inteligencia artificial ha permitido entender algunas de las cuestiones relativas a la fisiología cerebral de nivel superior, en particular el cambio de carácter entre distintos niveles de funcionamiento. El equivalente computacional de la neurona es el bit, el elemento que responde según la misma ley del todo o nada de la neurona; a partir de ese nivel de rigidez absoluta, los investigadores de inteligencia artificial están construyendo máquinas que se aproximan cada vez más al comportamiento plástico —aunque, a esta altura, podríamos decir inteligente, sensible y capaz de aprender— del

cerebro. La similitud va más allá y es bidireccional; las máquinas computadoras son algo más que máquinas en el sentido tradicional: son un complejo interactivo entre un componente rígido —el hardware— y otro que es el programa de comando —el software—, del mismo modo que el cerebro tiene una conformación definida por su determinación genética —el programa contenido en el ADN del individuo— y un funcionamiento —*praxias* y *gnosias* determinadas por la cultura— que es un continuo aprendizaje.

Nuestro problema —el cambio de carácter de los fenómenos en distintos niveles— se relaciona con la significación de esos niveles, es decir, con aquello que hace que distintos niveles sean diferentes. Dado que sus componentes son los mismos, esa diferencia solo puede consistir en un cambio de organización. Un nivel será superior a otro cuando sus elementos componentes sean compuestos de los elementos del nivel inferior. Esa composición no es cualquiera, sino una composición estructurada, una relación orgánica que permite la funcionalidad —la capacidad de producir fenómenos— en el nivel superior. La complejización que implica el cambio de nivel se expresa a través de un cambio en el tipo de fenómenos producibles, y ese cambio de tipo se transforma, cuando se introducen múltiples niveles sucesivos, en un cambio de carácter como los que se han señalado. Desde los fotorreceptores en mi retina, pasando por los sucesivos niveles de integración en la misma retina, el quiasma óptico, las varias capas del cuerpo geniculado, la corteza visual en el lóbulo occipital y las otras regiones de la corteza cerebral que son estimuladas por la presencia de las flores que estoy contemplando en este momento, se van produciendo esos distintos tipos de fenómenos que solo alcanzan a manifestarse en el último nivel perceptible por mí: la visión de las flores y el sentimiento estético que me producen. La complejidad de este último fenómeno, y sobre todo el cambio de carácter a partir del fotorreceptor, requiere la presencia de múltiples niveles.

Podría afirmarse la existencia de dos tipos de componentes estructurados: los que tienen la capacidad de generar estructuras nuevas o dar origen a nuevos niveles de organización y los que no tienen esa capacidad; en otros términos: con o sin capacidad de aprendizaje. El cerebro es uno de esos conjuntos —su hardware puede generar su propio software— y las computadoras se aproximan cada vez más a serlo.

5.6 Cambios de carácter en el nivel social

A partir de aquí, pero sin intentar una extrapolación indebida de los hechos comentados, es necesario explorar lo que ocurre con los fenómenos sociales, en los cuales vamos a encontrar similitudes y diferencias con el ámbito de los fenómenos naturales. El problema propio de esta parte de la reflexión puede expresarse con la pregunta ¿qué es lo social? Como toda pregunta compleja, es más fácil intentar una respuesta comenzando por descartar lo que no es. No es social lo que ocurre a nivel de una persona aislada. Sin embargo, la existencia de personas es una indudable condición necesaria para la existencia de lo social. De manera que la existencia de lo social es un cambio de carácter de lo que sucede en el nivel individual. Para que ocurra ese cambio de carácter es necesario, pero no suficiente, que exista un conjunto de individuos, el cual puede adquirir distintas formas organizativas mediante la capacidad autoestructurante de ese conjunto: familias, clanes, tribus, clases, naciones, son algunas de las formas que aparecen en el devenir histórico. Pero esa aparición no se hace solo en base a la determinación de los componentes de niveles inferiores —lo cual es la principal diferencia con lo que ocurre en los fenómenos naturales—, sino que está condicionada

por las relaciones que se establecen entre las personas —o los diversos conjuntos organizativos que se conforman en base a ellas— y el resto de los componentes que sustentan la vida de esos conjuntos, en particular la naturaleza.

Una segunda diferencia entre fenómenos sociales y naturales es que en los primeros los distintos niveles adquieren una significación especial. Las formas organizativas que definen el nivel constituyen conjuntos que no son directamente la expresión fenoménica de ese nivel, sino los actores vivos del drama que se va a desarrollar en el mismo. La diferencia es sutil pero importante, ya que ser un actor social implica una conciencia que, aunque velada por las circunstancias, está presente como virtualidad: es una conciencia posible.

Totalidad y conciencia posible definen lo social. Una y otra exigen no solo el cambio de carácter —en realidad, son la expresión de ese cambio— a partir de la complejización sucesiva de los niveles en que intervienen los distintos actores sociales, sino su construcción a lo largo de un proceso temporal —una historia— que no es una característica más de los fenómenos sociales —totalidad, conciencia posible e historia—, sino que es indiferenciable de lo social en cuanto tal —lo social es histórico—, lo cual quiere decir que la totalidad y la conciencia posible implican la historia: solo pueden ser entendidos como el resultado de un proceso histórico.

Las similitudes entre fenómenos naturales y sociales se refieren a la dinámica de la generación de estructuras a partir de fenómenos que ocurren en los niveles inferiores y el cambio de carácter mediado por la multiplicidad de niveles, solo que en los fenómenos que adquieren en algún momento de su existencia (por lo mismo que son una construcción histórica) el carácter social, esos niveles aparecen con una forma especial que es su institucionalidad. Una institución es un espacio social formal, esto es materialmente definido y sometido a una normativa que rige el comportamiento de sus actores; familia, grupo religioso, partido político, sindicato, son instituciones que responden a esa definición. Sin embargo, en algún momento de esta dinámica la estructuración alcanzada pierde ese carácter institucional —la materialidad y la normatividad— conservando la forma organizativa: el agrupamiento estructural. Esa virtualidad organizativa se encuentra, por ejemplo, en la clase. La clase no es un actor social —sí lo es el sindicato—, pero sí es una conciencia posible y se encuentra inserta en la totalidad social. Aquí es donde se produce el cambio de carácter, donde aparece la separación fundamental que abre el camino para las explicaciones del funcionamiento social en cuanto tal, en cuanto totalidad, en cuanto historia.

El estudio de los fenómenos sociales tiene que tomar necesariamente en cuenta todas las cuestiones que los determinan. De acuerdo con nuestra interpretación de lo social —contenida en la descripción precedente— esas cuestiones se concretan en tres aspectos principales: los actores reales o virtuales del fenómeno estudiado en su ubicación social, la organización de los mismos y el proceso de gestación de los actores y de estructuración organizacional —es decir, la historia— en el cual se encuentra contenida la intermediación entre los actores primarios con sus comportamientos guiados por intereses individuales, particulares o sectoriales y el comportamiento social —no protagonizado por actores concretos sino por la virtualidad de las clases— guiados por intereses históricos. En esa intermediación es donde juegan su rol fundamental las instituciones intermedias de la sociedad, componentes tanto de la sociedad política como de la sociedad civil en su integración en el Estado. El análisis de las instituciones que intervienen en los fenómenos que se intenta comprender —o manejar— es lo que permite, a través de la mediación que realizan, no alejarse de la consideración de los hechos concretos en su nivel más elemental, ni perder de vista la totalidad y la conciencia posible de lo específicamente social.

5.7 Lógica e historia

Toda sociedad se organiza en niveles que corresponden a distintos órdenes de fenómenos, relacionados con determinaciones de importancia desigual. Este es un conocimiento ya antiguo en la literatura sociológica, con versiones que van desde el marxismo al funcionalismo, pero aceptando siempre las características globales señaladas: niveles y determinaciones. Sin embargo, hay una importante diferencia —y también una similitud— en la forma como esas dos visiones sociológicas describen la organización social.

El marxismo destaca el problema de las determinaciones, y en particular la determinación en última instancia de lo social por lo económico, lo cual significa que son las fuerzas productivas y su resultado, la organización del proceso de trabajo, los que producen las relaciones sociales de producción; esas son las cuestiones básicas, estructurales de cualquier sociedad. Otros fenómenos: la cultura, la política, la religión, si bien están también determinados por las mismas relaciones básicas, ocupan un segundo lugar en la caracterización social. Pero solo en la caracterización, pues de lo contrario el desarrollo de los procesos sociales quedaría rígidamente ligado a una determinación inexorable que obviamente el propio Marx no aceptaba. Por el contrario, además de proporcionar una explicación del funcionamiento social, la intención de Marx era también forjar instrumentos de lucha para la transformación social.

Al destacar los elementos básicos de la organización social (en el capitalismo la estructura de clases, por ejemplo), erróneamente llamados —a mi juicio— estructurales por algunos autores, el marxismo dejaba parcialmente de lado los fenómenos que pasaron a ser llamados —aún más erróneamente— superestructurales y también los coyunturales, aunque el mismo Marx los introduce en sus análisis más políticos (el *18 Brumario de Luis Bonaparte*, por ejemplo).

El funcionalismo, a su vez, no abarca las determinaciones básicas tal como lo hace el marxismo y tampoco se interesa por la sociedad en general. Su interés se limita a la sociedad capitalista y solo a uno de sus niveles organizativos —al menos durante un período de conformación de esta escuela sociológica— que es el nivel intermedio, la faja que ocupan las instituciones u organizaciones formales de la sociedad.

El interés del funcionalismo por las instituciones es revelador de la tendencia a conservar la sociedad en sus aspectos básicos, perfeccionando en la medida de lo posible los componentes de su organización que mantienen en funcionamiento sus mecanismos productivos de todo orden (es decir, productivos de bienes, servicios y comportamientos sociales). Ese interés explica el porqué de esta línea de desarrollo, puesto que son las instituciones —el nivel intermedio de la organización social— el espacio donde se realizan los procesos productivos de la sociedad; explica también la extensión de esa sociología al estudio de los fenómenos coyunturales, puesto que ellos forman buena parte de los comportamientos sociales que sin estar ligados de manera estrecha con los procesos productivos (económicos) tienen, sin embargo, una gran importancia en su desarrollo. Por eso se expanden extraordinariamente, a partir de cierto momento, los estudios antropológicos y psicológicos, abarcando ya no poblaciones marginales (tribus primitivas y criminales lombrosianos) sino el universo de lo cotidiano.

A partir de aquí lo institucional se consolida como funcionalidad, es decir, como la forma de intermediación entre las determinaciones básicas y los fenómenos sociales: la historia. También adquiere una nueva significación: una capacidad propia de determinación sobre esos fenómenos (véase *Problemas sociales y cuestión nacional*, en este volumen).

Resumamos brevemente: el marxismo estudia principalmente las determinacio-

nes sobre el nivel básico de la organización social, en tanto el funcionalismo analiza las características organizativas y de funcionamiento de las instituciones formales. Sus propósitos son divergentes: cambiar la sociedad, conservarla reproduciéndola. Estas dos características globales —lo científico revelado en los contenidos del estudio y lo político que se manifiesta en los propósitos— se confunden en la discusión pública —sobre todo en la discusión metodológica— en varios planos que se entrecruzan desordenadamente, es decir, sin mantener un único universo de discurso.

La relación histórica entre lo científico y lo político aparece en el marxismo como una coherencia entre su propósito político de cambio y su preocupación por las determinaciones sobre el nivel básico de la sociedad (en el capitalismo su estructura de clases); para el funcionalismo hay una similar coherencia entre el propósito de conservación y el análisis del nivel intermedio (las instituciones).

La confusión ocurre cuando desde el marxismo se acusa al funcionalismo de ser un enfoque científico que tiende a la conservación, cuando en realidad este es su propósito político, o cuando desde el funcionalismo se acusa al marxismo de no ser un enfoque científico sino de ser solo una doctrina subversiva (quiere decir tener propósitos políticos de cambio). Estas confusiones se consolidan por el uso de una lógica diferente: la dialéctica para el marxismo y la formal para el funcionalismo, apta la primera para el estudio de fenómenos conflictivos y la segunda para el análisis de procesos lineales de desarrollo. Sin embargo, ninguna de ellas es ignorada por el otro enfoque: desde Lenin se incorporaron propuestas institucionales funcionalistas en la sociedad marxista de la Unión Soviética y no faltan análisis dialécticos de instituciones capitalistas.

Las consecuencias de estas confusiones, reales o deliberadas, no han sido triviales. El bloqueo de los estudios sociológicos y de otros enfoques sociales en los países socialistas es real, sometido al rígido control de las instancias políticas. Lo cual, una vez más, expresa la estrecha relación entre estos dos ámbitos, lo mismo que el bloqueo del estudio del marxismo en muchos países capitalistas.

5.8 Ciencia, instituciones y política

Estas cuestiones tienen que ser discutidas y aclaradas —tal es el propósito de este trabajo— para poder historizar adecuadamente la relación entre enfoque y institución. Mi posición al respecto deriva de las definiciones que figuran en páginas anteriores, de las cuales —en particular la que corresponde a democracia— se deriva la necesidad de trabajar —científica y políticamente— en el nivel de las instituciones intermedias de la sociedad —como mecanismo fundamental de intermediación en nuestras sociedades— para resolver los problemas planteados en cuanto a funcionamiento institucional y en cuanto a cambio social.

El nivel funcional, constituido por las instituciones, desempeña un papel principalmente estabilizador, puesto que su eje teórico conceptual lo aleja del conflicto para centrarlo en el funcionamiento. La fuerte estructuración del nivel funcional en el capitalismo maduro, es uno de los componentes explicativos de la estabilidad de esos Estados, que unido a la débil capacidad de modificar el nivel básico cierra el círculo de esa explicación; en el capitalismo subdesarrollado, a su vez, hay una debilidad estructural del nivel funcional y capacidad de modificación (estructuración) relativamente fuerte sobre el nivel básico, lo cual apunta a la posibilidad de su transformación interna.

De estas consideraciones resalta la importancia fundamental, por lo menos en las ciencias sociales, de las estructuras funcionales o intermedias, ya que no solo configuran un estrato estabilizador sino que, en determinadas situaciones, pueden contribuir

decisivamente a la transformación de la sociedad debido a su capacidad estructurante sobre el nivel básico. Las instituciones, la estructura institucional, aparecen entonces como un campo privilegiado de estudio para las ciencias sociales. Tanto así que en este momento se desarrolla un intenso debate político científico sobre lo que hasta hace poco era un paradigma científico y ahora comienza a ser visualizado como un dogma político: la estricta determinación de clase de los fenómenos sociales. Una de las consecuencias de estas polémicas es la relevancia que asume la cuestión institucional, no solo desde el punto de vista de lo institucional organizativo, sino desde lo institucional político. En términos más tradicionales: lo institucional organizativo destaca los problemas de eficacia y eficiencia, mientras que lo institucional político hace hincapié sobre el poder, hacia adentro y hacia afuera de la institución.

Lo que nos interesa es la relación entre los fenómenos históricos e individuales, la cual parece adquirir una posibilidad de concreción en el nivel funcional o institucional, debido precisamente a las conexiones que se establecen en ese nivel entre los poderes cotidianos —principalmente individuales y dirigidos hacia adentro de la institución— y sociales —principalmente grupales y dirigidos hacia afuera—. La importancia de esta relación estriba en la capacidad del poder cotidiano para construir el espacio de desarrollo del poder societal, pero más allá de esa importante función existe la integración de los dos ámbitos como una forma de la cultura.

Ser democrático excede la significación de la ideología política para formar parte de los rasgos culturales de un grupo social determinado. En este sentido, la democracia es un objetivo societal participativo e igualitario, pero también es un comportamiento cotidiano; cuando la integración de estos dos aspectos no se realiza, se debilita la posibilidad de luchar por —y en consecuencia de alcanzar— el objetivo societal. Dado que tanto el objetivo como el comportamiento se refieren a una forma de ejercicio del poder, se deriva de ello la importancia del nivel funcional. Por estas razones, las instituciones de un país pueden entenderse como una expresión característica de la cultura nacional, como cultura institucional.

La cuestión institucional encuentra una de sus manifestaciones típicas en el quiebre, que se produce con suma frecuencia, entre la determinación de clase y la determinación institucional. Estas dos determinaciones configuran una contradicción, dado que la primera induce un comportamiento en defensa de los intereses de la clase a la que pertenecen los dirigentes que ocupan los cargos superiores institucionales, en tanto la segunda induce la defensa de los intereses y objetivos, formales e informales, de la institución.

Abundan los ejemplos en que una misma determinación de clase, aun consolidada en una identificación ideológico política, pierde vigencia ante la determinación institucional.

La tesis básica de este trabajo es que toda estructura introduce un elemento de rigidez que dificulta los cambios en el nivel en que ocurre, pero los fenómenos que produce pueden ser organizados —estructurados— de tal manera en otro nivel, que los fenómenos que se produzcan en este último sean de extrema plasticidad. En esta tesis se sintetizan las relaciones entre estructura e historia, ya que toda estructura es un producto histórico, aunque al mismo tiempo interviene en la construcción de la historia.

La contradicción descrita entre la determinación de clase y la determinación institucional es una de las maneras en que se manifiesta aquella relación, y, en ese sentido, es expresiva de los niveles básico y coyuntural. El nivel funcional es el espacio donde se resuelve la contradicción mediante el triunfo de uno de los polos de la misma o, alternativamente, generando espacios adicionales dentro del mismo nivel funcional.

Habría una jerarquía de subniveles dentro del nivel funcional, en cada uno de los

cuales se resuelve parcialmente la contradicción principal entre permanencia —rigidez— y transitoriedad —plasticidad— mediante la creación de alguna institución formal o informal, correspondientes a alguno de los ámbitos de la vida social que configura el Estado.

A través del mecanismo descrito se hacen aparentes nuevos problemas, debido a las contradicciones propias de la cultura institucional, lo cual vuelve a iniciar el círculo de resoluciones por la misma vía, esto es, la creación de nuevas instituciones en otro subnivel jerárquico. Como en toda cuestión compleja, la solución requiere el anidamiento recursivo de los procedimientos de solución. Por eso es que existe una enorme diversidad de instituciones que caracterizan al Estado moderno, en cada uno de los ámbitos donde se desenvuelve la vida social. Individuos, familias, empresas, aparatos de gobierno, gremios, sindicatos, partidos políticos, movimientos sociales, son algunas de las instancias que conforman la materia viva de esta discusión.

Las leyes del comportamiento social —lo social como ciencia— contenidas en las estructuras básicas de la sociedad, tienen un correlato —un homomorfismo— en las estructuras intermedias. En este segundo nivel, lo que era ciencia en el primero se transforma necesariamente en política; la complejidad institucional es, entonces, la consecuencia política de los problemas científicos que se intenta resolver.

6. CONCLUSIONES

A manera de recopilación, destacaré los puntos principales que me han guiado en la redacción de estas breves notas.

A mi juicio, lo más importante es la idea de que toda formulación científica lo es en la medida de su historicidad. De esta conclusión se derivan las restantes. La historicidad de la ciencia puede expresarse también como la necesidad de su contextualidad, de su inserción en el mundo real tal como es.

Puede ocurrir que el observador perturbe con su observación el fenómeno observado, en cuyo caso resulta difícil deducir las leyes del mismo; esto puede generalizarse, destacando la autorreferencia que significa involucrar al observador en lo observado. O, si se quiere poner en otros términos: lo que en ciencias naturales es una perturbación del fenómeno a partir de la observación por un observador, en ciencias sociales es la inevitable participación del observador en el fenómeno mismo. En consecuencia, el problema se trata de forma distinta en las ciencias naturales y sociales.

Las ciencias naturales pueden incorporar leyes que señalen la incertidumbre que crea la autorreferencia; las ciencias sociales, a su vez, solo pueden tratar este problema desplazándose del plano científico al de la acción política. Esta es otra diferencia, tal vez la principal, entre ciencias naturales y sociales.

Cuando la incertidumbre de la autorreferencia en las ciencias sociales no se maneja de la manera indicada en el párrafo anterior, la consecuencia no es el mantenimiento de la apoliticidad o de la objetividad de la ciencia, sino su acientificidad.

Una segunda conclusión, que se debe plantear más bien como interrogante, es si existe una discontinuidad entre las ramas de la ciencia que estudian la naturaleza y las que estudian la sociedad. Puesto en otros términos: ¿la sociedad autogenera comportamientos que no pueden ser explicados a partir de la naturaleza de las cosas? La respuesta a esta pregunta debe ser negativa, pero el problematizar la cuestión lleva a destacar la enorme e insoslayable importancia de las intermediaciones entre fenómenos de distinto nivel.

La tercera conclusión se refiere a la manera como las anteriores se reflejan en los métodos que se utilizan para enfrentar los problemas de la investigación. La forma de poner en contexto histórico un objeto de trabajo científico es comenzar por su observación tal como se presenta en el mundo real, utilizando para ello las categorías comunes con que se lo piensa habitualmente. El proceso de investigación, a través del doble camino de la abstracción y la reconstrucción conceptual, transformará esas categorías en otras más precisas que conduzcan a comprender el fenómeno que se analiza. Es decir, las categorías iniciales permiten percibir el fenómeno, las finales permiten comprenderlo. Como derivación inmediata de lo anterior, el método de investigación es una construcción de la investigación misma. No existe, por lo menos en ciencias sociales, una metodología separada e independiente de los problemas a resolver.

Para finalizar, la conclusión que cierra de manera armónica la afirmación inicial de la historicidad de la ciencia es la ineludible continuidad esencial de la ciencia social con la política, ya que si solo la historia puede conducir a una ciencia verdadera, una ciencia verdadera tiene que servir para la construcción de la historia.

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD EN ARGENTINA⁵⁹

1. INTRODUCCION

El estudio del aporte realizado por las ciencias sociales en Argentina a la interpretación de la salud, o de la práctica de las actividades que se destinan a ella, requiere algunos presupuestos metodológicos y también algunos acuerdos acerca de lo que entendemos por ciencias sociales.

El primer presupuesto metodológico será intentar una descripción de las diversas formas de incorporación de las ciencias sociales al análisis de los problemas de salud. El segundo consistirá en derivar de la descripción inicial los elementos que permitan una interpretación de los mismos.

El acuerdo preliminar acerca de las ciencias sociales se basa en entender como tales las que se dedican al estudio de las relaciones entre personas, en cualquiera de los niveles posibles de estas relaciones: individuales, colectivas, históricas, actuales. Este acuerdo preliminar también deberá ser revisado como consecuencia del desarrollo del trabajo.

La descripción requiere además una periodización que permita identificar adecuados referentes históricos para las sucesivas fases por las que atravesó la incorporación —o los intentos de incorporación— de las ciencias sociales en la problemática de salud. El hecho más relevante es que, a pesar de ciertos alibajos que se señalarán más adelante, las ciencias sociales nunca tuvieron una importancia notoria en la consideración de los problemas de salud.

1.1 Salud y medicina

La salud en Argentina siempre ha sido un problema médico, lo cual no ha hecho más que seguir las tendencias internacionales, si acaso profundizándolas, sobre todo en los últimos años. Tal vez una de las razones para que ello ocurriera, es decir, para que las ciencias sociales nunca se ocuparan significativamente del problema salud, se debió a que siempre existió un nivel de salud considerado como bueno —aceptable para los más pesimistas— para el conjunto de la población, en base a dos hechos fundamentales: uno de los mejores niveles nutricionales del mundo y un nivel de empleo que mantuvo ocupada a toda la población durante largos períodos del siglo actual.

Sin embargo, la preocupación por la relación que existe entre la salud y la sociedad

⁵⁹ Capítulo elaborado con la colaboración de Susana Belmartino.

se ha expresado desde hace mucho tiempo, tanto en Argentina como en otros países de América Latina. Esa preocupación adquirió originalmente una forma histórica, en el sentido de una búsqueda de los antecedentes historicistas de las políticas de salud desarrolladas en nuestros países. Así es que desde el siglo pasado podemos encontrar diversas manifestaciones de esa preocupación, por ejemplo los relatos que identifican los personajes y las instituciones que van construyendo la infraestructura sanitaria del país. Esa preocupación tiene también una cristalización en el terreno académico, a través de la incorporación de una asignatura en los estudios de medicina. La historia de la medicina pasa a formar parte del currículum de la carrera médica, transformándose en una materia que los estudiantes deben soportar, sin que su estudio les signifique ningún aporte a su formación médica o intelectual. La historia de la medicina solo sirve en el país como un peñón hacia la ocupación de un sitio en el pomposo ambiente de la Academia de Medicina.

Podría afirmarse que la preocupación histórica domina la relación entre ciencias sociales y salud durante todo el siglo XIX en nuestro país. Lo que es importante destacar es que esta preocupación surge básicamente en médicos y no en historiadores. Este fenómeno del origen médico de la preocupación social se verá repetido en todas las otras disciplinas sociales hasta bien avanzado el siglo XX.

Es posible que la segunda disciplina a la que recurren los médicos en su intento de tener una visión distinta de la salud que la que propone la ciencia médica, sea la antropología, tal vez siguiendo los caminos trazados en otros ámbitos de la realidad, que intentan ver las diversas expresiones de la vida social como subculturas dentro de una misma sociedad. La consideración de la enfermedad como una subcultura —o mejor, de un grupo de pacientes en ese carácter— debe haberse visto facilitada en la medida de la existencia de enfermedades crónicas para las cuales el único tratamiento concebible era el aislamiento, no solo por sus características epidemiológicas intrínsecas —su infecciosidad, su contagiosidad—, sino por el temor que despertaban en el resto de la sociedad. De manera que el enfoque antropológico se justificaba desde el doble punto de vista de la subcultura de los enfermos crónicos y la subcultura de los sanos.

Un tercer paso de avance ocurre cuando el país se inserta definitivamente en el circuito del creciente mercado internacional. Ese proceso, comenzado en el último tercio del siglo pasado, se consolida a partir de la primera guerra mundial cuando Argentina asume su papel de proveedor de alimentos a los países industrializados. La expresión de estos hechos en términos de nuestro problema es la incorporación de la higiene y el saneamiento ambiental en las políticas de salud y también en la enseñanza de la medicina. Ello supone la incorporación de una reflexión que no corresponde al enfoque habitual de la medicina, sino a ciencias que responden al comportamiento de las personas (alguna versión de la psicología) o a lo que hoy llamaríamos la ecología (en su inicio visto como ingeniería sanitaria).

1.2 Saber y práctica

Todos estos desarrollos ocupan hasta el segundo tercio del siglo actual y sus repercusiones son relativamente importantes en la práctica de las acciones sanitarias —de hecho la dominan— aunque nulas en la conceptualización de lo que corresponde al saber acerca del proceso salud enfermedad.

La falta de conceptualización obedece a la disociación que se verifica entre la reflexión y la práctica. La reflexión se realiza, pero no corresponde al panorama nacional, sino que ocurre en el país que se perfila como el gran ordenador de lo que sucede en los

países bajo su dominio. De manera que la práctica de salud en los países periféricos es pensada en los países centrales, con el propósito de resolver los problemas que la relación centro periferia creaba para los países del centro, en el ámbito de la salud o en cualquier otro. En el caso de salud, el saneamiento del territorio era una necesidad para la explotación de sus recursos naturales —sobre todo cuando en ella intervenían empresas extranjeras como en el caso del petróleo y la minería, pero también para posibilitar esa explotación por la fuerza de trabajo nativa— así como la higiene —sobre todo en ciertas zonas y para algunos grupos de población— era un requisito para que los productos exportados llegaran a los centros sin contaminaciones indeseables.

Los problemas propios no eran pensados por nadie ni resueltos por ninguna práctica. El pensamiento nacional estaba dedicado, como se mencionó, a una historia de lo ocurrido en el país, pero a una historia intrascendente, centrada en alguno de los personajes que aparecían ligados a los procesos que se materializaban institucionalmente —por lo general la creación de algún instituto asistencial o de investigación— aunque sin relacionarlos con las determinaciones reales enraizadas en la dinámica social del país. De esa manera, la determinación era parcial y tomaba en cuenta solo lo que era de interés para los países centrales. La reflexión nacional era una especulación casi totalmente desconectada de bases materiales: una ideología en el peor sentido del término.

A partir de la crisis del treinta se abren nuevas posibilidades que van a tener consecuencias importantes sobre el pensamiento argentino acerca de salud: los dos disciplinas de mayor impacto son la administración sanitaria en sus distintas versiones (administración de hospitales, administración de programas, planificación, programación, administración de recursos humanos, etc.) y la psicología, sobre todo en su versión psicoanalítica. La incorporación inicial de la administración sanitaria se hace siguiendo las mismas pautas que las del saneamiento y la higiene, es decir, como una práctica que no refleja un pensamiento nacional sino que es impuesta desde los países centrales por su propia conveniencia, y desencadena un proceso que va a conducir necesariamente a esa reflexión a partir de la década del sesenta, como consecuencia de un sordo conflicto que se genera entre los médicos en cuanto administradores legos de las instituciones asistenciales y los grupos —de médicos y también de no médicos— que surgen como emergentes del proceso mencionado: los administradores —y varias otras categorías— profesionales de salud. El conflicto tiene expresión en el terreno específicamente administrativo —el de la eficacia frente a la eficiencia, la primera protagonizada por los médicos y la segunda por los administradores—, sin embargo, en esa expresión conflictiva ya se encuentra necesariamente implícita una discusión conceptual acerca del proceso mismo de la salud y la enfermedad; ese proceso ya no puede quedar encerrado en la estrecha delimitación biológica o médica, ya se ha transformado —aún con límites estrechos— en un problema administrativo, es decir, económico, abriendo camino para una transformación más amplia como problema social. La psicología, en cambio, siempre fue considerada una disciplina relacionada con la salud, pero una disciplina menor, que podía servir como un auxiliar de la medicina verdadera, que era la que trataba los aspectos orgánicos, fisiopatológicos, con sustrato anatómico, de las enfermedades. Esta concepción de la psicología como auxiliar permitió su incorporación como disciplina de salud y hasta su integración parcial en la medicina, en el espacio creado bajo la noción de enfermedades psicosomáticas.

Esta denominación apunta a una forma de incorporación que mantiene diferenciados a sus componentes, por eso es parcial, en cuanto reconoce la existencia de un cuerpo —soma— y una mente —psiquis— con capacidad de generar procesos patológicos, aunque otra interpretación es que en algunos casos de enfermedades somáticas se reconoce la intervención de la psiquis. Lo que en ningún caso aparece claro, es que cuerpo y mente

son una sola y única cuestión, indiferenciable en cualquier proceso patológico. Y no puede aparecer porque de hacerlo significaría un cuestionamiento de los fundamentos de la medicina, tal como era ejercida a mediados del siglo actual.

Diversas versiones de la psicología enfatizaron distintas interpretaciones del papel de lo psicológico. Algunas de esas versiones bien comportadas se constituyeron en un refuerzo de la visión médica de los problemas de salud, en tanto otras planteaban una manera novedosa y crítica en la consideración de los mismos. El refuerzo del enfoque médico a partir de la psicología se hizo a través de las versiones referidas a la conducta de esa disciplina, en sus vertientes individual (el conductismo) y colectiva (la psicología social), sintetizadas en las elaboradas versiones acerca de la relación médico paciente y los aspectos psicológicos del comportamiento organizacional. Otras tendencias llenaban diferentes tipos de necesidades. El psicoanálisis adquirió un ímpetu inusitado que se dirigió a abastecer la demanda explosiva de la clase alta urbana frente al confuso panorama que se enfrentaba en los aspectos sociales y políticos de las décadas de la segunda posguerra. No obstante, si una fracción del quehacer psicoanalítico prosiguió en su actitud de proveedor de una necesidad de la clase alta argentina, otros de sus representantes iniciaron un movimiento de enorme significación, no solo como respuesta a la actitud clasista de sus colegas de profesión, sino como crítica a las concepciones médicas de los procesos de salud enfermedad, basada precisamente en el reconocimiento de las personas como totalidades insertas en un ámbito social amplio.

Todo esto tuvo su reflejo en la institución más tradicional relacionada con la salud: la enseñanza de la medicina, a través de diferentes disciplinas que presentaban los enfoques nuevos, aunque manteniéndolos siempre separados del cuerpo principal de conocimientos que constituían el núcleo sólido —científico— del quehacer médico. Esa falta de integración subsiste hasta hoy. Lograrla es la principal tarea que enfrentan quienes trabajan por resolver los ingentes problemas que presenta la salud actual en Argentina.

2. MARCO TEORICO

El tema de este trabajo no es de definición sencilla, dado que involucra, como señalamos en la introducción, una serie de consideraciones imprescindibles para entender la significación del mismo. La orientación general que seguiremos será la descripción de la doble vertiente que constituye, por una parte, los intentos de la medicina de incorporar a las ciencias sociales como una herramienta analítica para su quehacer fundamental: curar enfermos; por otra, las aproximaciones que se han hecho desde las ciencias sociales para entender uno de los procesos centrales de la vida social como es la salud enfermedad.

Es difícil entender por qué la sociología tardó tanto tiempo en ocuparse de un problema de esta importancia. Esa misma dificultad debe ser uno de los aspectos a esclarecer en una búsqueda como la que estamos emprendiendo.

2.1 La vertiente médica

No es fácil rastrear los motivos que indujeron a algunos médicos a buscar en las ciencias sociales la resolución de los problemas, reales o imaginarios, que se les planteaban en el ejercicio de su profesión. Es posible, sin embargo, que más que una tentativa de resolver problemas, lo que subyacía al tímido recurso que se hacía a otras

disciplinas era debido a una inquietud respecto a lo que hoy llamaríamos la determinación del proceso salud enfermedad.

Esa inquietud —verdadero malestar epistemológico— había sido creada por el proceso que condujo a la cientificación de la medicina, iniciado en Europa y profundizado en Estados Unidos a través de la articulación entre medicina y gran capital. La cuestión estaba planteada en el mundo desarrollado de la segunda mitad del siglo XIX: los descubrimientos científicos que se realizaban en Europa en el terreno de la microbiología y el acelerado desarrollo de la ciencia y la industria química con la aparición de drogas que comenzaban a adquirir el calificativo de maravillosas, eran los elementos de la transformación en ciernes.

2.1.1 Las consecuencias de las prácticas científicas

Esos desarrollos iban a ser recogidos por un movimiento dirigido a transformar la práctica de la medicina en una práctica científica. Pero este proceso de transformación del empirismo a la ciencia se hizo mediante una polémica que se realizó inicialmente no en el nivel de la práctica, sino del saber. El ejemplo paradigmático fue la discusión sostenida entre Pasteur y Koch por un lado, con Virchow, en la que los primeros sostenían la existencia de microbios y su responsabilidad en la aparición de las enfermedades, en particular de la tuberculosis, existencia y responsabilidad negada por el segundo, quien atribuía esa enfermedad a las condiciones de vida y trabajo existentes en los grupos menos protegidos de la población.

Es fácil para nosotros hoy reconocer los márgenes de verdad en ambas afirmaciones; no lo fue en la época de la polémica, ni tampoco las enormes consecuencias sociales, científicas, económicas y políticas que la resolución de la misma habría de tener hasta la actualidad. Las consecuencias políticas son las menos perceptibles (las otras son casi obvias), pero piénsese en el tipo de identificación de clase de los médicos a que puede dar lugar una u otra conceptualización; recuérdese que en cualquier sociedad de los países occidentales los médicos ocupan una posición —status— de gran importancia y junto con ello detentan un poder considerable que no se desea cuestionar —por lo menos a partir de los mismos médicos—, que es a lo que podría conducir la identificación con grupos desposeídos y desprotegidos de la población.

Si las consecuencias no fueron totalmente previsibles, quedó como residuo un cierto malestar en torno a lo que hoy, repetimos, consideraríamos el conjunto de las determinaciones del proceso. Ese malestar es el que se expresa, a nuestro juicio, en algunas de las búsquedas manifestadas en la vertiente médica del intento de incorporar las ciencias sociales al análisis de la salud como forma de completar el conjunto de sus determinaciones. En algunas de las búsquedas, pero no en todas. De manera que en esta vertiente es necesario diferenciar la motivación que corresponde a la determinación social a la Virchow, de otras determinaciones que impulsan motivaciones menos generosas, o, para ponerlo en términos más generosos, más individuales: la curiosidad, la fama, el ingreso a la Academia, o alguna de sus derivaciones pragmáticas, como el acceso al funcionalismo internacional.

La diferenciación es necesaria porque la primera motivación tiende a criticar —autocrítico— y, en consecuencia, reformular el proceso global de determinación del proceso salud enfermedad, en tanto la segunda motivación tiende a consolidar la visión médica de la determinación de ese proceso, precisamente por la carencia de los componentes críticos —cuestionadores— que conduzcan a una reformulación no solo de la teoría, sino también y principalmente de la práctica. Aun dentro de la primera corriente, es conveniente establecer una distinción entre disciplinas que se orientan más hacia el

examen de problemas individuales frente a otras cuya preocupación abarca un ámbito colectivo. En el primer caso estarían algunas corrientes psicológicas, en el segundo, distintas versiones de la planificación.

Las disciplinas que llamaremos genéricamente psicológicas comienzan siendo un enfoque que intenta aproximarse a la práctica médica desde una posición externa a la misma, algo así como un mecanismo auxiliar cuya función es solamente facilitar el relacionamiento entre el médico y el paciente, de manera tal que esa función es retomada posteriormente en un nivel superior y da origen a un área problemática dentro de la actividad médica, que se destina a estudiar precisamente esa relación.

Un segundo paso consiste en la audacia de proponer que en ciertas enfermedades existe un componente psicológico coadyuvante en el desencadenamiento de las mismas, es decir que lo psicológico entra como una causa parcial en el complejo multicausal que estaría en el origen de ese grupo de enfermedades, que pasan a adquirir una denominación especial: enfermedades psicósomáticas, es decir, aquellas en las que participa al mismo tiempo la psiquis y el soma. Esta formulación recibe un fuerte refuerzo cuando en la década del cincuenta el trabajo del canadiense Hans Selye introduce la noción de síndrome general de adaptación juntamente con la de stress, como mecanismo de intermediación entre los dos componentes que hacen parte del enfoque psicósomático.

La forma de incorporación de estas nociones no hace sino reforzar el modelo médico debido al énfasis que se pone en el manejo de la concepción selyana a través del uso de drogas poderosas como las hormonas y los neurotrópicos, y sobre todo su aplicación a campos restringidos e intervencionistas como la gran cirugía (a través de la anestesiología), aunque también al ámbito ambiguamente definido de las enfermedades psicósomáticas.

En nuestro país la medicina ha privilegiado —no es de extrañar— la determinación individual de la vertiente médica, mediante las instituciones oficiales a su alcance: tanto las que se orientan a la docencia e investigación como a prestación de servicios. En lo que corresponde a la determinación social ha tenido gran importancia cierta corriente psicoanalítica —que se examina más adelante—, en tanto que la planificación ha seguido los carriles más tradicionales y sobre todo menos críticos de su abanico de posibilidades; estas dos se presentan en lo que llamamos la vertiente social.

2.2 La vertiente social

Esta segunda vertiente de aproximación entre ciencias sociales y salud es de data mucho más reciente y por razones que intentaremos aclarar, su motivación es menos transparente que en la otra vertiente.

Las ciencias sociales tienen un interés natural en los problemas de salud enfermedad, tanto para las disciplinas que se ocupan de los aspectos más individuales y de comportamiento como para las que se dedican al análisis de los procesos más colectivos y de relaciones entre grupos o instituciones. A partir del momento en que el desarrollo del capitalismo adquiere sus características actuales, los problemas que plantea la economía, la sociología y la organización de la salud hacen que estas disciplinas intervengan en el análisis de sus determinaciones.

En Argentina, el interés por el problema a partir de esas disciplinas es muy reciente, a pesar de que en los países desarrollados ya se había iniciado la publicación de trabajos sobre el tema desde hace unos cuantos años. Una de las razones que pueden alegarse para el tardío despertar del interés nacional es, en consecuencia, el retraso cultural con que copiamos las tendencias de los países centrales. Esta razón, que tiene un im-

portante fondo de verdad, es, sin embargo, insuficiente para explicar la falta de aportes de las ciencias sociales en el país, con punto de partida en las ciencias sociales, para el análisis de los problemas de salud.

2.2.1 La barrera ideológica

Hay, a nuestro juicio, otra razón, que consiste en una barrera levantada entre el espacio correspondiente a lo que un planificador llamaría el sector salud y el resto del espacio social del país. Esa barrera es la principal limitación que existe para el cambio que necesita el enfoque del proceso salud enfermedad.

El problema se relaciona con el status de la profesión médica por una parte, y con la forma de práctica (también en estrecha relación con lo anterior) por otra. Ese status y esa forma de práctica conforman lo que Menéndez llama el modelo médico. Una de las consecuencias del modelo médico vigente en Argentina que no se visualiza con frecuencia es, precisamente, la capacidad que tiene para erigir la barrera que estamos comentando. La expresión verbal de este hecho es que los problemas de salud son problemas de los médicos. Con esta caracterización resulta claro que la barrera erigida entre el espacio médico y el resto del espacio social es una barrera ideológica, puesto que se encuentra constituida por el saber mencionado compartido por médicos y no médicos y por la forma de práctica dominante: represora o paternalista, pero siempre autoritaria. Estas dos cualidades cumplen con los requisitos puestos por la definición de ideología que hemos adoptado:⁶⁰ ser una visión —aunque parcial— del mundo, es decir, un saber particular —no necesariamente verdadero— que construye sus sujetos, en este caso los médicos y los pacientes, en suma, el conjunto de la sociedad.

Esta es una ideología fuerte, en la medida en que tiene una larga historia y que no ha sido cuestionada seriamente ni desde el espacio médico ni desde el espacio social en nuestro país, debido a la actitud de exagerado respecto que presupone la relación con los profesionales de la medicina, adoptada por quienes se encuentran fuera de la barrera. El presupuesto habla de un *a priori* —la confianza en el saber médico— no siempre justificado a posteriori.

Sería interesante examinar si este es un problema general en el país, es decir, si se repite con otras profesiones; nuestra sospecha es que sí, basándonos en el papel que desempeña la Universidad —más próxima al fortalecimiento de las relaciones sociales de producción existentes que a lo que debiera ser su función natural en los países capitalistas: el desarrollo de las fuerzas productivas— lo cual refuerza la tendencia aislacionista; el examen de esa cuestión global del proceso educativo superior requiere un esfuerzo de investigación. Lo que es claro es que en el caso de la medicina existe la doble actitud interna de impedir el acceso a lo que se considera un coto privado y externa de no meterse donde a uno no le corresponde.

Este fenómeno que caracteriza la práctica social de la medicina —es decir, la que se desenvuelve en el medio social cotidiano— tiene un equivalente en el terreno académico, expresado desde el lado médico por el enfoque biologicista, y desde el lado de las ciencias sociales por su falta de interés en los problemas de salud. La necesidad de romper la barrera de separación entre los médicos y la sociedad global requiere posiblemente el auxilio de la antropología, que debiera estudiar el problema desde su particular óptica. Los antropólogos han realizado algunos estudios durante la década del sesenta a partir de la tendencia de la antropología médica: el estudio de la enfermedad como cultura y el de

⁶⁰Véase *¿Cuál ciencia?*, en este volumen.

grupos profesionales también en ese carácter. La interrupción de esa visión ha impedido avanzar en la ruptura necesaria para integrar a los médicos con la población en una discusión de problemas que son comunes a ambos grupos.

El interrogante que surge a partir de aquí es ¿por qué se despierta ese interés a partir de un cierto momento? Responder a esta pregunta retórica requiere un análisis histórico a través del cual se describa e interprete los hechos ocurridos por la vía de los personajes que actuaron en el mismo y su forma de relacionarse con los hechos sociopolíticos que dan sentido a la historia.

Hay dos intentos de introducir en el quehacer médico enfoques que no parten de la medicina. El más importante es el que se origina en las disciplinas creadas a partir de la revolución freudiana, en especial el psicoanálisis en alguna de sus variantes. El otro es el que surge de la economía, sobre todo en las ramas más administrativas de esta disciplina, como la planificación. La significación de ambos es distinta y los examinaremos por separado.

2.2.2 Psicoanálisis

Las disciplinas psicológicas que habrán de tener una influencia definitiva en el cuestionamiento crítico del modelo médico —o, lo que es lo mismo, de la ideología médica— serán las diversas tendencias psicoanalíticas que tienen en Argentina un auge fenomenal a partir de fines de la década del treinta, comienzos de la del cuarenta. La pregunta obvia de por qué ese auge deberá quedar para quienes tengan un conocimiento más profundo de ese proceso y mayor capacidad para su análisis. Sin embargo, no resistiremos la tentación de señalar la coincidencia con tres procesos sociales de enorme significación para el futuro nacional que se abre en ese momento: se trata de la salida de la gran crisis del año treinta, del comienzo de la segunda guerra mundial que tanta repercusión tuviera en la sociedad argentina y del comienzo del movimiento popular liderado por el general Perón; esos tres procesos pueden tener relación con el auge que señalamos, tal vez a través del cuestionamiento que significan al sistema tradicional de dominación —en lo externo Inglaterra y en lo interno la oligarquía ganadera— y a la necesidad de amplios grupos de población, ligados sólidamente a ese sistema, de reubicarse frente a las nuevas situaciones interna e internacional. Cuanto más sólida la ligadura, mayor podría ser la necesidad de recomposición ideológica, para lo cual serviría el psicoanálisis que se practicaba en ese período.

El psicoanálisis, independientemente de su eficacia (que deberá ser evaluada en algún momento) para el tratamiento de los males, reales o imaginarios, de sus pacientes (tal vez habría que decir de sus cultores), logra algo que no entra en su propuesta explícita en el terreno de la teoría, o de la doctrina, que es penetrar por primera vez en forma efectiva la barrera de separación que protege la actividad médica de contaminaciones indeseables. Y lo consigue, repetimos, sin proponérselo, por mera presencia en el ámbito social.

Lo de mera presencia es una afirmación retórica, ya que es necesario algo más que eso para lograr el resultado que obtiene el psicoanálisis; son necesarias, por lo menos las dos condiciones siguientes: ser una propuesta alternativa en el sentido de constituir lo que algunos autores llaman —utilizando el término en un sentido no convencional— un sistema de salud, significando con ello una interpretación del proceso salud enfermedad y una propuesta terapéutica —incluida en esta la relación social terapéutica o, para la medicina tradicional, la relación médico paciente—, y ocupar un lugar en el espacio de la prestación de servicios —en ciertas condiciones el mercado— de salud; la homeopatía (¿y la acupuntura?) cumple con la primera de esas condiciones, pero no con la se-

gunda, aunque se aproxima bastante, mientras que el psicoanálisis cumple con las dos.

Señalemos desde ya algo que requiere posterior elaboración, que puede ser considerado un indicador de la importancia crítica de las disciplinas que estamos discutiendo para el cuestionamiento del modelo médico. El indicador que proponemos es la resistencia a la incorporación de las distintas disciplinas sociales en los programas de enseñanza de las facultades o escuelas de medicina. El hecho es que el psicoanálisis (junto con la homeopatía y la acupuntura, por ejemplo) nunca encontró una posición significativa en la docencia médica. Esta separación no es enteramente adjudicable a su radiación voluntaria por las autoridades académicas. Existió también un aislamiento que partió de las propias filas psicoanalíticas, reproduciéndose así la tendencia aislacionista que señalamos para la medicina.

El psicoanálisis logró penetrar la barrera de separación entre la medicina y la sociedad, manteniéndose al margen de la práctica tradicional como una práctica alternativa. Esto ocurrió de manera involuntaria, sin que hubiera una propuesta concreta en ese sentido; surgió como una interpretación que partía principalmente de la población misma sujeta a la práctica psicoanalítica, o que tenía información más o menos adecuada acerca de la misma. El psicoanálisis, para los psicoanalizados o los informados, era una terapéutica montada sobre una interpretación del proceso salud enfermedad diferente de la aceptada por la medicina tradicional. En consecuencia, y por esa misma razón, constituía una crítica en profundidad del modelo médico vigente y, sobre todo, de la concepción médico biológica subyacente al mismo. Es decir, introducía un tipo de interpretación social del proceso salud enfermedad que cuestionaba sus determinaciones conocidas y aceptadas.

La ruptura producida por el psicoanálisis tiene su propia historia, interna a la institucionalidad psicoanalítica. La crítica implícita no dejaba de tener sus contradicciones, ya que a pesar del profundo cuestionamiento a la interpretación médico biológica del proceso salud enfermedad, con su correlato crítico respecto del modelo médico, la práctica psicoanalítica inicial copiaba, profundizándolos, los aspectos más cuestionables de ese modelo: la consulta privada mediante el pago de cuantiosos honorarios, similar a las propuestas del más rígido esquema de la medicina liberal, agravado por la selección de los pacientes (escapando así del liberalismo) por el establishment psicoanalítico. Discutir si esa práctica estaba justificada o no por las necesidades intrínsecas de la relación terapéutica puede ser una tarea ociosa e inútil para nuestro propósito. Lo que importa es la identificación de las consecuencias de ese proceso para ayudarnos a entender el porqué de las formas concretas de aproximación de las ciencias sociales a salud. El hecho es que el quiebre del aislamiento, la destrucción de la barrera protectora del enfoque médico de la salud recibe, a nuestro entender, un importante y tal vez fundamental impulso en la actividad psicoanalítica argentina. Es a partir de esa penetración inicial que se posibilita la investigación y el cuestionamiento de las actividades de salud por otras ciencias sociales.

2.2.3 Planificación y sociología

Las dos disciplinas que siguen al psicoanálisis en esa apertura son la planificación y la sociología, pero lo hacen de manera distinta: la primera dedicada más a la investigación de los procesos que se desarrollan dentro del sector, tanto como actividades que el mismo realiza para la atención de los problemas de salud, como por la expresión de estos en cuanto condiciones de salud de la población. Ello se sintetiza en los diagnósticos que se producen, realizados por varias instituciones, en general ligadas a la acción de gobierno.

Igual que en otros países de América Latina, la planificación surge en dependencia y alianza de las instituciones internacionales —sobre la base de las formulaciones generales de la CEPAL y el ILPES—, pero, a diferencia de aquellos no se concentra, en el caso de la salud, en el ministerio sectorial correspondiente, sino que hace pie firme en las instancias globales de planificación: el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) en el nivel nacional, y el Consejo Federal de Inversiones (CFI) en representación de las provincias. Esta doble representación, y el hecho de escapar a la institución central del control de la salud —tradicionalmente en manos de médicos—, confiere a la planificación de salud en Argentina ciertas características particulares —entre otras, la de realizar aportes de alguna significación a la metodología utilizada, como el análisis de los niveles de complejidad hospitalaria, por ejemplo, y proponer un modelo nacional de planificación—, las cuales, sin alcanzar al cuestionamiento del modelo médico que sí logra el psicoanálisis, abren algún camino hacia el cuestionamiento de la práctica médica, aun dentro de la tendencia reformista.

Esa posibilidad de apertura mediante la planificación se va a perder, en ese carácter, cuando la misma se incorpora a los ambientes oficiales y académicos por la vía de la declinante Escuela de Salud Pública, de tan magros logros en todos los terrenos.

La sociología, por su parte, realiza una tarea que se aproxima más a una crítica de las actividades de salud, en especial referidas a su organización interna y a su relación con los procesos generales de la sociedad. Esta función de la sociología recibe un fuerte impulso inicial a través del trabajo pionero de Juan César García, quien estudia los problemas de la enseñanza de la medicina no solo en Argentina sino en todo el continente, apoyado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

El primer encuentro serio entre estas dos disciplinas —planificación, sociología— se hace con motivo de la realización de la Encuesta de Salud, promovida por la Secretaría Nacional de Salud Pública y la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, encuesta para la que se monta una estructura organizativa *ad hoc* y que se hace efectiva durante los años 1970, 1971 y 1972. Esa coincidencia fortaleció y rejuveneció las visiones un tanto diferentes que las dos disciplinas tenían.

Al mismo tiempo, se verificaba un proceso paralelo en el interior del ámbito psicoanalítico, que llevaría al cuestionamiento de su práctica liberal y posteriormente a una ruptura institucional de consecuencias profundas para las actividades de salud mental, con repercusiones sobre la vida social misma del país.

Los conflictos y coincidencias se producían en un momento especial de la vida política, cuando se estaba revitalizando el movimiento popular a través de un proceso de coincidencias que abriría paso a la última década nacional, la más terrible de su historia.

3. PERIODIZACIÓN E INSTITUCIONALIDAD

En esta parte del trabajo intentaremos establecer un paralelo entre las grandes líneas económicas y sociales por las que ha transitado el país desde mediados del siglo pasado, y las que corresponden a las corrientes de las ciencias sociales en su aplicación a salud, expresadas en las formas de su institucionalidad.

Estableceremos en primer lugar un esquema de periodización que nos permita orientarnos en cuanto a los acuerdos que se van gestando como consecuencia de las tendencias económicas internas generadas en el país y también de la inserción del mismo en los mercados internacionales. Dentro de ese esquema analizaremos la creación de las

instituciones que han tenido que ver con la salud y su significación en el sentido del enfoque de las ciencias sociales.

Los cuatro períodos que analizaremos son: primero, del fin de la guerra federal a la crisis de 1930 (organización nacional e inicio de un proceso de industrialización de base agraria); segundo, desde la década infame del fraude conservador hasta la revolución de 1943 (gestación del nacionalismo populista, consolidación de una clase obrera combativa que crece sobre la base de una industrialización sustitutiva); tercero, del surgimiento del peronismo como árbitro de grupos potencialmente antagónicos (el sindicalismo reformista y la industrialización autónoma) a la recreación del movimiento popular anti-imperialista y su derrota; cuarto, el Proceso (la desnacionalización y la entrega).

El acento de esta periodización estará puesto en el tipo de acuerdos que se generan entre distintos grupos sociales para llevar a cabo el proyecto dominante; dicho en otros términos: se pondrá énfasis en los cambios en el nivel del Estado. La hipótesis es que esos cambios determinan las grandes orientaciones de las políticas sociales, en particular las de salud, las cuales tienen expresión como formas institucionales en distintos niveles de la organización social.

3.1 Organización nacional

El lapso que abarca casi la última mitad del siglo pasado y el primer tercio del actual puede ser considerado el gran período de la organización nacional, durante el cual se sientan las bases sociales, económicas y jurídicas de la Argentina posible.

La base social se constituye sobre una fuerte inmigración europea, cuyos miembros ocupan reducidas zonas interiores del país en calidad de colonos, o se incorporan como fuerza de trabajo de extensos latifundios en los cuales el proceso productivo mantiene características precapitalistas. Es el país de la oligarquía ganadera —uno de los principales grupos del polo dominante en la estructura social argentina que está en formación durante el período—, en el que la única resistencia obrera hasta la segunda guerra mundial surge del movimiento anarquista, importado por obreros italianos y judíos.

La base económica es fundamentalmente rural y las posibilidades de un territorio privilegiado por sus condiciones naturales hacen que el país se identifique como granero del mundo, lo cual fija las condiciones de incorporación de Argentina al mercado mundial. Una de las expresiones claras de esa inserción la constituye la red ferroviaria y portuaria que se construye durante el período, claramente destinada a facilitar las exportaciones de granos.

Durante todo este período son extraordinariamente escasos los aportes de las ciencias sociales a la salud, en coincidencia con lo que ocurre en el nivel mundial, que es el proceso de cientificación de la medicina; es decir, es el momento de consolidación del enfoque médico biológico, lo cual tiene su expresión más acabada en las transformaciones que se verifican en la enseñanza de la medicina.

Las únicas aproximaciones institucionales son la creación de cátedras de Historia de la Medicina y de Higiene y Saneamiento Ambiental en varias facultades de Medicina. Las funciones de las primeras ya han sido señaladas; en cuanto a las segundas, resulta claro que aparecen como consecuencia del modelo económico seguido durante el período. La relación ha sido señalada por Juan César García al analizar el paralelismo entre proceso económico y políticas de salud en América Latina.

Hacia el final del período comienza otro desarrollo institucional que, al desplegarse durante los períodos siguientes, va a definir las características más importantes de la situación actual. Se trata de la incorporación de políticas dirigidas a facilitar las condi-

ciones de vida para la creciente clase obrera, políticas que son también importadas de Europa y que se institucionalizan bajo la denominación genérica de seguridad social.

3.2 La década infame

El segundo período comienza con una rebelión militar incruenta que desaloja al presidente Hipólito Yrigoyen de la casa de gobierno, donde ejercía su segunda presidencia. El momento internacional —la gran crisis del 30— pone el marco necesario para una readaptación del país a las nuevas condiciones del mercado internacional, en el que Argentina comienza a desempeñar un papel vital como proveedor de alimentos. La acusación de que Yrigoyen intentaba apoyarse sobre bases populares, transformó la crisis externa en una crisis política interna, expresada aun dentro de su propio partido, y concitó la oposición violenta de los grupos conservadores y reaccionarios cuya conjunción lo derrota, sin fuerzas democráticas organizadas con las que oponerse.

Un gobierno conservador sucede a uno militar durante este breve período, llamado adecuadamente la década infame por los radicales. Los mismos conservadores se refieren a la necesidad del fraude patriótico, con el obvio propósito de salvar a la patria del desastre que significaba el posible avance del movimiento popular.

La necesidad de reprimir ese avance es la demostración de la fuerza que el mismo va adquiriendo, aún no expresada a través de formas organizativas concretas, cuyas fuentes tienen varios orígenes que sin embargo coinciden en la identificación de los enemigos internos, entre los cuales destaca la oligarquía ganadera, y externo, el imperialismo inglés, estrechamente relacionado con aquella por comunes intereses económicos.

A medida que se reconoce la importancia de la dominación inglesa se genera un sentimiento antibritánico que se concreta paulatinamente en una posición nacionalista con distintas versiones políticas —en su inicio generalmente reaccionarias, al descartar el conflicto interclases para privilegiar el de la nación frente al imperio— y también con diferentes propuestas económicas y sociales. Alguna de esas versiones tiende a fortalecer el desarrollo del proceso industrializador que ha tomado, desde fines del período anterior, el carácter de industrialización sustitutiva, ya en alguna medida destinada a un mercado interno creciente como consecuencia del fortalecimiento de la clase obrera urbana.

El período se cierra con un nuevo golpe militar, verbalmente dirigido a impedir el nuevo fraude que iba a suscribir al presidente Ramón Castillo por uno de los representantes de la clase rural argentina, dueño de ingenios azucareros en los cuales la explotación de los trabajadores asumía sus aspectos más crueles. Era de conocimiento público que el fraude patriótico iba a elegir a Robustiano Patrón Costa como presidente de la república en las elecciones previstas para 1944. Aproximadamente un año antes se produce el golpe militar que pone fin al manejo directo de los asuntos de gobierno por los grupos dominantes, para abrir una nueva opción que incluya tanto al empresariado urbano que ha ido creciendo durante esos años, como alguna forma de representación de la clase obrera, fortalecida en ese mismo proceso.

Los trece años que van de 1930 a 1943 son realmente de transición; en teoría, es una transición que transfiere el poder de una fracción de clase oligárquica rural a otra democrática urbana, pero esa transición encuentra algunos obstáculos en su camino, que con los que caracterizan el período siguiente:

En salud se sigue la misma tendencia del período anterior, no habiendo desarrollos importantes en el ámbito oficial, salvo las campañas de erradicación de ciertas enfermedades como la malaria, de nuevo en coincidencia con los intereses de la fracción de clase dominante.

La institución que se crea en este lapso en el ámbito privado es la Asociación Psicoanalítica Argentina, grupo cerrado y elitista destinado a conducir con firmeza el crecimiento y desarrollo de las actividades de los psicoanalistas freudianos en el país. La característica urbana del grupo y su proposición teórica ya señalada, lo transforma en un aliado inconsciente de los grupos industrialistas e intelectuales emergentes, los cuales comienzan a ser actores importantes del drama argentino.

3.3 El peronismo

El tercer período es el que posiblemente suscite mayores controversias políticas y científicas en la comunidad nacional, debido al innegable apasionamiento que la extraordinaria figura de Perón ocasionó y seguirá ocasionando entre sus seguidores y sus enemigos. Nadie podrá negar, sin embargo, que su comprensión es una de las claves más importantes en la historia reciente (y futura) del desarrollo argentino.

Las subetapas del período van de 1943 a 1955, cuando se constituye la base social del movimiento peronista (1943-1946), concretándose su acción con los dos primeros gobiernos de Perón (1946-1955), de 1955 a 1974, el interregno de la proscripción (1955-1972), seguido por el momento de la euforia transformadora (1973-1974). El lapso de 1974 a 1976 es de tránsito hacia el período siguiente.

Los años que van de 1943 a 1974 son fértiles en realizaciones en el área de salud, tanto en lo que corresponde al desarrollo de instituciones como en la efectivización de programas en beneficio del conjunto de la población, pero también en la reflexión conceptual sobre el saber y la práctica que fundamenta esas acciones. Esa reflexión es en sí misma un proceso social, puesto que no se realiza a partir de un grupo de intelectuales que se aísla para pensar los problemas de la salud, sino que se realiza desde la misma práctica.

3.3.1 1943-1955

El período se abre con la esperanza del recambio de la oligarquía ganadera por una alianza entre fracciones de la clase dominante más ligada con intereses no populares, pero al menos más nacionales, es decir, para la cual el mercado interno tiene una importancia si no superior, similar al mercado externo.

El obstáculo para ese proyecto es una nueva configuración organizativa, inexistente hasta ese momento en el país, que es la relación entre el conjunto del pueblo cuyas necesidades sociales no han podido ser satisfechas por los Estados conformados durante los períodos anteriores y un líder carismático en el que se visualiza la capacidad para lograr esa transformación.

La construcción de esa relación especial se realiza en el lapso que va del 4 de junio de 1943 al 17 de octubre de 1945, fecha en la que podría identificarse —si ello fuera posible en forma puntual— el ingreso formal de la clase obrera argentina a la constitución del Estado.

A pesar de que es la clase la que se incorpora al Estado, la relación se hace entre el líder carismático y el pueblo, lo cual define a esa constitución como populista. La categoría pueblo adquiere de ese modo un status teórico similar a la clase en la formulación marxista. El populismo expresa simultáneamente la incorporación del pueblo como actor principal de los hechos sociales y políticos y el desplazamiento de los conflictos de clase en su determinación.

Las nuevas condiciones de la articulación no tardan en institucionalizarse con la

creación de Perón a la presidencia de la república en marzo de 1946. El nuevo gobierno asume una posición nacionalista que se fundamenta en la base social recientemente constituida. Ello significa que el nacionalismo a que se hace referencia no es el nacionalismo agresivo, volcado hacia las reivindicaciones de espacios vitales que acaba de ser derrotado en Europa, sino el nacionalismo defensivo ante la agresión imperialista, volcado hacia la defensa de lo nacional.⁶¹ Y eso nacional incluye, muy principalmente a partir del momento que analizamos, a la clase obrera argentina.

El haber escapado a la concepción nacionalista que denominamos agresiva, que se encuentra sin duda en el origen de la concepción de Perón como individuo educado en el ámbito militar argentino —recuérdese la posición generalizada de la oficialidad argentina a favor de Alemania durante la segunda guerra mundial— para adoptar esta nueva concepción defensiva de lo nacional, ha sido una de las fuentes de confusión más frecuentes y una de las dificultades importantes en la correcta interpretación del fenómeno peronista. La visión nacionalista se expresa en un primer momento como antiimperialismo. El intento de Estados Unidos de bloquear el ascenso de Perón a la presidencia se traduce en un slogan interno de singular eficacia: Braden o Perón.

El fortalecimiento de la forma organizativa del Estado, bajo la concepción expresada, requiere también el fortalecimiento de su base económica: el desarrollo del país sobre bases menos tradicionales que las fijadas durante los períodos anteriores por las condiciones de los mercados internacionales. De manera que se da fuerte impulso a la industrialización destinada al consumo interno, pero ya no al de la clase alta sino a un consumo de masas, en coincidencia con la nueva constitución del Estado.

Esa constitución requiere una actitud de parte del gobierno —de Perón— que ha sido calificada como una forma de arbitraje entre clases antagónicas que elimina, a través de negociación y concesiones recíprocas, los aspectos más deletéreos de los conflictos de clases. El acuerdo entre la clase obrera y la fracción del empresariado que surge como consecuencia de esa política va conformando un sindicalismo reformista, al mismo tiempo que un proceso de industrialización relativamente autónomo.

La etapa finaliza cuando el agotamiento de las reservas internacionales obtenidas mediante la acumulación forzosa durante la segunda guerra mundial (unos 2.000 millones de dólares), debida a un manejo tal vez imprudente de los fondos, obliga al gobierno a negociar un recurso que hasta el momento había sido objeto de una impecable política nacional: el petróleo. Los contratos de servicios con compañías extranjeras que Perón propone, son utilizados como pretexto por una derecha nacionalista agresiva para avanzar sobre las conquistas del movimiento popular. El error político de Perón de lanzar a la población contra la Iglesia cierra el círculo de alianzas en su contra. Las fuerzas armadas sellan su destino con amenazas ciertas: el bombardeo por la aviación de la Plaza de Mayo y la Casa de Gobierno, la amenaza de los buques de la Marina de hacer lo mismo con la ciudad de Buenos Aires, el levantamiento de los ejércitos del interior del país.

La acción institucional va desde la creación del Ministerio de Salud, durante la primera presidencia de Perón (posteriormente pasará a ser una Secretaría del Ministerio de Bienestar Social), hasta la conformación de un vasto sistema de obras sociales manejadas por los sindicatos, los cuales encuentran allí una fuente de recursos de inestimable valor para su acción política y, en consecuencia, su fortalecimiento. Además, se crea una importante red de establecimientos asistenciales que permite el acceso de la población general al tipo de servicios que hasta entonces había sido privilegio de ricos, tanto en calidad de prestación médica como en confort de cuidados.

No es solo en el ámbito de los servicios donde se desenvuelve la actividad oficial. Es importante la actividad institucional académica, en la cual ocurren novedades, como la creación de la Escuela de Salud Pública del Litoral para formar los cuadros necesarios para consolidar los avances que el ministro Ramón Carrillo, casi solo en su quehacer, está realizando en el terreno de la salud pública.

Al mismo tiempo, se producen otras novedades importantes en una institución del ámbito privado que ya ha sido mencionada. La Asociación Psicoanalítica Argentina entra en un proceso de discusión interna que va a producir su fractura, promoviendo una recomposición del grupo de trabajadores que se ocupan de la salud mental.

Todos estos hechos institucionales ocurren con una cronología particular dentro del período, cuya significación es diferencial para las distintas subetapas que lo componen.

El Ministerio de Salud se crea durante el primer gobierno de Perón, lo mismo que la ampliación de la red hospitalaria, lo cual es una de las numerosas evidencias de la preocupación por las necesidades reales del pueblo y es una de las expresiones de la actitud de arbitraje entre grupos antagónicos, ya que los empresarios nacionales no tienen especial interés en un gasto que no les reporta beneficios directos ni indirectos, puesto que no está destinado al mantenimiento de la clase trabajadora, sino de la población en general.

3.3.2 1955-1974

La nueva subetapa intentará reconstruir una hegemonía basada en una reformulación de las alianzas entre clase obrera y ciertas fracciones de la clase dominante, apelando para ello a las tendencias más reformistas del sindicalismo, generadas en la subetapa anterior. En cuanto a las fracciones de la clase dominante que se disputan la ocupación del papel principal, desencadenan una disputa —por otra parte siempre presente, en forma abierta o latente— que produce oscilaciones deteriorantes para el gobierno, a veces traducidas en cuasi enfrentamientos de las correspondientes representaciones en las fuerzas armadas (ejércitos azul y colorado). Se suceden gobiernos militares y civiles como consecuencia de esa disputa, con la característica común de que hay un proscrito permanente: el movimiento peronista, impedido de presentarse en elecciones, alguna de las cuales es anulada al elegirse representantes que se identifican como pertenecientes al movimiento.

La propuesta económica también oscila entre el desarrollismo modernizante (con el presidente Frondizi y su numen Frigerio), basado en la alianza entre parte del sindicalismo reformista y una fracción de la burguesía empresaria exportadora, y la vuelta a la tradición ruralista de la oligarquía ganadera. El tono dominante del período es, desde el punto de vista económico, el desarrollismo, envuelto en ropajes diversos que significan distintas alianzas de clases, todas con el predominio de fracciones que van del centro del espectro político a la extrema derecha.

Las disputas internas a la clase dominante, tanto en el terreno económico —la propuesta de desarrollo hacia adentro o hacia afuera— como político —la correspondiente alianza de clases—, sumadas a la resistencia generada en el movimiento popular, impide que el proyecto de dominación se concrete. Es necesario señalar que en la concepción misma del proyecto como una alianza hay una dificultad —aunque teórica, importante en sus repercusiones prácticas— para que el mismo funcione, puesto que sobre esas bases no es posible construir una hegemonía, que es lo que el país requiere.

Lo más importante de la subetapa no está en lo que ocurre en las esferas del gobierno o en los conciliábulos de los grupos que representan a las distintas fracciones de la clase dominante, sino en las formas que adopta la creciente consolidación del movi-

⁶¹ Véase *Enseñar medicina*, en este volumen.

miento popular, al mismo tiempo que se producen avances en la conformación de una clase para sí.

Durante uno de los gobiernos civiles, el del desarrollista Frondizi, se crea una Escuela de Salud Pública en dependencias del Ministerio de Salud de la Nación, la cual nuclea alguno de los grupos que, a pesar de permanecer en el gobierno, han comenzado a revalorizar las acciones del peronismo en el terreno de la salud. Posteriormente —en 1960— se crea otra escuela en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires, la cual surge a instancias de la intelectualidad médica con mentalidad sanitaria, tendencia que proviene de los grupos más progresistas de los países avanzados y de las formulaciones que están ocasionando una transformación notable en los países donde se ha producido el ascenso al poder de los socialistas. Esta conjunción, tecnocrática progresista, va a enfrentarse a la propuesta gubernamental, la cual se encuentra carente de apoyo por parte de los grupos intelectuales que se vuelcan hacia la otra visión, más acorde con su formación y sus intereses, que siguen estando del lado de sus viejas alianzas con la burguesía agraria. El resultado final de esta disputa institucional es la desaparición de la escuela promovida por el ministerio y la permanencia de la universitaria, que a partir de entonces se transforma en el vehículo de penetración de las formulaciones sanitarias tecnocráticas que se originan en el ámbito internacional, en especial en la Oficina Sanitaria Panamericana y en la Organización Mundial de la Salud.

La subetapa que hemos denominado de la proscripción es también un momento de reflexión para muchos grupos sociales que comienzan a reevaluar con perspectiva más serena lo ocurrido durante la década 1945-1955. Esa reevaluación pasa por un proceso de autocritica que surge inicialmente en grupos intelectuales y estudiantiles —la Federación Universitaria de Buenos Aires es el primer grupo opositor que reconoce el triunfo de Perón, en la elección de 1946, como legítimo, más allá del obvio recuento de votos; poco después el grupo Contorno, creado en el ámbito superintelectual de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, realiza un reconocimiento semejante basado en un análisis crítico de los gobiernos peronistas— concretándose, en el curso de los confusos acontecimientos de la época, en una cuasi masiva incorporación de esos grupos al conjunto de las luchas del pueblo.

En ese momento, y como resultado de esa reflexión, todos los problemas sociales comienzan a ser examinados con interés renovado por científicos sociales de todo tipo. La consecuencia es el inicio de la reflexión sociológica sobre la salud y la identificación de cuestiones muy concretas, tales como el mejoramiento de los servicios y de la salud de la población durante los gobiernos peronistas y el deterioro, en general, durante los gobiernos de la proscripción, con la posible honrosa excepción del gobierno de Arturo Illia —durante cuya corta duración se ponen en vigencia algunas de las mejores propuestas de lo que podría llamarse el sanitarismo ingenuo, irremediamente condenadas al fracaso por su falta de apoyo político— terminado por un golpe militar. Este análisis, junto con el que no pueden dejar de realizar los sanitaristas volcados a la administración, encuentra un terreno común en la Encuesta de Salud, como ya se señaló.

El gobierno militar, después de una década de desgaste permanente y sin proyecto posible, se encuentra en un callejón sin salida y resuelve, sensatamente, llamar a Perón a hacerse cargo de la conducción del país. Ello inicia un lapso de corta e intensa duración, que va de noviembre de 1972 a mayo de 1974, durante el cual se intenta conducir una sociedad en la que han surgido nuevos elementos de una organización que ya comienza a desconfiar de los arbitrajes entre clases para asumir una visión más clásica de ese conflicto. Sus expresiones organizativas son los sindicatos que se autodenominan clasistas y las fracciones combativas que se crean en los restantes, una de cuyas manifestaciones es la CGT de los Argentinos.

Surgen contradicciones en el campo popular. El enfrentamiento entre las clases es entendido por el movimiento sindical como una guerra de trincheras, donde los espacios que se ocupan deben ser consolidados en base a organización y conciencia; que ese enfrentamiento tenga matices que van desde el acuerdo de clases, pasando por la alianza, hasta las formas de mayor resistencia que reivindican instrumentos de lucha más agresivos como manera de crear esa organización y esa conciencia, no es importante para nuestro propósito. Lo importante es que los grupos guerrilleros que forman parte del movimiento popular interpretan que el enfrentamiento de clases debe tomar la forma de asalto al poder; las acciones que realizan para volcar al conjunto del pueblo a esa visión catastrófica de la política se convierten en un obstáculo que cierra otros cauces posibles, a pesar de los esfuerzos que desde ambos grupos se realizan para solventar el enfrentamiento, que adquiere caracteres dramáticos.

Las coincidencias suman y siguen, la primavera camporista encuentra a los trabajadores de salud coincidiendo en el terreno político al mismo tiempo que se reelaboran, aceleradamente, las concepciones progresistas organizativas despojándolas de sus características tecnocráticas para comenzar a entregarlas a la movilización popular. Los cerrados núcleos académicos sufren el asedio de la visión renovadora por parte de grupos que ya no se distinguen como pertenecientes a distintas ramas de las ciencias sociales, sino como participantes plenos en el conflicto social.

En el ambiente psicoanalítico el conflicto se revela en forma climática con la creación de dos grupos disidentes, identificados por sus declaraciones publicadas en sendos manifiestos: *Plataforma* y *Documento*. Aun en ese ámbito restringido la reflexión gesta coincidencias que resultan en propuestas renovadoras como la que impulsa Mauricio Goldenberg desde su servicio del Hospital Lanús, uno de los creados por la acción de Carrillo. La palabra de orden es trabajo institucional colaborativo y apertura de todos los ambientes cerrados de la salud mental hacia las otras visiones médicas (aun hacia las otras visiones psiquiátricas) y hacia la sociedad. Uno de los resultados de este proceso, como en el caso anterior, es la incorporación de muchos trabajadores de salud mental a las luchas del pueblo.

En el mismo momento, la Asociación de Facultades de Medicina, nuevamente con el impulso que desde OPS proporciona incansablemente Juan César García, organiza cursos y seminarios de medicina social que tienden a consolidar y difundir las nuevas tendencias, buscando convergencias entre la vía médica y la de las ciencias sociales.

Si bien se plantean reformulaciones en el terreno organizativo, aún no existe una reflexión concienzuda sobre los núcleos centrales del pensamiento sobre salud; en particular no resulta claro cuál es la índole de la preocupación ideológica que lleva a los científicos sociales a preocuparse por la salud. El avance del pensamiento sociológico, psicoanalítico, administrativo, económico, político, sobre la concepción de salud, se hace en el terreno de las proposiciones programáticas y organizativas del sector, pero no sobre las determinaciones del proceso salud enfermedad. Ello vendrá después, cuando la derrota abra un nuevo espacio para la reflexión.

3.3.3 1974-1976

La muerte de Perón elimina el último obstáculo para que el conflicto se manifieste en toda su virulencia y termina definitivamente con la forma organizativa y de conducción iniciada treinta años atrás. La transición hacia el período siguiente dura desde mayo del 1974 a marzo de 1976. Las tristes figuras que aparecen en la escena política son una dolorosa caricatura de lo que vendrá.

3.4 El Proceso

El cuarto período, que comienza el 24 de marzo de 1976, pero que ya tenía camino recorrido durante los dos últimos años del período anterior, será fácilmente borrado por la historia aunque difícil de olvidar para la memoria del pueblo.

El sufrimiento que ocasionó y que sigue ocasionando no se puede contabilizar en números: muertos, heridos, torturados, desaparecidos, son solo las cifras que las comisiones oficiales podrán recoger y publicar para que todo el mundo llegue apenas a sospechar la enormidad del odio hacia el pueblo contenida en las fuerzas de la represión. Sería extraordinariamente fácil dejarse llevar por el sentimiento recíproco que las acciones de esas fuerzas provocan, pero esos sentimientos deberán esperar su turno, que solo llegará a través de la historia que los argentinos debemos construir a partir de ahora.

Durante el período que comienza con el golpe militar de 1976 se inicia una doble maniobra económica interna y externa, ambas tendientes a poner en práctica la teorización más liberal del capitalismo en los países avanzados: el pleno funcionamiento de las leyes de oferta y demanda, tanto en los mercados de productos como de recursos, lo cual significa la renuncia por parte del Estado de cualquier intervención en el control o regulación de los procesos económicos.

No vamos a trabajar en torno a esta concepción económica, por lo demás muy analizada por expertos en estos temas. Baste decir que es la misma teoría que sustentan los gobiernos de muchos países capitalistas dependientes subdesarrollados, sea bajo regímenes dictatoriales o democráticos. Además, se opone frontalmente no solo a las formulaciones sustentadas por los movimientos nacionales de los países subdesarrollados, muy especialmente por el movimiento peronista, sino también a las de los bien intencionados organismos internacionales que se ocupan de problemas del desarrollo.

Las consecuencias externas son la apertura total al ingreso de mercancías y capitales extranjeros, los cuales encuentran en la especulación financiera una fuente fácil de ganancias en base a la disputa por la apropiación del plusvalor en la esfera de la circulación. Este mecanismo se generaliza internamente pasando a constituir un *modus vivendi* para el grueso de la población, con la diferencia de que esta encuentra en esa feroz disputa no una manera de obtener ganancias, sino una forma de sobrevivir. El mecanismo recibe el expresivo nombre de bicicleta financiera.

Hacia adentro, la política diseñada requiere disponer de fuerza de trabajo —uno de los recursos para el capital— libre, lo cual significa, en la interpretación liberal, no sindicalizada. En términos políticos quiere decir romper el espinazo del movimiento obrero, de lo cual se encargan los sucesivos gobiernos del período.

Un último elemento que no puede dejar de mencionarse, aunque no es considerado adecuadamente por las conceptualizaciones teóricas, es el de la corrupción. La contraparte económica del gobierno político de los asesinos es el gobierno corrupto de los ladrones. La magnitud del robo es difícil de estimar pero, dado que no existe contraparte material (fábricas, máquinas, caminos, etc.), no sería difícil que la mayor parte de la deuda externa argentina correspondiera a este ítem, el cual no aparece en los manuales de cuentas nacionales de las Naciones Unidas.

Las especificidades de estos tres elementos caracterizan al período. Esas especificidades consisten en la manera en que se produjeron la apertura, la liberalización del movimiento obrero y la corrupción. Y aunque creemos que no es necesario insistir más en ello, digamos solo que consistió, en el primer caso, en la desnacionalización y la entrega de la economía, es decir, no en la reincorporación del país a la economía internacional, sino en su regalo —puesto que no se puede hablar de venta— a empresas transnacionales, las cuales, incidentalmente, se muestran un tanto renuen-

tes a aceptarlo dadas las dificultades que se prevén para su futuro funcionamiento.

La liberalización del movimiento obrero pasó, en primer lugar, por la represión física (el grupo más golpeado, según las cuentas establecidas); en segundo término, se intentó destruir la organización del movimiento mediante el ingenuo procedimiento de controlar su aparato. El resultado fue congelar parcialmente la situación, frente a lo cual se maniobró para cooptar alguna cúpula dirigente con resultados varios.

Por fin, la corrupción tuvo socios menores en los encargados de la represión (el botón de guerra de la guerra sucia) y grandes financistas en los encargados de la conducción económica y política.

La desnacionalización, entrega, cooptación y corrupción, llevaron al país a una situación económica y política de la que va a ser muy difícil salir, principalmente por las consecuencias sociales que produjo ese proceso: una desintegración de los lazos de relacionamiento social en los niveles antropológico (la cultura) y psicológico (el comportamiento). La recomposición de la sociedad argentina, más que por el pago de la deuda externa, pasa por el restablecimiento de esa red que nos interconecta cara a cara.

Podría afirmarse que de 1976 a 1983 el Estado argentino estuvo constituido solo por las fuerzas armadas y sus aliados circunstanciales, especialmente en los grupos de la oligarquía rural que encontraron un mercado dispuesto a absorber su producción cerealera: la Unión Soviética. En ese Estado fantasma hubo una cuasi desaparición de la sociedad civil, invadida primero y eliminada después por la sociedad política de las fuerzas armadas. En este contexto, la guerra de las Malvinas fue un intento de reconstruir una alianza que semejara alguna ficción de Estado.

Las instituciones de salud corrieron una suerte similar a las del resto de la sociedad civil. Algunas de ellas pasaron a llevar una vida vegetativa, como la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, por ejemplo, en tanto otras eran golpeadas ferozmente por la más dura represión: los trabajadores de salud mental fueron uno de los grupos profesionales (junto con el de los abogados) que más sufrió bajo la saña asesina, con la acusación de apoyo ideológico a lo que genéricamente se llamó la subversión. Además de reprimir a los profesionales, también se desmantelaron los servicios existentes en los hospitales públicos.

Hubo una acción deliberada y sistemática por adecuar las instituciones de salud a lo que constituía la teorización económica señalada: la salud como respuesta a una concepción económica basada en la oferta y demanda, o sea: quien quiera salud que la pague. Esta manera de pensar se orienta a la desaparición de los servicios públicos (este período debe ser el único de la historia argentina en el que efectivamente se cerraron hospitales públicos que estaban funcionando a plena capacidad). La otra consecuencia es el deterioro de las condiciones de salud del grueso de la población, como es fácil de comprobar por los indicadores habituales, de ser estos confiables.

La enseñanza se convirtió en la formalización anodina que corresponde a una sociedad del tipo descrito. No solo no existieron aportes de las ciencias sociales a la salud durante el período, sino que se perdió gran parte de lo avanzado en el anterior, tanto en prácticas como en conocimientos. Solo quedaron algunos grupos aislados sobre los que cabe la responsabilidad de recomenzar esa historia suspendida.

4. SITUACION ACTUAL

La herencia recibida por el país es la situación que confrontamos en la actualidad. No insistiremos sobre las características generales de la misma, puntualizando

solo lo que consideramos los aspectos más destacados de lo que corresponde a salud.

Desde el punto de vista institucional han podido conservarse las formas institucionales, aunque muchas de ellas con importantes modificaciones en cuanto a lo que eran sus contenidos transformadores, debido a las modificaciones que han tenido que sufrir para adecuarse a las condiciones impuestas por la reciente dictadura. Esto afectó principalmente a las universidades, sometidas a un rígido control policial que expurgaba a los docentes, los contenidos de la enseñanza y los textos utilizados. En tales condiciones, los contenidos sociales de la actividad docente se eliminan y esta se transforma en la transmisión de un saber técnico desprovisto de cualquier capacidad crítica.

La otra consecuencia del control universitario es la eliminación de la actividad investigativa que no se refiera a procesos estrictamente técnicos. Ello ocurrió en forma simultánea con la creación de institutos de investigación para el uso exclusivo de personajes ligados al gobierno, pero ni siquiera allí se mantuvo la libertad necesaria (por el control externo o la autocensura) para pensar sobre los problemas de manera independiente.

Frente al desolador panorama académico de las universidades, los grupos que sobrevivieron en el país buscaron formas de resistir a la devastación por la única vía posible, que era el fortalecimiento de grupos privados que desarrollaban, en condiciones sumamente difíciles, actividades de docencia e investigación. La capacidad demostrada por varios de esos grupos para mantener viva esa tarea en un área que puede ser considerada de importancia primordial para el futuro de nuestro país no puede ser demasiado enfatizada y es acreedora de algo más que nuestro simple agradecimiento. Deben ser escuchados en los medios oficiales de la vida nacional para que su aporte pasado y futuro reciba la atención y el reconocimiento que merecen.

Los vacíos existentes van desde las instituciones hasta la organización de los servicios, y abarcan los aspectos teórico metodológicos, bibliográficos, de producción de textos y de enfoque de las actividades docentes, investigativas y de servicios.

No trataremos aquí el aspecto institucional, porque excede en mucho los propósitos de este trabajo, pero señalaremos solo que la recuperación en los diversos aspectos que se indican en el párrafo anterior pasa por la revitalización de las instituciones de docencia e investigación, dentro y fuera de las universidades. Dentro de esta revitalización, la recuperación universitaria es de extrema importancia, aunque la forma de lograrla es materia de discusión que, una vez más, excede nuestros límites.

Un problema general, tal vez el central de las relaciones que pueden establecerse entre las ciencias sociales y cualquier ámbito de actividad y especialmente importante en el de la salud, es el de las formas organizativas a cualquier nivel institucional. Expresado brevemente, se trata de la democratización interna de las organizaciones como cuestión que afecta a toda la vida social de un país y, en consecuencia, a la forma del Estado que Argentina se encuentra en este momento en proceso de reconstruir. No vacilamos en señalar a esta como una de las cuestiones prioritarias de investigación en el área, por encima de la investigación sobre tecnología en el sentido tradicional del término (recuérdese la tecnología organizativa de Oscar Varsavsky).

En el terreno teórico metodológico el país no ha producido ningún aporte significativo y se encuentra con un considerable retraso en cuanto a la reflexión sobre la determinación del proceso salud enfermedad. La importante corriente de los epidemiólogos materialistas de Estados Unidos es prácticamente desconocida en Argentina, así como la de la epidemiología crítica latinoamericana, con sus diferentes versiones en varios países del continente. La temática de la relación salud trabajo, de tanta significación teórica y práctica en Italia y en las formulaciones de la escuela mexicana y brasileña, tampoco han entrado en la reflexión nacional. Por fin, los avances en políticas de salud, en espe-

cial en la relación entre Estado, clases sociales y planificación, es otro de los campos que requiere actualización como teoría y como práctica.

Frente a estas carencias, destaca lo insuficiente de las propuestas que surgen en los ámbitos oficiales —justificadas por la precariedad de la situación enfrentada—; dichas carencias apuntan también a la necesidad de redefiniciones de políticas de salud que permitan crear las condiciones necesarias para la realización de aportes significativos en pro del mejoramiento de la salud de la población, y a la redefinición del Estado nacional que colorea a la Argentina actual en el siglo XX.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

INVESTIGACION EN SALUD MENTAL: PROPOSICIONES PARA SU DESARROLLO

por

Silvina Malvárez y Ruben Oscar Ferro

FUNDAMENTACION

La recuperación del sistema democrático en 1983 y la construcción de la vida democrática en la Argentina de los últimos seis años, posibilitó entre otros innumerables e importantes desarrollos, el desenvolvimiento de una política de salud mental participativa y federal en nuestro país. Entendemos en esete sentido que hemos sido y somos protegonistas de una experiencia sin parangón en el campo de la política social argentina que, atravesada y aún estructurada en el seno mismo de los conflictos, las luchas, los avances y desaceleraciones propios de la vida democrática, viene produciendo transformaciones en los valores conceptos y prácticas de salud mental, no solo dentro del sector sino penetrando la sociedad misma.

Con todo, en el marco de los importantes procesos desencadenados y en curso en la experiencia, parece necesario señalar que, aun cuando ha sido una preocupación permanente de los distintos grupos, no nos hemos ocupado suficientemente de investigar y escribir sobre la experiencia.

La investigación ha sido siempre un instrumento de transformación de conceptos, creencias, dogmas, realidades económicas, sociales, geográficas, ecológicas y políticas; como tal, sus formas de gestión y promoción reflejan la conciencia de una sociedad con respecto a su impacto sobre la vida cotidiana y sobre las decisiones generales y a largo plazo. Pero, por eso mismo, en los países subdesarrollados y con larga historia de autoritarismo y dependencia, la investigación ha sido y en muchos casos sigue siendo un campo poco promocionado, reservado a élites intelectuales y cuyo acceso, al menos desde la práctica cotidiana del trabajo en salud, percibimos sistemáticamente vedado. El área de salud mental no se aparta de ello aunque al parecer tiene mejores posibilidades de reconocerlo.

En el área de salud mental hemos definido líneas de investigación y hemos iniciado algunas investigaciones con éxitos y tropiezos pero aparentemente no hemos realizado, como con otros problemas, un análisis suficientemente profundo que nos permita el entendimiento sobre los factores políticos, socio-económicos, técnicos e instrumentales que condicionan las investigaciones en salud mental y sus determinaciones en nuestras conceptualizaciones y prácticas cotidianas de trabajo. Análisis por otra parte ineludible e impostergable si se cree en la importancia de la investigación para el desarrollo, si se quiere iniciar la superación de los obstáculos que nos la impiden y, en fin, si se quiere con-

tribuir a consolidar, enriquecer y proyectar al futuro la experiencia argentina de salud mental, como fundamentalmente, validarla y ofrecerla al mundo que se interese en ella.

Por su parte el escaso desarrollo de la investigación en ciencias sociales y salud en Argentina deja abierto un vastísimo campo de trabajo para las nuevas inquietudes volcadas en el área. Esta circunstancia, unida a la magnitud de los problemas a abordar y la necesidad de encontrar soluciones que aminoren el impacto de la crisis sobre las poblaciones y los grupos, convierten en exigencia la redefinición de prioridades para la canalización de esfuerzos destinados a esta problemática.

Por lo tanto pensamos que la investigación y difusión del saber en el campo de la salud mental debe constituirse en un esfuerzo serio y organizado para favorecer la satisfacción de las necesidades y bienestar de la comunidad, evaluar las políticas y prácticas de salud, producir conocimiento, favorecer la formación y capacitación de personal de salud mental y aplicarse al mejoramiento de la atención de la salud mental.

Cada trabajador de salud mental debe ser un investigador en su área de actividad y llevar a cabo la tarea científica pensando en el futuro, basándose en el pasado y teniendo en cuenta el contexto social presente. Y cada institución de salud mental debe propender al desarrollo de una política científica y a la proposición o profundización de áreas y programas que delimiten campos de acción para alcanzar una masa crítica de investigación en el campo de la salud mental.

En este sentido, el Área de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba ha realizado algunas investigaciones, ha promovido y asesorado otras, ha favorecido a través de los cursos de salud mental, la producción científica -aunque no editorial- y ha establecido contactos nacionales e internacionales (España, Italia, Brasil, Chile, Uruguay y Estados Unidos) para apoyar investigaciones en la problemática que nos ocupa. Pero, consciente de las limitaciones que ha tenido en general este campo de acción y profundizando la labor singular que le ha cabido en el desarrollo de salud mental en el país, desarrolla ahora algunas proposiciones generales que puedan servir de núcleos de discusión, convocatoria y desencadenamiento de nuevos procesos relacionados a la investigación y difusión del saber en este campo. Proposiciones que, pensadas para realizarse en el marco de la Escuela de Salud Pública y sujetas a la determinación participativa de su necesidad y pertinencia por parte de los grupos, puedan servir así mismo de ideas para el desarrollo de políticas científicas en las instituciones de salud mental.

PROPOSICIONES PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

- I. ANALISIS DE LA PROBLEMATICA DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL: organización de actividades participativas para la discusión de los siguientes temas sugeridos y otros que pudieran recomendarse:

- .Estado de las investigaciones en salud mental y de la producción y difusión del conocimiento en los últimos años.
- .Factores que condicionan las investigaciones y producción científica y editorial en salud mental: políticos, socioeconómicos, técnicos, instrumentales
- .La política científica como problema - La actitud científica como problema
- .Problemas de la formación y capacitación de personal de salud mental en investigación
- .El valor de la investigación en instituciones y grupos de salud mental.
- .Los temas y los métodos de investigación como problema - La pertinencia y la ética de las investigaciones en salud mental como problemas.
- .Fragmentación entre grupos, entre teoría y práctica, entre disciplinas
- .El problema de los recursos y los tiempos
- .El problema de la socialización de los resultados.

II. DISCUSION DE AREAS DE INTERES Y PRIORIDADES DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL
 Organización de actividades participativas para el debate e identificación de necesidades de investigación en el campo de la salud mental, sobre la base del análisis de la siguiente guía:

Area 1: Análisis de la distribución de la salud-enfermedad mental en población, sus determinantes y condiciones

- .Invest. epidemiológicas de salud-enfermedad mental por poblaciones, grupos etarios, trastornos específicos
- .Determinación de las razones y distribución de la salud y la salud mental - La salud mental de los trabajadores de salud.
- .Determinación de grupos y factores de riesgo psicosocial - Desigualdades, discriminación y salud mental - Determinantes de la cronificación de personas con trastornos mentales
- .Efectos psicosociales mediatos e inmediatos del terrorismo
- .Características y determinantes de la crisis vitales y accidentales
- .Efectos de la crisis socioeconómica en la salud mental.

Area 2: Respuesta social a las condiciones de salud-enfermedad mental (servicios y sistemas de salud mental - recursos humanos)

- .Diagnóstico y evaluación de servicios y sistemas de salud mental
- .Eficacia y efectividad de los servicios, accesibilidad y cobertura
- .Recuperación, sistematización y evaluación de programas y prácticas noconvencionales de salud mental y de experiencias comunitarias en el área
- .Evaluación de sistemas diagnósticos y terapéuticos
- .Evaluación de sistemas de desinstitucionalización de pacientes mentales de estada prolongada
- .Mercado de trabajo actual y potencial para trabajadores del área
- .Evaluación participativa de sistemas formadores de recursos humanos en salud mental - evaluación de sistemas de educación continuada.
- .Efectos de la acción intersectorial en la salud mental.

Area 3: Políticas de salud mental

- .Lugar alcanzado por las políticas de salud mental en la política social
- .Proceso de formulación e implementación de políticas de salud mental: avances y obstáculos
- .El poder y su distribución en las instituciones de salud mental
- .Penetración de intereses sectoriales en los organismos estatales vinculados a la salud y la salud mental y su influencia en las políticas del área
- .Articulación de políticas de salud mental en las políticas generales de salud.

III. CAPACITACION DE PERSONAL DE SALUD MENTAL EN INVESTIGACION: organización de actividades de capacitación sobre las siguientes temáticas sugeridas:

- .Temas y prioridades de investigación en salud mental
- .Metodología de investigación con aplicación a la salud mental
- .Estadísticas en salud
- .Elaboración de proyectos e informes de investigación
- .Selección y preparación de diseños, técnicas e instrumentos de investigac.
- .Aspectos éticos de la investigación en salud mental
- .Obtención de recursos para investigaciones.

IV. ORGANIZACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION Y ASESORAMIENTO SOBRE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL: con el objeto de prestar los siguientes servicios sugeridos:

- .Asesoramiento para la preparación de proyectos de investigación
- .Asesoramiento para la preparación de presupuestos de investigación
- .Orientación en la ejecución de proyectos de investigación en curso
- .Asesoramiento para la redacción de informes de investigación
- .Información sobre búsqueda bibliográfica
- .Información editorial
- .Información sobre fuentes de financiamiento de investigaciones

V. ORGANIZACION DE UN SISTEMA DE DIFUSION DE RESULTADOS DE INVESTIGACIONES EN SALUD MENTAL: con el objeto de realizar las siguientes actividades sugerida

- .Selección y publicación de trabajos de los cursos nacionales y regionales de capacitación de personal de salud mental
- .Edición de un boletín de síntesis de investigaciones y experiencias alternativas en salud mental
- .Selección y apoyo editorial para investigaciones y experiencias alternativas en salud emntal
- .Realización de reuniones anuales de socialización de investigaciones en sa lud mental.

I. ORGANIZACION DE UN SISTEMA DE APOYO FINANCIERO PARA LA REALIZACION DE INVESTIGACIONES EN SALUD MENTAL: con el objeto de desarrollar las siguientes actividades sugeridas:

- .Identificación de fuentes de financiación interna y externa
- .Establecimiento de contactos y realización de gestiones con organismos públicos (CONICET, SECYT, CONICOR, otros) y no gubernamentales (OMS, fundaciones, empresas, etc,) nacionales y locales
- .Establecimiento de contactos y realización de gestiones con organismos internacionales y extranjeros para apoyo a investigaciones
- .Constitución de un banco permanente de becas para investigaciones en salud mental.

Córdoba, Febrero de 1991

Vicente GALLI

**PRIMER SEMINARIO - TALLER
DE
INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES
Y SALUD**

SECRETARIA DE CIENCIA Y TECNICA

Area de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales para la Salud

Buenos Aires, Junio de 1986

1. DEFINICIONES Y PROBLEMAS

1.1 Desde un punto de vista operacional, debe entenderse por cuidado de la Salud Mental al conjunto de actividades basadas en un repertorio variado de conocimientos culturales y científicos que tienen como objetivo: fomentar, proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de las personas y/o los grupos humanos, (*)

La Salud Mental (S.M.) constituye uno de los elementos de la salud integral del sujeto o del grupo, junto con la salud física y la salud social (Preámbulo Constitución de la OMS).

1.2 Desde el punto de vista de su objeto de estudio y aplicaciones, corresponde al entrecruzamiento de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a todos los campos de las actividades humanas y sus instituciones (Antropología, Comunicación Social, Derecho, Ecología, Economía, Epistemología, Ética, Filosofía, Medicina, Pedagogía, Política, Psicología, Salud Pública, Sociología, Psicoanálisis, Psiquiatría, etc.).

Por lo tanto no se puede ni conviene acotar con precisión su campo, ya que aunque siendo oriunda de las ciencias sociales, el peso institucional y las determinantes económico-sociales llevaron a que se iniciara su expansión como extensión de las actividades psiquiátricas, a las que se las ubicaba en un centro desde el que se desplegaban una serie de otras actividades. Cuando lo que corresponde es que las acciones de la Psiquiatría sean consideradas, evaluadas y replanteadas desde las pautas conceptuales y los objetivos de la S.M.

1.3 S.M., como campo interdisciplinario, incluye:

- las problemáticas conceptuales y prácticas de la salud mental, de sus alteraciones y de la enfermedad mental;

(*) Definición que se origina en la de Querido, A.: "La Salud Mental en los Planes de Salud Pública", 1er. Seminario Latinoamericano de Salud Mental - Washington, OPS - 1963 (con varias transformaciones).

- la utilización y evaluación de todo tipo de instituciones, su personal y sus integrantes;
- el estudio de necesidades y de recursos para satisfacerlas;
- la organización y planificación de servicios y sistemas diversos vinculados directa o indirectamente con la promoción y protección de S. M., prevención de patologías, tratamientos adecuados y rehabilitaciones eficaces. Asimismo la evaluación de todas estas actividades.

1.4 Por lo anotado, la S.M. excede conceptual y operativamente al sector salud, aunque tenga en él una fuerte inserción. Afirmación obvia, que no obstante es imprescindible sostener permanentemente, ya que la medicalización y psicologización imperantes presionan para que todo lo atinente a S.M. sea encarado desde perspectivas asistencialistas parcializadoras.

Puede ser útil anotar una definición de Salud Mental, desde el punto de vista de cualificación del estado de vida mental: estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos --equilibrio e integración progresivos; con crisis previsible e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente-- en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social.

2. DEMANDAS PRIORITARIAS DESDE LA POLITICA NACIONAL DE S.M.

- 2.1 Coherencia e integración de las Políticas de S.M. con las políticas generales de salud. Enlazando los ámbitos estatales, obras sociales y privado.
- 2.2 Coherencia e integración intersectorial de S.M. con Educación, Comunicación Social, Poder Judicial, etc.
- 2.3 Ampliación de cobertura, de manera que las posibilidades de beneficiarse de las acciones de promoción y prevención en el momento oportuno, como de la mejor calidad de asistencia cuando ésta sea necesaria, sean equitativas para toda la población.
- 2.4 Para los puntos anteriores, necesidad de promover y garantizar la participación de usuarios y prestadores, conjuntamente con los organismos estatales, en todos los niveles en los que sea necesario re-

plantear y definir necesidades, optar por estrategias y decidir sobre asignación de recursos.

- 2.5 Necesidad de desplazamiento del eje ideológico-institucional centrado en el modelo Hospital-enfermedad hacia el modelo Salud-comunidad.
- 2.6 Redistribución racional y planificada de las financiaciones destinadas a S.M. --Incremento de presupuestos para acciones correspondientes al objetivo 2.5 y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas--. Por lo tanto debe ir ligada a una reconversión profunda de la formación de recursos humanos nuevos y de transformaciones de tendencias de los ya formados.
- 2.7 Desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de atención primaria en S.M., la que integrada a todo el sistema salud puede y debe solucionar la mayoría de los problemas del área. Evaluación de las experiencias piloto que se vienen realizando y de las que comienzan.
- 2.8 Integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema general de protección de salud, potenciándose su descentralización.
- 2.9 Desactivación de los grandes hospitales psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionan de manera similar.
- 2.10 Estudio y racionalización de las fragmentaciones jurisdiccionales existentes en las redes asistenciales (jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales; obras sociales con sus distintas características y diversidad de criterios y coberturas; multiplicidad de redes privadas movidas por intereses cooperativos y/o profesionales, sin inserción en los objetivos generales).
- 2.11 Reconocimiento de la particular situación del país, que cuenta simultáneamente con la mayor proporción relativa de trabajadores de S.M. y una evidente desvinculación en sus prácticas de las políticas prioritarias.
- 2.12 Abordaje adecuado de todas las tareas de prevención primaria en S.M. Enfrentamiento de las problemáticas específicas de la dependencia de drogas desde esta perspectiva.

2.13 Disminución de las iatrogenias psicosociales generadas por los sistemas asistenciales actuales, en todo el sector salud.

2.14 Preparación del equipo de salud para realizar identificación de alteraciones psicoemocionales específicas, y de factores emocionales de los trastornos en general.

Discriminación del tipo de intervención necesaria: atención y seguimiento propio; atención con asesoramiento del equipo especializado y/o derivación a equipo especializado.

2.15 Para todos los sectores comprometidos, discriminación de grupos poblacionales en riesgo y realización de acciones específicas psicoprofilácticas y/o de atención primaria.

2.16 Abordaje orientador y terapéutico de grupos poblacionales afectados de manera directa por el terrorismo de Estado. Abordaje de los efectos psicosociales generales.

3. LINEAS DE INVESTIGACION

3.1 Eficacia social y efectividad de los servicios de S.M. Propuestas alternativas. Pasos de implementación.

3.2 Mercados de trabajo para agentes de S.M. actuales y alternativos.

3.3 Recuperación y protocolización de experiencias comunitarias vinculadas al campo de la salud que ya se están desarrollando en el país (Proyecto en marcha en forma conjunta entre SECYT, y la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Acción Social, a través del Area de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales para la Salud).

3.3.1 Relevamiento.

3.3.2 Facilitación de intercambios.

3.3.3 Difusión de líneas de abordaje.

3.3.4 Contribución a la elaboración de estrategias para programas comunitarios.

3.4 Proyecto de abordaje y elaboración de pautas de evaluación de programas no convencionales en S.M.

3.5 Investigaciones y reelaboraciones de factores de riesgo psicosocial, realizadas con las propias comunidades.

3.6 Abordaje y elaboración de actitudes facilitadoras y obstáculos en la interacción S.M.-equipo salud. Evaluación de resultados asistenciales en Salud.

3.7 Abordaje y elaboración de interrelaciones S.M.-comunidades educativas.

3.8 Efectos inmediatos y mediatos de las transformaciones en las normativas de prestaciones en S.M.

3.9 Investigaciones evaluativas, utilizadas como estrategias para el conocimiento, diagnóstico y producción de lineamientos organizativos para modificar los sistemas formadores de recursos humanos en S.M. (ya iniciado en la DNSM, en el ámbito de las residencias médicas en psiquiatría de los hospitales nacionales).

Buscándose simultáneamente la participación activa en ellas de los propios agentes en formación, sus docentes, jefes de servicio y autoridades; para que la información recopilada y los resultados sean por sí mismos generadores de transformaciones.

3.10 Relevamientos epidemiológicos en S.M. adecuados para las estrategias de atención primaria. Epidemiologías interpretativas y/o críticas.

3.11 Efectos psicosociales inmediatos y mediatos de los terrorismos, en particular del terrorismo de Estado. Evaluación del daño poblacional relativo a la ruptura de marcos legales; a la instauración de sistemas de control mediante el pánico; al ataque a raíces culturales; a las consecuencias y las marcas de la sobrevivencia en sistemas genocidas; a los efectos físicos y psicológicos de los que padecieron vejaciones y torturas. Su relación con factores socioeconómicos supranacionales y con pautas autoritarias en la cultura del país.

EL CAMBIO DEL PODER

POWERSHIFT

Alvin Toffler

PLAZA & JANES EDITORES, S. A.

II. MÚSCULOS, DINERO Y MENTE

Un cielo azul. Unas montañas al fondo. El ruido de unos cascos de caballo. Un jinete solitario que se aproxima, reluciendo el sol en sus espuelas...

Todo aquel que de niño se sumergía en la oscuridad de un cine para embelesarse con las películas de vaqueros sabe que el poder brota del cañón de un revólver. Ya se encargó Hollywood, película tras película, de mostrarnos a un vaquero solitario que llegaba cabalgando de donde nadie sabía, sostenía un terrible duelo con el «malo», devolvía el revólver a su funda y se alejaba de nuevo, a lomos de su caballo, hacia un nebuloso horizonte. Los niños aprendimos que el poder emanaba de la violencia.

Una figura de relleno en muchas de estas películas era, sin embargo, un personaje rollizo que se sentaba detrás de una gran mesa de madera. Por lo general era representado como un ser decadente y avaro, pese a lo cual, ese hombre también ejercía el poder. Él financiaba el ferrocarril, o pagaba a los ganaderos usurpadores de tierras u otras fuerzas del mal. Y si el vaquero heroico representaba el poder de la violencia, esta figura —que solía ser el banquero— simbolizaba el poder del dinero.

En muchas películas del Oeste había también un tercer personaje importante: el editor del periódico, un profesor o un clérigo o una mujer culta del «Este». En un mundo de hombres broncos que disparan primero y preguntan después, ese personaje representaba no sólo el Dios moral en combate con el Maligno, sino también el poder de la cultura y los conocimientos refinados acerca del mundo exterior. Aunque, con frecuencia, esta persona

salía victoriosa al final, su triunfo solía deberse a una alianza con el «bueno» (que sí usaba las pistolas) o a un repentino golpe de suerte —el hallazgo de oro en el río— o una herencia inesperada.

El conocimiento, tal como Francis Bacon nos advertía, es poder; pero, para que el conocimiento triunfara en una película del Oeste, casi siempre tenía que aliarse con la fuerza o con el dinero.

Como es natural, el dinero, la cultura y la violencia no representan, las únicas fuentes de poder en la vida cotidiana, y el poder no es ni bueno ni malo, sino sólo una dimensión más dentro de casi todas las relaciones humanas. De hecho, es el recíproco del deseo y, dado que los deseos humanos tienen una infinita variedad, todo aquello que pueda satisfacer los deseos de cualquier otra persona es una potencial fuente de poder. El «camello» que puede negarse a entregar una papelina tiene poder sobre el drogadicto. Si un político desea votos, aquellos que pueden dárselos tienen poder.

Con todo, las tres fuentes de poder simbolizadas en la película del Oeste —violencia, riqueza y conocimiento— resultan ser las más importantes entre las innumerables posibilidades. Cada una de ellas toma muchas y diferentes formas en el drama del poder. La violencia, por ejemplo, no necesita ser real; la amenaza de recurrir a su uso suele bastar para producir acatamiento. La amenaza de violencia también puede estar al acecho detrás de la ley. (En estas páginas usamos el término «violencia» en un sentido más figurativo que literal, que incluye la fuerza, así como la acción física.)

A decir verdad, no sólo las modernas películas, sino también los antiguos mitos, respaldan la opinión de que la violencia, la riqueza y el conocimiento son las fuentes esenciales de poder social. De este modo, la leyenda japonesa habla de *sanshu no jingi*, los tres objetos sagrados que se dieron a la gran diosa del sol Amaterasu y que, hasta nuestros días, siguen siendo los símbolos del poder imperial: la espada, la joya y el espejo.

Las implicaciones de poder de la espada y de la joya son bastante claras, mas las del espejo no lo es tanto. Pero el espejo, en el que Amaterasu vio su propio rostro, o adquirió conocimiento de sí misma, también refleja el poder. Llegó a simbolizar la divinidad de Amaterasu, pero no deja de ser razonable considerarlo también un símbolo de la imaginación, la consciencia y el conocimiento.

Además, la espada o músculo, la joya o dinero y el espejo o mente forman, conjuntados, un sistema interactivo singular. En determinadas condiciones, cada uno de ellos puede transformarse

en alguno de los otros. Un arma puede conseguir dinero a quien la porta, o arrancar información secreta de los labios de su víctima. El dinero puede comprar información, o también adquirir un arma. La información puede utilizarse bien para aumentar la cantidad de dinero que uno posee (tal como Ivan Boesky comprobó), bien para acrecentar las fuerzas que uno controla (razón por la cual Klaus Fuchs robó secretos nucleares).

Y más importante aún, es posible utilizar los tres en casi todos los planos de la vida social, desde la intimidación del hogar hasta el palenque político.

En la esfera privada, un padre puede dar un azote a su hijo (usar la fuerza), retirarle la paga o sobornarle con unas monedas (usar el dinero o su equivalente) o, lo más eficaz, moldear los valores del hijo de tal manera que la criatura *desea* obedecer. En el mundo de la política, un Gobierno puede encarcelar a un disidente o torturarlo, sancionar económicamente a sus críticos y subvencionar a sus defensores o manipular la verdad para obtener el consenso.

Al igual que máquinas herramienta capaces de crear más máquinas, la fuerza, la riqueza y el conocimiento, adecuadamente usados, pueden dar a quien los posee el dominio de muchas fuentes adicionales de poder, de lo más variopinto. Así pues, cualesquiera que sean las otras herramientas de poder que una determinada clase dirigente explote, o cualquier persona en sus relaciones privadas, la fuerza, la riqueza y el conocimiento son las palancas esenciales, y forman la triada del poder.

Es cierto que no todos los cambios o transferencias de poder son resultado del uso de esas herramientas. El poder cambia de manos como resultado de muchos acontecimientos naturales. La peste negra que asoló Europa en el siglo XIV arrastró a la tumba a los poderosos con la misma fatalidad que a los desvalidos y creó muchas vacantes entre las minorías dominantes en las comunidades supervivientes.

El azar también afecta a la distribución del poder en la sociedad. Pero tan pronto como nos centramos en los actos humanos intencionados, y nos preguntamos por qué razón los individuos, y las sociedades en su conjunto, se someten a los deseos del «poderoso», nos encontramos, una vez más, frente a la trinidad músculo, dinero y mente.

Para ceñirnos todo lo posible al lenguaje liso y llano, usaremos el término *poder* en estas páginas en el sentido de poder deliberado sobre las personas. Esta definición deja al margen el poder usado contra la Naturaleza o las cosas, pero es bastante amplia como para comprender el poder que una madre ejerce para evitar

que su hijito cruce corriendo una calle por la que circulan coches a gran velocidad; o por «IBM», para aumentar sus beneficios; o por un dictador como Marcos o como Noriega, con el fin de enriquecer a sus familiares y compinches; o por la Iglesia católica, en su intento por concitar oposición política contra las prácticas anticonceptivas; o por los militares chinos, para aplastar una rebelión estudiantil.

En su forma más descarnada, el poder entraña el uso de la violencia, la riqueza y el conocimiento (en el más amplio sentido) para conseguir que la gente actúe de una forma determinada.

El centrarnos en esta trinidad y el definir el poder de esta manera nos permiten analizar el poder de una forma totalmente nueva que revela —acaso con mayor claridad que antes— cómo es usado el poder para controlar nuestra conducta desde la cuna hasta el crematorio: Cuando lo hayamos comprendido, y sólo entonces, podremos identificar y transformar aquellas obsoletas estructuras de poder que amenazan nuestro futuro.

Poder de gran calidad

Los supuestos más convencionales respecto al poder, al menos en la cultura occidental, implican que el poder es cuestión de cantidad. Pero, desde el momento en que es evidente que algunos de nosotros tenemos menos poder que otros, este enfoque pasa por alto lo que ahora puede ser el factor más importante de todos: la *calidad* del poder.

Es indiscutible que hay diferentes clases de poder, y que algunas de ellas son, sin duda, de muy bajo octanaje. Aquellos que comprendan la importancia de la «calidad» tendrán una ventaja estratégica muy apreciable en las feroces luchas por el poder que pronto se van a desencadenar en escuelas, hospitales, empresas, sindicatos y gobiernos.

Nadie duda que la violencia —encarnada en la navaja de un atracador o en un cohete nuclear— puede introducir resultados espantosos. La sombra de la violencia o la fuerza, grabada en la ley, se proyecta detrás de todo acto de Gobierno, y, al final, todo Gobierno descansa en el Ejército y en la Policía para hacer cumplir su voluntad. Esta omnipresente y necesaria amenaza de la violencia oficial en la sociedad mantiene el sistema en funcionamiento, hace exigible el cumplimiento de los contratos mercantiles normales, reduce la delincuencia y facilita el mecanismo para la pacífica resolución de las disputas. En este paradójico sentido,

la velada amenaza de la violencia es lo que ayuda a hacer no violenta la vida cotidiana.

Pero la violencia, en general, adolece de importantes inconvenientes. Para empezar, nos induce a llevar un *spray* o cualquier otro producto capaz de dejar fuera de combate a un agresor, o a emprender una carrera de armamentos que aumenta los riesgos para todos. Incluso cuando «funciona», la violencia produce resistencia. Sus víctimas o sus supervivientes quedarán al acecho de la primera oportunidad que se les presente para replicar.

Sin embargo, la principal debilidad de la fuerza bruta o la violencia es su absoluta inflexibilidad. Sólo es posible utilizarla para castigar. Supone, en resumen, un poder de mala calidad.

En contraste con esto, la riqueza es una herramienta de poder mucho mejor. Una cartera bien repleta resulta mucho más versátil. En lugar de limitarse a amenazar o a imponer castigos, puede ofrecer recompensas de exquisita gradación —pagos y «detalles» en dinero o en especie—. La riqueza puede usarse de forma positiva o negativa. Por lo tanto, es mucho más flexible que la fuerza. La riqueza depara un poder de mediana calidad.

Sin embargo, el poder de mejor calidad se deriva de la aplicación del conocimiento. El actor Sean Connery, en una película cuya acción se desarrolla en Cuba durante el mandato del dictador Batista, desempeña el papel de un mercenario británico. En una escena memorable, el jefe militar del tirano le dice: «Mayor, ¿cuál es su arma favorita? Se la conseguiré.» A lo que Connery replica: «Cerebro.»

El poder de buena calidad no es la simple influencia. No sólo la habilidad para salirse con la suya, para hacer que los demás hagan lo que uno quiere aunque prefirieran hacer otra cosa. La buena calidad implica mucho más. Implica eficiencia, usar el mínimo de recursos del poder para alcanzar una meta. Se puede usar el conocimiento para hacer que a la otra parte *le guste* nuestro programa de actuación. Incluso puede llegar a persuadir a la otra parte de que fue ella quien lo propuso.

Por lo tanto, de las tres fuentes básicas de control social, el poder es la que produce lo que los peces gordos del Pentágono suelen denominar «el ruido más fuerte por cada dólar». Es posible utilizarlo como castigo, recompensa, persuasión e, incluso, para transformar, por ejemplo, en aliado al más acérrimo enemigo. Y lo mejor de todo es que, con los conocimientos adecuados, uno puede sortear las situaciones peligrosas, para empezar, y, de ese modo, evitar el gasto de fuerzas o de riquezas.

El conocimiento sirve también de multiplicador de la riqueza y de la fuerza. Puede utilizarse para aumentar las fuerzas o riquezas

disponibles o, por otra parte, para reducir la cantidad necesaria para alcanzar una determinada finalidad. En cualquier caso, aumenta la eficiencia y permite que uno gaste menos «fichas» de poder en cualquier enfrentamiento.

Por supuesto, quienes disponen del máximo poder son aquellos que están en situación de utilizar estas tres herramientas en hábil conjunción entre sí, alternando la amenaza del castigo con la promesa de la recompensa y con la persuasión y la inteligencia. Los «jugadores del poder» experimentados saben por intuición —o por la formación que la práctica da— cómo utilizar e interrelacionar sus recursos de poder.

Para evaluar a los diferentes contendientes en un conflicto de poder —sea una negociación o una guerra— sirve de gran ayuda saber quién tiene acceso a qué herramientas básicas del poder.

El conocimiento, la violencia y la riqueza, y las relaciones entre ellos, definen el poder en la sociedad. Francis Bacon equiparaba el conocimiento al poder, pero no prestaba atención a su calidad o a sus vínculos cruciales con las otras fuentes principales de poder social. Ni nadie podía prever hasta ahora los cambios revolucionarios que iban a producirse estos días en las relaciones entre los tres.

Un millón de deducciones

Una revolución está barriendo el mundo actual y dejando atrás todas las teorías de Bacon. Ningún genio del pasado, ni Sun-Tzu, ni Maquiavelo, ni el mismo Bacon, hubiera imaginado jamás el profundísimo *cambio de poder* (1) actual, el asombroso grado al que han llegado a depender del conocimiento, hoy en día, tanto la fuerza como la riqueza.

Hasta hace poco, el poderío militar era una prolongación del inconsciente puño. En la actualidad se basa casi por completo en «la mente sólida»: el conocimiento embebido en las armas y en las tecnologías de vigilancia. Desde los satélites hasta los submarinos, las armas modernas son fabricadas a base de componentes electrónicos repletos de información. Los aviones de combate actuales son ordenadores volantes. Incluso las armas «tontas» se construyen con la ayuda de ordenadores o elementos electrónicos «superinteligentes».

El Ejército, por citar un solo ejemplo, usa conocimiento infor-

(1) Hay que diferenciar entre una mera transferencia de poder y un profundo cambio en la misma naturaleza del poder. (N. del T.)

matizado —«sistemas expertos»— en la defensa mediante cohetes. Dado que los cohetes subsónicos alcanzan una velocidad de 305 metros por segundo, los sistemas de defensa eficaces necesitan reaccionar en unas 10 milésimas de segundo. Pero los sistemas expertos pueden contener desde 10.000 hasta 100.000 reglas aportadas por especialistas humanos. El ordenador ha de explorar, sopesar e interrelacionar estas reglas antes de llegar a una decisión respecto a cómo reaccionar ante una amenaza. De este modo, la Agencia de Proyectos de Investigación Avanzada para la Defensa (DARPA), del Pentágono, de acuerdo con la revista *Defense Science*, se ha marcado como objetivo a largo plazo diseñar un sistema que pueda hacer «un millón de deducciones lógicas por segundo». Hoy en día, la lógica, la deducción, la epistemología —trabajo cerebral, humano y mecánico— es la condición previa para el poder militar.

Del mismo modo se ha convertido en un cliché dentro del mundo empresarial decir que la riqueza depende cada vez más del poder del cerebro, de la capacidad intelectual. La economía avanzada no podría funcionar durante 30 segundos sin la ayuda de los ordenadores, y las nuevas complejidades de la producción, la integración de muchas tecnologías diferentes (en constante cambio) y la desmasificación de los mercados siguen incrementando, a saltos enormes, la cantidad y calidad de la información necesaria para hacer que el sistema produzca riqueza. Además, debemos considerar que apenas estamos en el principio de este proceso de «informacionalización». Nuestros mejores ordenadores y sistemas de diseño asistido por ordenador y de fabricación asistida por ordenador son tan primitivos todavía como un hacha de la Edad de Piedra.

Por lo tanto, el conocimiento en sí mismo resulta ser no sólo la fuente del poder de más calidad, sino también el ingrediente más importante de la fuerza y de la riqueza. En otras palabras, el conocimiento ha pasado de ser un accesorio del poder del dinero y del poder del músculo, a ser su propia esencia. De hecho, es el amplificador definitivo. Ésta es la clave del *cambio de poder* que nos espera, y explica el porqué la batalla por el control del conocimiento y de los medios de comunicación se está enardeciendo por todo el mundo.

Hechos, mentiras y verdades

El conocimiento y los sistemas de comunicación no son antisépticos o neutrales al poder. Todo «hecho» utilizado en los negocios, la

vida política y las cotidianas relaciones humanas se deriva de otros «hechos» o suposiciones que han sido conformados, deliberadamente o no, por la estructura de poder preexistente. Por ello, todo «hecho» tiene una *historia* de poder y lo que podría denominarse un *futuro* de poder —un impacto, grande o pequeño, sobre la futura distribución del poder.

Los hechos inexistentes y los discutibles son productos del conflicto de poder existente en la sociedad, además de armas utilizadas en él. Los hechos falsos y las mentiras, así como los hechos «ciertos», las «leyes» científicas y las «verdades» religiosas aceptadas son, todos ellos, municiones en el actual juego del poder y son, en sí mismos, una forma de conocimiento, en el sentido usado aquí de ese término.

Por supuesto, hay tantas definiciones de conocimiento como personas que se consideran entendidas en el tema; pero todo empeora al dar unos significados muy técnicos a palabras tales como «indicios», «símbolos» o «imágenes». Y la confusión aumenta cuando descubrimos que la famosa definición de «información» hecho por Claude Shannon y Warren Weaver, que ayudó a fundamentar la ciencia de la información, aunque útil a efectos tecnológicos, no tiene nada que ver con el significado semántico o el «contenido» de la comunicación.

En general, *datos* tendrá, en las páginas que siguen, el significado de «hechos» más o menos inconexos; con *información*, nos referiremos a datos que hayan sido ordenados por categorías y planes de clasificación u otras pautas; y *conocimiento* significará información que ha sido depurada dándole forma de afirmaciones más generales. Sin embargo, con el fin de evitar una tediosa repetición, estos tres términos serán usados de forma alternativa en algunas ocasiones.

Para poner las cosas más fáciles y librarnos de estas arenas movedizas terminológicas, incluso a expensas del rigor semántico, daremos un significado más amplio al término *conocimiento* en las páginas que siguen. Comprenderá o subsumirá información, datos, imágenes e imaginación, así como actitudes, valores y otros productos simbólicos de la sociedad, tanto si son «ciertos», como «aproximados» o, incluso, «falsos».

Todos ellos son utilizados o manipulados por los buscadores de poder, y siempre lo han sido. También lo son los medios de comunicación para transmitir el conocimiento, los canales de comunicación que, a su vez, dan forma a los mensajes que fluyen a través de ellos. Por lo tanto, utilizaremos el término *conocimiento* para abarcar todos ellos.

La diferencia democrática

Además de su gran flexibilidad, el conocimiento tiene otras características importantes que le hacen fundamentalmente diferente de fuentes menores de poder para el mundo del mañana.

Así pues, la fuerza, a todos los efectos prácticos, es finita. Hay un límite a la cantidad de fuerza que podemos utilizar antes de que destruyamos aquello que deseamos capturar o defender. Lo mismo sucede con la riqueza. El dinero no puede comprarlo todo y, en algún punto; incluso la cartera más repleta llega a vaciarse.

Por el contrario, nada de esto sucede con el conocimiento. Siempre podemos generar más.

El filósofo griego Zenón de Elea apuntaba que si un viajero recorre cada día la mitad de la distancia que le separa de su destino, jamás llegará a éste, puesto que siempre le quedará una mitad por recorrer, de la misma manera, nunca llegaremos a alcanzar el conocimiento pleno de nada, pero sí que podemos acercarnos un paso más a la cabal comprensión de cualquier fenómeno. El conocimiento, al menos en principio, es infinitamente ampliable.

El conocimiento también es diferente tanto del músculo como del dinero ya que, por lo general, si utilizo un arma, otro no podrá utilizarla al mismo tiempo. Si alguien utiliza una moneda, yo no puedo utilizar la misma moneda al mismo tiempo.

A diferencia de esto, nosotros dos podemos usar el mismo conocimiento a favor o en contra del otro e, incluso en ese mismo proceso, podemos producir más conocimiento todavía. Al contrario que las balas, o los presupuestos, el conocimiento en sí no se gasta. Baste esto para indicarnos que las reglas del juego del conocimiento-poder son muy diferentes de los preceptos en los que confían quienes usan la fuerza o el dinero para hacer cumplir su voluntad.

Pero una última diferencia, todavía más crucial, separa la violencia y el dinero del conocimiento a medida que penetramos en lo que hemos dado en llamar una edad de la información: por definición, tanto la fuerza como la riqueza son propiedad de los fuertes y de los ricos. La verdadera característica revolucionaria del conocimiento es que también el débil y el pobre pueden adquirirlo.

El conocimiento es la más democrática fuente de poder.

Y eso lo convierte en una continua amenaza para los poderosos, incluso a medida que lo utilizan para acrecentar su propio poder. Y lo que explica también por qué todo aquel que ostenta poder, desde el patriarca de una familia hasta el presidente de una

compañía o el Primer Ministro de una nación, desea controlar la cantidad, calidad y distribución del conocimiento dentro de sus dominios.

El concepto de la tríada de poder nos lleva a una notable ironía.

Al menos durante los últimos 300 años, la lucha política por antonomasia dentro de todas las naciones industrializadas ha sido a cuenta de la distribución de la riqueza, de lo que le corresponde a cada uno. Términos como «izquierdas» y «derechas» o «capitalista» y «socialista» giraban en torno a esta cuestión fundamental.

Así y todo, a pesar de la mala distribución de la riqueza en un mundo penosamente dividido entre ricos y pobres, resulta que, comparada con las otras dos fuentes de poder, la riqueza ha sido, y es, la *menos* mal distribuida. Sea cual fuere el abismo que separa a los ricos de los pobres, una sima todavía mayor separa a los que tienen *las* armas de los que no las poseen, y a los ignorantes de los instruidos.

Hoy en día, en las naciones ricas que tan de prisa están cambiando, y a pesar de las desigualdades en ingresos y riqueza, la futura lucha por el poder irá evolucionando cada vez más hacia una lucha sobre la distribución del conocimiento y el acceso a él.

Ésta es la razón de que, a menos que comprendamos cómo fluye el conocimiento y hacia quién lo hace, no podamos protegernos a nosotros mismos contra los abusos de poder ni crear esa sociedad, mejor y más democrática, que las tecnologías del mañana prometen.

El control del conocimiento es el punto capital de la lucha mundial por el poder que se entablará en todas y cada una de las instituciones humanas.

En los capítulos inmediatamente siguientes veremos cómo estos cambios en la naturaleza del poder en sí están revolucionando las relaciones en el mundo empresarial. Desde la transformación del capital, hasta el creciente conflicto entre las empresas «cultas» y las «zafias», del supermercado electrónico al auge de los negocios familiares y al nacimiento de nuevas y sorprendentes formas de organización, seguiremos la pista a la nueva trayectoria del poder. Estos profundos cambios en las empresas y la economía van paralelos con otros cambios significativos en la política, los medios de comunicación y el sector del espionaje mundial. Por último veremos cómo el tremendo y dislocador cambio de poder de nuestros días va a incidir en las naciones pobres, los restantes países socialistas, y el futuro de Estados Unidos, Europa y Japón. Puesto que el cambio de poder actual las transformaría a todas.

VI. CONOCIMIENTO: UNA RIQUEZA HECHA DE SÍMBOLOS

Hubo una vez un tiempo en que la riqueza era elemental. Se poseía o no se poseía. Era sólida. Material. Y resultaba fácil comprender que la riqueza daba poder y el poder, riqueza.

Era sencillo porque tanto el uno como la otra se basaban en la tierra.

La tierra era el capital más importante de todos. La tierra era finita —en el sentido de que si uno la usaba, ningún otro podía usarla al mismo tiempo—. Y, aún mejor, eminentemente tangible. Se podía medir, cavar, revolver, pisar, sentir entre los dedos de los pies y dejarla correr entre los de las manos. Generación tras generación de nuestros antepasados la poseyó o tuvo hambre de ella y por ella.

La riqueza se transformó cuando las chimeneas de las fábricas empezaron a poblar los cielos. Las máquinas y los materiales para la producción industrial, más que la tierra, pasaron a ser la forma más necesaria de capital: hornos para la fabricación de acero, telares para los tejidos, cadenas de montaje, soldadoras por puntos y máquinas de coser; bauxita, cobre y níquel.

Este capital industrial era finito, a pesar de todo. Si se usaba un horno en una acería para hacer bloques de motor de fundición, nadie podía usar ese horno al mismo tiempo.

Pero el capital también era material, todavía. Cuando J. P. Morgan u otros banqueros invertía en una compañía, buscaba «activos tangibles» en sus balances. Cuando los banqueros negociaban un préstamo, querían garantías «fundamentales» materiales, tangibles. Cosas sólidas.

Sin embargo, al contrario de la mayoría de los terratenientes que conocían su riqueza íntimamente, que conocían cada colina, cada campo, cada manantial y cada huerto, pocos inversores de la era industrial llegaron a ver, y mucho menos a tocar, las máquinas y minerales en que su riqueza se basaba. En vez de eso, el inversor recibía un papel, un mero símbolo, unas obligaciones o unas acciones que representaban determinada fracción del valor de la Sociedad que utilizaba el capital.

Marx comentaba lo apartado de su producto que se sentía el trabajador. Pero también se podría hablar de lo apartado que está el inversor de la fuente de su riqueza.

En nuestros días, y a un ritmo que hubiera cegado a Marx y/o a Morgan, el capital se está transformando de nuevo.

Dentro del cráneo

A medida que los sectores de servicios e información crecen en las economías avanzadas, y a medida que la propia fabricación se informatiza, la naturaleza de la riqueza cambia necesariamente. Mientras que los inversores en los sectores más atrasados de la industria todavía consideran críticos los tradicionales «activos tangibles» —instalaciones, maquinaria y existencias—, los inversores en los sectores más avanzados y de más rápido crecimiento confían en factores radicalmente diferentes para respaldar sus inversiones.

Nadie compra una acción de «Apple Computer» o de «IBM» por los activos materiales de la firma. Lo que cuenta no son los edificios o las máquinas de la compañía, sino los contactos y el poder de su equipo de marketing y ventas, la capacidad de organización de su dirección y las ideas que bullen en el cerebro de sus empleados. Desde luego, esto mismo es cierto a lo largo y ancho de todos los sectores de la economía de la Tercera Ola —en empresas como «Fujitsu» o «NEC» en Japón, «Siemens» en Alemania Occidental, «Groupe Bull» en Francia y «Digital Equipment», «Genentech» o «Federal Express» en Estados Unidos—, la simbólica acción representa, en un grado pasmoso, nada más que otros símbolos.

El cambio a esta nueva forma de capital hace saltar por los aires los supuestos que sostienen tanto a la ideología marxista como a la economía clásica, fundados por igual en la premisa del carácter finito del capital tradicional. Porque, al contrario que las tierras o las máquinas, que sólo puede usarlas una persona o una empresa a la vez, el mismo conocimiento es posible que muchos y

diferentes usuarios lo apliquen al mismo tiempo —y si lo usan con acierto, incluso puede generar más conocimiento. Es inherentemente inagotable, sin llegar a ser excluyente.

Pero aun así, no obstante, sólo insinúa el alcance total de la revolución en el capital. Porque si el cambio al capital-conocimiento es real, significa que el capital en sí es cada vez más «irreal», que se compone en su mayor parte de símbolos que representan nada más que otros símbolos dentro de las memorias y los órganos pensantes de las personas y de los ordenadores.

Por lo tanto, el capital ha evolucionado desde su forma tangible, pasando por unos formularios de papel que simbolizan activos tangibles, hasta unos papeles que representan unos símbolos alojados en los cráneos de una masa trabajadora continuamente cambiante. Y, por último, a impulsos electrónicos que simbolizan el papel.

Al mismo tiempo que el capital viene a descansar cada vez más sobre intangibles (un proceso implacable, disfrazado de momento por normas contables y disposiciones fiscales totalmente obsoletas), los instrumentos que se negocian en los mercados financieros, de forma similar, están perdiendo cada vez más cualquier vestigio de que son tangibles.

En Chicago, Londres, Sidney, Singapur y Osaka, se contratan miles de millones de dólares en forma de instrumentos apodados «derivados», tales como valores basados en varios índices del mercado, no en las acciones de sociedades concretas. Apartándose un paso más todavía de los «fundamentales», tenemos las opciones basadas en estos índices. Y más allá de eso, en una especie de mundo de las sombras, están los denominados «sintéticos» que, mediante una serie de complejas transacciones, ofrecen al inversor resultados que simulan, o reflejan, aquellos de unas obligaciones, acciones, índices u opciones existentes.

Estamos acelerando a todo gas hacia unas inversiones todavía más «rarificadas» basadas en índices de índices de índices, derivados de derivados y sintéticos que reflejan sintéticos.

El capital está pasando a ser «supersimbólico» a marchas forzadas.

Del mismo modo que una gran parte del poder de la moderna ciencia se fundamenta en cadenas de razonamientos cada vez más largas; del mismo modo que los matemáticos crean estructuras cada vez más amplias, apilando teorema sobre teorema para producir un cuerpo de conocimiento que, a su vez, crea teoremas más abstractos, precisamente a medida que los creadores de inteligencia artificial y los «ingenieros del conocimiento» construyen arquitecturas deductivas de auténtico vértigo; también nosotros

estamos creando un capital de progresiva derivación o —como algunos dirían— de espejos infinitamente regresivos.

Un epitafio para el papel

Si esto fuera todo, resultaría revolucionario. Pero el proceso va más allá, empujado por cambios paralelos en la naturaleza del dinero.

La mayoría de nosotros oímos el crujido del papel cuando pensamos en las pesetas, los dólares, los francos, los yenes, los rublos o los marcos alemanes. Sin embargo, nada parecería más extraño a los tatarabuelos de nuestros tatarabuelos si, por un milagro, pudieran viajar en el tiempo y situarse en el presente. Por nada del mundo aceptarían unos papeles «inútiles» en pago de una pieza de paño, que servía para vestir, o de un saco de maíz, que servía para comer.

A lo largo de toda la era agrícola o la civilización de la Primera Ola, el dinero consistía en alguna sustancia material con un valor intrínseco. Como el oro o la plata, por ejemplo. Pero también la sal, el tabaco, el coral, los tejidos de algodón, el cobre y las conchas de cauri. En unas u otras épocas, también sirvieron como dinero unas interminables listas de cosas útiles. (El papel, que ironía, tenía un uso muy limitado en la vida cotidiana antes de la generalización de la capacidad de lectura y escritura, y, por lo tanto, rara vez sirvió como dinero, si es que eso ocurrió, en algún momento.)

Sin embargo, en los albores de la era industrial, empezaron a circular unas nuevas y extrañas ideas respecto al dinero. En 1650, por ejemplo, un hombre llamado William Potter publicó un opúsculo en Inglaterra que, en un alarde de presciencia, sugería algo que anteriormente resultaba impensable: que «una riqueza simbólica iba a ocupar el lugar de la riqueza real».

Cuarenta años más tarde, cuando personas como Thomas Savery andaban enredando con las primeras máquinas de vapor, se puso a prueba la idea, de forma real.

Fueron los colonizadores de Norteamérica, al haberles prohibido los británicos la acuñación de monedas de oro o plata, los que, por primera vez en el mundo occidental, empezaron a imprimir papel moneda.

Este cambio de un bien inherentemente valioso como el oro o el tabaco o las pieles a un papel que, de hecho, no valía nada, requirió una ingente cantidad de confianza por parte de los usuarios. Porque, a menos que una persona creyera que otras acepta-

rian el papel y le entregarían mercancías a cambio de él, el billete carecía en absoluto de valor. El papel moneda se basaba casi por entero en la confianza. Y el papel moneda dominó la sociedad industrial —la civilización de la Segunda Ola.

Hoy en día, a medida que emerge una economía más avanzada, emerge la Tercera Ola, el papel moneda se enfrenta a una obsolescencia casi total. Ahora está harto claro que el papel moneda, como las cadenas de montaje y las chimeneas de las fábricas, es un artefacto de la agonizante era industrial. Excepto en países económicamente atrasados y usos secundarios, el papel moneda seguirá el mismo camino que la moneda de conchas de coral o los brazaletes de cobre.

Monedas de diseñador y paradinero

En la actualidad, hay unos 187 millones de titulares de tarjetas, de crédito «Visa» repartidos por todo el mundo que las usan en unos 6 millones y medio de comercios, estaciones de servicio, restaurantes, hoteles y otros lugares que producen, a su vez, facturas por un importe de 570 millones de dólares diarios, 365 días al año. Y «Visa» no es más que una de las muchas empresas de tarjetas de crédito.

Cuando el propietario de un restaurante transmite el número de tarjeta de uno de sus clientes a «Visa» o a «American Express», los ordenadores de la empresa de las tarjetas de crédito abonan en la cuenta del restaurante el importe adecuado, deducen un importe de sus propios libros y aumentan el importe que el titular de la tarjeta les adeuda. Sin embargo, ésta es una forma muy primitiva de utilizar las tarjetas.

Con lo que ha dado en llamarse «tarjeta inteligente» el simple hecho de entregársela a un cajero que la pasará a través de un dispositivo electrónico, dará como resultado que el precio de la cena sea cargado instantáneamente en la cuenta bancaria del cliente, que no paga a final de mes, sino al instante. Es como un cheque que se compensara en el acto. Patentada por Roland Moreno, un inventor francés, la tarjeta inteligente ha sido muy bien recibida por los Bancos franceses así como por los servicios postales y de telecomunicaciones de Francia. La tarjeta, hecha por el grupo «Bull», tiene un microchip embutido en ella y se dice que es prácticamente imposible usarla de forma fraudulenta. Hay unos 61 millones de ellas en circulación en Europa y Japón.

Con el tiempo, a medida que los servicios electrónicos de registro de datos y de Banca se vayan integrando más, la caja

registradora «sin dinero» de los comercios enlazará directamente con el Banco del Comercio. A medida que se deduzcan los cargos de las cuentas de los clientes se abonarán de forma instantánea en la cuenta del comerciante y empezarán a devengar intereses de inmediato —reduciendo a cero el «flotante» del Banco.

En lugar de que los clientes paguen sus facturas a intervalos fijos —una vez al mes, por ejemplo—, las rentas, cuentas de compras a crédito y gastos periódicos similares pueden pagarse, poco a poco, sangrándolo electrónicamente gota a gota de la cuenta bancaria del cliente, por así decirlo, minuto a minuto. A la par de los progresos en el campo de la fabricación, tales cambios bien pudieran desplazar aún más el sistema financiero que, dejando atrás el proceso por lotes, entraría en un funcionamiento de flujo continuo y se encaminaría hacia la meta definitiva del tiempo real o la instantaneidad.

Algún día, con las tarjetas todavía más inteligentes que se crearán, usted podrá —si lo desea— deducir el coste de una comida o de un coche nuevo, no de su cuenta bancaria, sino de los valores que tenga en su casa, o, incluso —en teoría—, del valor de las joyas y obras de arte que posea.

A la vuelta de la esquina tenemos ya la «tarjeta superinteligente», denominada también «banco electrónico en la cartera». Creada a nivel experimental por «Toshiba» para «Visa Internacional», esta tarjeta de plástico contiene un microchip que permite al usuario comprobar los saldos de sus cuentas bancarias, comprar y vender acciones, reservar billetes de avión y realizar una diversidad de otras operaciones.

Las nuevas tecnologías posibilitan también un razonable retorno a una situación que existió antes de la Revolución Industrial: la coexistencia de múltiples monedas en una sola economía. El dinero, como los alimentos para el desayuno y miles de otros elementos de la vida cotidiana, se va diversificando cada vez más. Puede que nos estemos aproximando a la era de las «monedas de diseñador».

«Supongamos —escribe *The Economist*—, que un país tuviera dinero emitido por particulares junto con los billetes oficiales... Los consumidores de algunos países ya tienen ese dinero paralelo, conocido de otro modo como la «tarjeta magnética prepagada», cuyo contenido de valor disminuirá a medida que se vaya utilizando.»

Japón está que rebosa de este paradinero. Los clientes compran cada mes 10 millones de tarjetas de «NTT», la compañía telefónica. Pagan una suma por anticipado y luego usan las tarjetas para hacer sus llamadas telefónicas. «NTT» está muy satisfecha

con este invento porque así ingresa dinero anticipado —y, de esta manera, disfruta de un «flotante» similar a aquel del que solían disfrutar los Bancos antes de que la aceleración de la compensación de los cheques empezara a recortarlo. En 1988, «NTT» había vendido 330 millones de tarjetas por unos 214 mil millones de yenes. Los consumidores también pueden conseguir tarjetas para muchas otras cosas, tales como billetes de ferrocarril y videojuegos.

Uno puede imaginarse muchos tipos altamente especializados de paradinero. El Ministerio de Agricultura estadounidense está perfilando un programa que acabará por sustituir los vales de comida que se entregan a los pobres por una tarjeta inteligente programada con el valor mensual de las prestaciones y un número de identificación personal. El usuario la pasará por el terminal de comprobación de las cajas del supermercado que verificará la identificación antes de deducir la compra del saldo que le reste por consumir al usuario. El sistema está destinado a facilitar una mejor contabilización, al mismo tiempo que reducirá el uso fraudulento, el mercado negro y la falsificación. Esto está a un paso de lo que podría llamarse una «tarjeta básica» para todos los receptores de prestaciones de la asistencia social, que podría utilizarse sólo para alimentos, alquileres de viviendas y transportes públicos.

Otro ejemplo de paradinero lo tienen los norteamericanos tan cerca como se encuentre la cafetería escolar más próxima. Treinta y cinco distritos docentes de Estados Unidos están preparando el lanzamiento de un sistema de tarjeta para almuerzo en la escuela, diseñado por «Prepaid Card Inc.», de Pearl River, estado de Nueva York. Los padres pagan por anticipado una tarjeta semanal o mensual que está controlada por un ordenador de la escuela que lleva una cuenta corriente de las compras que se hacen en la cafetería.

(Con forzar la imaginación sólo un poco, podemos imaginar una tarjeta programable que, por ejemplo, permitiera a los padres delimitar los tipos de alimentos para los que sería válida. La tarjeta de un escolar no valdría para refrescos. Si un chico fuese alérgico a la leche, la tarjeta no sería válida para alimentos que contuvieran productos lácteos, etc.)

También podemos imaginar tarjetas especiales para los niños, válidas solamente para los cines o los videoclubes, pero que fueran electrónicamente inaceptables para películas de clasificación X. Se pueden hacer toda clase de monedas a gusto del consumidor.

En resumen, lo que en tiempos fue un símbolo de haber

entrado a formar parte de la clase media, las tarjetas, se está convirtiendo en omnipresente. Millones de ancianos estadounidenses que durante muchos años habían venido recibiendo un cheque mensual de la Seguridad Social (un trozo de papel por valor de un determinado número de dólares de papel) han dejado de recibirlo. A cambio, el Gobierno envía un impulso electrónico al Banco de cada uno de los perceptores que abona en la cuenta del beneficiario el importe de su prestación de la Seguridad Social.

Los organismos federales estadounidenses también utilizan tarjetas de crédito, tanto para comprar como para recaudar fondos. De hecho, a tenor de lo manifestado por Joseph Wright, delegado adjunto de la Oficina de Gestión y Presupuesto de la Casa Blanca, el Tío Sam es «el mayor usuario de tarjetas de crédito que hay en todo el mundo».

En ningún punto de estas transacciones cambia de manos algo que pudiera parecerse ni remotamente al «dinero» en el sentido tradicional del término. No intervienen para nada ni monedas ni billetes. El «dinero» en estos casos no es más que una fila de ceros y una transmisión por cable, microondas o satélite.

Todo esto resulta tan rutinario, y se acepta con tal grado de confianza, que no se nos ocurre pararnos a dudar del sistema. Antes al contrario, cuando vemos que grandes sumas de papel moneda cambian de manos empezamos a sospechar que algo huele a chamusquina. Suponemos que el pago en efectivo es una forma de evadir impuestos o un síntoma de que el dinero procede del tráfico de estupefacientes.

Fracasos del poder

Estos profundos cambios en el sistema monetario no pueden acontecer sin plantear una amenaza a las instituciones más arraigadas, que han disfrutado hasta ahora de unas posiciones de extraordinario poder.

En uno de los muchos planos de la cuestión, la sustitución del papel moneda por el dinero electrónico es una amenaza directa, por ejemplo, a la propia existencia de los Bancos, tal como los conocemos. «La Banca —de acuerdo con Dee Hock, ex presidente de “Visa International”—, no conservará su posición de gestor fundamental de los sistemas de pago.» En muchos países, los Bancos han tenido el monopolio —oficialmente protegido— del servicio de compensación de cheques. El dinero electrónico amenaza con suplantar a este sistema.

En defensa propia, algunos Bancos se han incorporado por sí mismos al negocio de las tarjetas de crédito. Y lo que es más importante, han ampliado su campo de actuación con el servicio de cajeros automáticos. Si los Bancos emiten tarjetas de débito y ponen millones de cajeros automáticos en los puntos de venta al detalle, pueden repeler el ataque de las compañías de tarjetas de crédito. Dado que las tarjetas de débito posibilitan que el comerciante reciba el pago de forma instantánea, en vez de esperar a que «Dinner's» o «American Express» o «Visa» le cursen un abono, tal vez los comerciantes no quieran seguir abonándoles un porcentaje de cada venta.

En otro frente, los Bancos se enfrentan al ataque de una gran variedad de instituciones no bancarias. En Japón, por ejemplo, el Ministerio de Finanzas ve con recelo la posibilidad de que empresas privadas como «NTT» puedan emitir «billetes» de plástico que contengan un determinado valor —una especie de moneda— y que operen fuera del sistema bancario y de sus normas. Si una empresa puede ingresar dinero por una tarjeta preparada, está aceptando un depósito igual que un Banco. Cuando el usuario gasta una parte del valor de la tarjeta, está haciendo el equivalente a una «disposición». Y cuando la compañía emisora de la tarjeta paga al vendedor, está utilizando un «sistema de pagos». Y éstas son funciones que antes sólo los Bancos podían realizar.

Además, si las compañías emisoras de las tarjetas pueden conceder crédito a sus usuarios, en la forma y la cuantía que tanto ellas como los titulares consideren adecuadas, libres de cualquier tipo de limitaciones y reservas de las que los Bancos imponen, los Bancos centrales corren el riesgo de perder su control de la política monetaria. En Corea del Sur ha sido tal la expansión del dinero de plástico que el Gobierno teme que esté alimentando la inflación.

En resumen, la creciente presencia del dinero electrónico en la economía mundial amenaza con conmocionar muchas relaciones de poder asentadas desde muy antiguo. En el vértice de esta lucha por el poder está el conocimiento incrustado en la tecnología. Es una batalla que dará una nueva definición al dinero en sí.

El dinero del siglo XXI

Por supuesto, el dinero es improbable que se desvanezca por completo, tanto si es en forma de metal como si es en forma de papel (o de papel respaldado por metal). Pero salvo que se produz-

ca el holocausto nuclear o un cataclismo tecnológico, el dinero electrónico proliferará y eliminará a la mayoría de las alternativas, precisamente porque combina el cambio con el registro de datos en tiempo real, eliminando de este modo muchas de las costosas ineficacias que el sistema monetario tradicional presentaba.

Si ahora reunimos todo esto, se evidencia una pauta bastante sorprendente. El capital —entendido como riqueza puesta a trabajar para aumentar la producción— cambia en paralelo con el dinero, y ambos adquieren nuevas formas cada vez que la sociedad experimenta una transformación importante.

A medida que lo hacen, cambia su contenido de conocimiento. De este modo, el dinero de la era agrícola, que consistía en metales o algunos otros bienes, tenía un contenido de conocimiento casi nulo. A decir verdad, ese dinero de la Primera Ola no sólo era tangible y duradero, sino que también era *analfabeto* —en el sentido de que su valor dependía de su peso y no de las palabras grabadas en él.

El actual dinero de la Segunda Ola consiste en papel impreso, con o sin el respaldo de algún bien. Lo que importa es lo que aparece impreso en el papel. El dinero es simbólico, pero todavía tangible. Esta forma de dinero viene emparejada con la alfabetización masiva de la población.

El dinero de la Tercera Ola consiste, cada vez más, en impulsos electrónicos. Es evanescente... se transfiere al instante y es supervisado en una pantalla de un terminal informático. En realidad, resulta casi un fenómeno visual en sí mismo. Parpadeando, destellando y zumbando de parte a parte del Planeta, el dinero de la «Tercera Ola» es información: la base del conocimiento.

Cada vez más apartado de cualquier configuración material, el capital y el dinero cambian por igual a lo largo de la historia, y pasan escalonadamente de formas tangibles a formas simbólicas y «supersimbólicas» como las que ha adoptado hoy en día.

Esta vasta secuencia de transformaciones va acompañada de un profundo cambio en las creencias, casi de una conversión religiosa, que ha permitido pasar de la confianza en cosas permanentes y tangibles, como el oro o el papel, a la convicción de que incluso los más intangibles y efímeros impulsos electrónicos pueden cambiarse por bienes o servicios.

Nuestra riqueza es una riqueza de símbolos. Y así también, en un grado sorprendente, es el poder que se basa en ella.

XXIX. EL «FACTOR C» MUNDIAL

Pocos cambios de poder de la posguerra han sido tan espectaculares como los producidos tras la desintegración del anteriormente monolítico bloque soviético. Un inmenso poder centralizado en Moscú durante medio siglo empezó de pronto a ser restituido a Varsovia, Praga, Budapest, Bucarest y Berlín. En pocos meses, el «Este» se descompuso.

Un segundo cambio ha acompañado la desintegración de lo que se dio en denominar «el Sur». Los países menos desarrollados, o PMD, nunca han sido capaces de formar un «frente unido» ante el mundo industrializado, a pesar de los esfuerzos que se iniciaron con la conferencia de Bandung, en Indonesia, en 1955. En el decenio de 1970, el hemiciclo de las Naciones Unidas retumbó con la retórica vertida en él respecto a las necesidades comunes «del Sur». Se pusieron en marcha programas de intercambio tecnológico y otras formas de cooperación «Sur-Sur». Se iniciaron campañas para cambiar las relaciones reales de intercambio entre el Norte y el Sur. Hubo cambios de poder. Pero no en la forma esperada por los que hablaron en defensa de un Sur unido.

Por el contrario, lo que se ha producido es la división de los países menos desarrollados en agrupaciones diferenciadas con necesidades muy distintas. Una está compuesta por países desesperadamente pobres que todavía dependen, con gran diferencia, del trabajo agrícola de la Primera Ola. Otro grupo incluye países como Brasil, India y China que son, sin duda alguna, importantes

potencias industriales o de la Segunda Ola, pero que arrastran la rémora de una población inmensa que aún lucha por la subsistencia mediante una agricultura preindustrial. Finalmente, hay naciones como Singapur, Taiwán y Corea del Sur, que casi han completado su industrialización y avanzan rápidamente hacia la alta tecnología de la Tercera Ola. Si el poder en el Bloque Oriental se ha escindido, lo mismo ha sucedido en lo que hemos dado en denominar «el Sur».

El tercer e inmenso cambio de poder ha sido la aparición de Japón y de Europa como rivales de Estados Unidos, lo que ha provocado la hipercompetencia entre ellos, a medida que cada uno trata de dominar el siglo XXI. Occidente también se está escindiendo.

Mientras que los políticos, los diplomáticos y la Prensa siguen intentando, por separado, cada uno de estos cambios de poder, como si se tratara de fenómenos aislados, la verdad es que hay una profunda conexión entre los tres. La estructura mundial que reflejó el dominio de las potencias industriales de la Segunda Ola se ha hecho añicos como una bola de cristal bajo el golpe de un martillo pilón.

Unos acontecimientos históricos de tamaño magnitud brotan a partir de muchas raíces y no hay una explicación que, por sí sola, los justifique. Reducir la historia a una sola fuerza o factor es desentenderse de la complejidad, la casualidad, el papel de las personas y muchas otras variables. Pero, por la misma regla, considerar la historia como una sucesión de accidentes aleatorios e inconexos es también una peligrosa simplificación.

Las futuras estructuras de poder sólo pueden vislumbrarse si, en lugar de contemplar cada cambio importante de poder como un acontecimiento aislado, identificamos las fuerzas comunes que lo animan. Y, en realidad, encontramos que esos tres cambios trascendentales están estrechamente vinculados al declive del industrialismo y al auge de la nueva economía impulsada por el conocimiento.

Pirámides y lanzamientos a la Luna

Los avances en la ciencia y la tecnología han sido tan extraordinarios desde la Segunda Guerra Mundial que difícilmente necesitan que nadie los resalte. Aunque no hubiera sucedido nada más que la invención del ordenador y el descubrimiento del ADN, el período de la posguerra pasaría a ser el más revolucionario de la historia científica. Pero, en realidad, muchas más cosas han sucedido.

No sólo hemos mejorado nuestra tecnología, sino que hemos empezado a trabajar a niveles mucho más profundos de la naturaleza, de tal manera que, en lugar de operar con grandes porciones de materia, ahora podemos crear una capa de ella tan increíblemente fina que, en palabras de la revista *Science*, «los electrones que contienen se mueven en sólo dos dimensiones». Podemos marcar líneas que sólo tienen una anchura de 20 milmillonésimas de metro. Pronto seremos capaces de montar cosas átomo por átomo. Esto no es «progreso», sino algo mucho mejor.

En 1989, la Academia Nacional de Ingeniería estadounidense preparó una lista con los que consideraba que habían sido los diez logros más importantes de los 25 años anteriores. La lista fue encabezada con el alunizaje del *Apolo*, que equiparon históricamente a la construcción de las pirámides de Egipto. Después, el desarrollo de los satélites, los microprocesadores, los rayos láser, el avión a reacción tipo «jumbo», los productos de la ingeniería genética y otros adelantos. Desde el principio del decenio de 1950, cuando el nuevo sistema de creación de riqueza empezó a florecer en Estados Unidos, los seres humanos, por primera vez en la historia, abrieron el camino hacia las estrellas, identificaron el programa biológico de la vida e inventaron herramientas intelectuales tan importantes como lo que fue la escritura. Y este asombroso conjunto de logros corresponde a una sola generación.

No sólo es el conocimiento científico o tecnológico lo que ha hecho notables progresos, o está a punto de hacerlos. Casi en todo, desde la teoría de la organización hasta la música, desde el estudio de los ecosistemas hasta nuestra comprensión del cerebro, en lingüística y teoría del aprendizaje, en los estudios de estructuras disipativas, caóticas y carentes de equilibrio, la base del conocimiento se está revolucionando. E incluso a medida que esto ocurre, investigadores inmersos en una competencia que no cesa en campos tales como las redes neurales y la inteligencia artificial nos ofrecen nuevos datos sobre el conocimiento en sí.

Estos avances transformativos, apartados, en apariencia, del mundo de la diplomacia y del de la política, están ineludiblemente vinculados a las erupciones geopolíticas actuales. El conocimiento es el «Factor C» en las luchas mundiales por el poder.

Economía de segunda clase

Consideremos, por ejemplo, las implicaciones del factor del conocimiento para el poder de los soviéticos.

El histórico cambio de poder de hoy en día, tal como hemos visto, ha hecho que dos de las fuentes básicas del poder —violencia y riqueza— dependan cada vez más de una tercera fuente: el conocimiento. Debido a la difusión de la tecnología basada en el conocimiento, y a la relativamente libre circulación de ideas, Estados Unidos, Europa y Japón han podido dejar económicamente rezagadas a las naciones socialistas. Pero la misma tecnología posibilitó también un gran salto en la potencia militar.

Un avión de caza es el equivalente a un ordenador con alas. Su eficacia depende casi por completo del conocimiento contenido en la aviónica y en el armamento de que esté dotado, y del cerebro del piloto. En 1982 los ingenieros aeronáuticos militares de la Unión Soviética padecieron un ataque colectivo de histeria cuando 80 cazas «MIG» de construcción soviética, pilotados por militares sirios, fueron destruidos por pilotos israelíes, que no perdieron ni un solo avión. Los tanques de construcción soviética tampoco hicieron un buen papel ante las fuerzas acorazadas israelíes.

Aun cuando la Unión Soviética tenía excelentes científicos militares y armas nucleares suficientes para incinerar el mundo, no podía mantener el paso en la carrera hacia las armas convencionales de tecnología extremadamente alta o en el vertiginoso avance hacia la consolidación de sistemas estratégicos de defensa. La creciente complejidad de las armas convencionales (que, en realidad, nada tienen de convencionales) basadas en la información era un peligro para la superioridad de las fuerzas terrestres soviéticas en la Europa Oriental.

Al mismo tiempo, la Iniciativa de Defensa Estratégica (extremadamente intensiva en conocimientos) amenazaba con restar todo valor a los misiles soviéticos de largo alcance. Los críticos de la IDE alegaban que nunca funcionaría. Pero la simple posibilidad de que lo hicieran alarmó a Moscú. Si la IDE podía interceptar todos los misiles soviéticos antes de que cayeran sobre Estados Unidos, tales misiles resultaban inútiles. Lo que también significaba que los estadounidenses podrían lanzar un primer ataque nuclear sin temor a represalias. Si, por otra parte, como parece más razonable, la IDE era eficaz sólo en parte, al interceptar algunas cabezas nucleares, no todas, esto dejaría a los estrategas soviéticos pensando qué misiles rusos sobrevivirían. En cualquier caso, la IDE elevó la apuesta e hizo que el teórico uso de las armas nucleares soviéticas, nunca muy probable, resultara todavía más arriesgado para Moscú.

Así pues, tanto en tierra como en el espacio, los soviéticos se enfrentaban a una doble amenaza.

Frente a estas apaciguadoras realidades, y visto su propio declive económico, una evaluación racional de la situación llevó a Moscú a la conclusión de que no podía seguir protegiendo militarmente su perímetro de Europa Oriental, salvo que incurriera en un coste inaceptable y disparatado. Así pues, y por razones tanto económicas como militares, se hizo necesaria una reducción de sus compromisos imperiales.

A final de cuentas, lo que obligó a los soviéticos a ceder no fueron las armas, o la economía, sino el «Factor C»: el nuevo conocimiento del que la potencia militar y la fortaleza económica dependen cada vez más.

El mismo «Factor C» sirve para explicar la fragmentación de los «países en vías de desarrollo» y la aparición de tres agrupaciones entre ellos. Por ejemplo, una vez que las economías más avanzadas empezaron a pasarse a los ordenadores y a las tecnologías basadas en la información, que generan productos de mayor valor añadido, transfirieron muchas de las antiguas actividades basadas en el trabajo manual y menos intensivas en información a países como Corea del Sur, Taiwán, Singapur, y, ahora, a Tailandia, y otros lugares. En otras palabras, a medida que Europa, Japón y Estados Unidos avanzan hacia formas de creación de riqueza de la Tercera Ola, pasan las antiguas tareas de la Segunda Ola a otro grupo de naciones. Esto aceleró su industrialización, y dejó a los otros países menos industrializados sensiblemente rezagados.

Muchos de estos «países recientemente industrializados», o PRI, se están apresurando, a su vez, a traspasar los procesos de la Segunda Ola a países todavía más pobres y económicamente más retrasados —junto con la contaminación y otras desventajas que los acompañan—, al tiempo que ellos tratan de hacer la transición hacia una producción más intensiva en conocimiento. Las diferentes velocidades de desarrollo económico han motivado estos diferentes agrupamientos de los países menos motivados.

Y por lo que se refiere a la rivalidad intercapitalista entre Europa, Japón y Estados Unidos, el fabuloso éxito de la política estadounidense de la posguerra, que promovió la reconstrucción de las economías europeas y japonesas, ayudó a ambas a restaurar sus destrozadas estructuras industriales. Esto permitió que muchas fábricas arrancaran de cero, dándoles la oportunidad de sustituir sus obsoletas máquinas, de antes de la guerra, por las más avanzadas tecnológicamente, mientras que Estados Unidos, cuyas fábricas no habían sido destrozadas por las bombas, necesitaba amortizar la base industrial existente.

Por una diversidad de razones, entre las que cabe citar una

cultura orientada hacia el futuro, el estímulo económico regional resultante de la guerra de Vietnam y, naturalmente, debido al arduo trabajo y creatividad de su generación de la posguerra, Japón dio el gran salto adelante. Con la vista fija en el siglo XXI y su cultura resaltando en todo momento la importancia de la enseñanza, la información empresarial y el conocimiento en general, Japón se abrazó, con una pasión casi erótica, al ordenador y a todos sus derivados en la electrónica y en la tecnología de la información.

El resultado económico, a medida que Japón pasaba del viejo al nuevo sistema de creación de riqueza, fue sorprendente —pero enfrentó al país con Estados Unidos en una inevitable competencia. Por su parte, una aterrada Europa, después de perder el tiempo durante muchos años, organizó su maniobra para la integración económica y política.

Volveremos sobre estos acontecimientos más adelante, pero por ahora, baste con reconocer que, en cada etapa, el nuevo sistema de creación de riqueza basado en el conocimiento ha contribuido, en gran medida, al gran cambio histórico de poder que está dando nueva forma al mundo actual, o ha sido una causa fundamental de él. Las implicaciones globales de este hecho, como veremos a continuación, resultan sorprendentes.

SUPUESTOS

Como el tema está tan cargado de controversia personal y política, es lógico esperar que cualquier libro que trate del poder exponga sus principales supuestos y, preferentemente, que explique el modelo subyacente de poder en que se basa. Tal manifestación nunca podrá ser completa, dado que es imposible definir -o incluso reconocer- todos los supuestos de uno. Sin embargo, incluso un esfuerzo que solamente alcance un éxito parcial puede ser útil, tanto para el autor como para el lector.

Consecuentemente, he aquí algunos de los supuestos de los que parte

EL CAMBIO DEL PODER

1. El poder es inherente en todos los sistemas sociales y en todas las relaciones humanas. No es una cosa sino un aspecto de todas y cada una de las relaciones entre las personas. De aquí que sea ineludible y neutral, y ni bueno ni malo intrínsecamente.
2. El «sistema del poder» incluye a todos -nadie se libra de él. Pero la pérdida de poder de una persona no siempre es una ganancia de poder para otra.
3. El sistema del poder de cualquier sociedad está subdividido en subsistemas de poder progresivamente menores, anidados uno dentro de otro. La realimentación enlaza estos subsistemas entre sí y con el sistema principal del que forman parte. Las personas están integradas en muchos subsistemas de poder, diferentes aunque conexos.
4. La misma persona puede ser rica en poder dentro de su hogar y pobre en poder en el trabajo, o viceversa.

5. Como las relaciones humanas están cambiando constantemente, las relaciones de poder también están en constante proceso.
6. Como las personas tienen necesidades y deseos, aquellos que pueden satisfacerlos tienen un poder potencial. El poder social se ejerce mediante la concesión o denegación de los artículos y experiencias deseados o necesarios.
7. Como las necesidades y deseos son extremadamente variados, las formas de satisfacerlos o denegarlos también son extremadamente variadas. Por lo tanto, hay muchas «herramientas» o «palancas» del poder diferentes. Sin embargo, la violencia, la riqueza y el conocimiento son primordiales entre ellas. La mayoría de los otros recursos del poder se derivan de éstos.
8. La violencia, que se utiliza principalmente para castigar, es la fuente de poder menos versátil. La riqueza, que puede utilizarse tanto para premiar como para castigar y que puede convertirse en muchos otros recursos, es una herramienta de poder mucho más flexible. No obstante, el conocimiento es la más versátil y básica, ya que puede ayudar a evitar los desafíos que podrían requerir el uso de la violencia o la riqueza y, además, puede utilizarse frecuentemente para persuadir a otros a que actúen de la forma que desea el persuasor, movidos por el propio interés que perciben los persuadidos. El conocimiento confiere el poder de la más alta calidad.
9. Las relaciones de clases, razas, géneros, profesiones, naciones y otras agrupaciones sociales se ven incesantemente alteradas por cambios en la población, la ecología, la tecnología, la cultura y otros factores. Estos cambios llevan al conflicto y se traducen en una redistribución de los recursos del poder.
10. El conflicto es un hecho social inevitable.
11. Las luchas por el poder no son necesariamente males.
12. Las fluctuaciones causadas por cambios de poder simultáneos en varios subsistemas pueden converger y producir cambios de poder radicales a nivel del sistema superior del que forman parte. Este principio es válido en todos los niveles. El conflicto intrapsíquico dentro de una persona puede desmembrar toda una familia; el conflicto de poder entre departamentos puede desmembrar una compañía; las luchas por el poder entre regiones pueden desmembrar una nación.
13. En un momento dado algunos de los muchos subsistemas del poder que comprende el sistema superior están en equilibrio relativo mientras que otros se encuentran en un estado muy distante del de equilibrio. El equilibrio no es necesariamente una virtud.
14. Cuando los sistemas del poder están lejos del equilibrio, pueden producirse cambios repentinos y aparentemente extraños. Esto se debe a que cuando un sistema o subsistema es altamente inestable, los efectos no lineales se multiplican. Grandes aportaciones de poder pueden producir pequeños resultados. Pequeños acontecimientos pueden desencadenar la caída de un régimen.

Una tostada quemada puede llevar a un divorcio.

15. La casualidad importa. Cuando más inestable sea el sistema, tanto más importará la casualidad.
16. La igualdad de poder es un estado improbable. Incluso si llegara a lograrse, la casualidad produciría inmediatamente nuevas desigualdades. Lo mismo sucederá con los intentos de rectificar las antiguas desigualdades.
17. Las desigualdades en un nivel pueden equilibrarse en otro nivel. Por esta razón es posible que exista un equilibrio de poder entre dos o más entidades, aun cuando existan desigualdades entre sus varios subsistemas.
18. Es virtualmente imposible que todos los sistemas y subsistemas sociales estén simultáneamente en equilibrio perfecto y que el poder se comparta por igual entre todos los grupos. Se puede necesitar una acción radical para derrocar a un régimen opresor, pero un cierto grado de desigualdad es función del cambio en sí.
19. La perfecta igualdad implica la ausencia total de cambio y no sólo es imposible, sino que además es indeseable. En un mundo que está viendo morir de hambre a millones de sus pobladores, la idea de detener el cambio no sólo es vana, sino inmoral. La existencia de un cierto grado de desigualdad no es, por lo tanto, inherentemente inmoral; lo que es inmoral es un sistema que eterniza la mala distribución de aquellos recursos que confieren poder. Es doblemente inmoral cuando la mala distribución se basa en la raza, el sexo y otros rasgos innatos.
20. El conocimiento está peor distribuido todavía que las armas y la riqueza. De aquí que una redistribución del conocimiento (y especialmente del conocimiento sobre el conocimiento) sea todavía más importante que una redistribución de los otros recursos importantes del poder y pueda llevar a ella.
21. La concentración excesiva de recursos de poder es peligrosa. (Ejemplos: Stalin, Hitler, etc. Otros ejemplos son demasiado numerosos para pormenorizarlos.)
22. La escasa concentración de recursos de poder es igualmente peligrosa. La inexistencia de un gobierno fuerte en Líbano ha hecho de esta pobre nación un sinónimo de violencia anárquica. Numerosos grupos van en pos del poder sin guiarse por unos conceptos convenidos de ley o justicia y sin restricciones que se puedan hacer cumplir, constitucionales o de otro tipo.
23. Si tanto la concentración excesiva de poder como la concentración escasa de él dan como resultado el horror social, ¿qué cantidad de poder concentrado resulta ya excesiva? ¿Hay una base moral para juzgarlo? La base moral para juzgar si el poder está concentrado de manera excesiva o escasa está directamente relacionada con la diferencia entre «orden socialmente necesario» y «orden excesivo».
24. El poder que se confiera a un régimen debe ser el estrictamente suficiente para que ofrezca un grado adecuado de seguridad

contra las amenazas externas reales (no imaginadas), más un mínimo de orden y civilidad internos. Este grado de orden es socialmente necesario y, por ello, moralmente justificable.

El orden impuesto por encima de lo estrictamente necesario para el funcionamiento de la sociedad civil, el orden impuesto simplemente para perpetuar un régimen, es inmoral.

- 25. Hay base moral para oponerse, o incluso derrocar, al Estado que impone un «orden excesivo».

ALVIN TOFFLER

La relación entre el poder y la tecnología es una de las más importantes en la historia humana. El poder es el resultado de la capacidad de controlar los recursos y la tecnología es el medio para hacerlo. En la historia, el poder ha sido ejercido por individuos, grupos y naciones, y siempre ha estado ligado a la tecnología de la época. Desde la invención de la pólvora hasta la era nuclear, la tecnología ha ampliado el alcance y el poder del poder. En el futuro, la tecnología seguirá cambiando el poder y el poder seguirá cambiando la tecnología. Este es un ciclo que se repite una y otra vez a lo largo de la historia humana.

El poder es el resultado de la capacidad de controlar los recursos y la tecnología es el medio para hacerlo. En la historia, el poder ha sido ejercido por individuos, grupos y naciones, y siempre ha estado ligado a la tecnología de la época. Desde la invención de la pólvora hasta la era nuclear, la tecnología ha ampliado el alcance y el poder del poder. En el futuro, la tecnología seguirá cambiando el poder y el poder seguirá cambiando la tecnología. Este es un ciclo que se repite una y otra vez a lo largo de la historia humana.

El poder es el resultado de la capacidad de controlar los recursos y la tecnología es el medio para hacerlo. En la historia, el poder ha sido ejercido por individuos, grupos y naciones, y siempre ha estado ligado a la tecnología de la época. Desde la invención de la pólvora hasta la era nuclear, la tecnología ha ampliado el alcance y el poder del poder. En el futuro, la tecnología seguirá cambiando el poder y el poder seguirá cambiando la tecnología. Este es un ciclo que se repite una y otra vez a lo largo de la historia humana.

Jean-François Revel

El conocimiento inútil

Premio Chateaubriand 1988

Planeta

1. La resistencia a la información

La primera de todas las fuerzas que dirigen el mundo es la mentira. La civilización del siglo XX se ha basado, más que ninguna otra antes de ella, en la información, la enseñanza, la ciencia, la cultura; en una palabra, en el conocimiento, así como en el sistema de gobierno que, por vocación, da acceso a todos: la democracia. Sin duda, igual que la democracia, la libertad de información está en la práctica repartida de manera muy desigual en el planeta. Y hay pocos países en los que una y otra hayan atravesado el siglo sin interrupción, e incluso sin supresión durante varias generaciones. Pero, aunque incompleto y sincopado, el papel desempeñado por la información en los hombres que deciden los asuntos del mundo contemporáneo, y en las reacciones de los demás ante esos asuntos, es incontestablemente más importante, más constante y más general que en épocas anteriores. Los que actúan tienen mejores medios para saber sobre qué datos apoyar su acción, y los que experimentan esa acción están mucho mejor informados sobre lo que hacen los que actúan.

Es, pues, interesante investigar si esta preponderancia del conocimiento, su precisión y su riqueza, su difusión cada vez más amplia y más rápida, han aportado, como sería natural esperar, una gestión de la humanidad por sí misma más juiciosa que antaño. La cuestión importa aún más puesto que el perfeccionamiento acelerado de las técnicas de transmisión, y el aumento continuo del número de individuos que de ella se aprovecharán, harán aún más del siglo XXI la época en que la información constituirá el elemento central de la civilización.

En nuestro siglo se encuentran a la vez más conocimientos y más hombres que conocen esos conocimientos. En otras palabras, el conocimiento ha progresado, y aparentemente ha sido seguido en su progreso por la información, que es su diseminación entre el público. En primer lugar la enseñanza tiende a prolongarse cada vez más tiempo y a repetirse cada vez más a menudo en el curso de la vida; luego, las herramientas de comunicación de masas se multiplican y nos cubren de mensajes en un grado inconcebible antes de nosotros. Se trate de vulgarizar la noticia de un descubrimiento científico y de sus perspectivas técnicas, de anunciar un acontecimiento político o de publicar las cifras que permitan apreciar una situación económica, la máquina universal de informar se hace más y más igualitaria

y generosa, de modo que anula la vieja discriminación entre la élite en el poder que sabía muy poco y el común de los gobernados que no sabía nada. Hoy, los dos saben o pueden saber mucho. La superioridad de nuestro siglo sobre los precedentes parece, pues, fundarse en que los dirigentes o responsables en todos los terrenos disponen de conocimientos más surtidos y más exactos para preparar sus decisiones, mientras que el público, por su parte, recibe con abundancia las informaciones que le sitúan en posición de juzgar lo acertado de esas decisiones. Una tan fastuosa convergencia de factores favorables ha debido, en buena lógica, engendrar ciertamente una sabiduría y un discernimiento sin parangón en el pasado y, por consiguiente, una mejora prodigiosa de la condición humana. ¿Es así?

Sería frívolo afirmarlo. Nuestro siglo es uno de los más sangrientos de la historia; se singulariza por la extensión de sus opresiones, de sus persecuciones, de sus exterminios. Es el siglo XX el que ha inventado, o cuando menos sistematizado, el genocidio, el campo de concentración, el aniquilamiento de pueblos enteros mediante la carestía organizada; el que ha concebido en teoría y realizado en la práctica los regímenes de avasallamiento más perfeccionados que hayan abrumado jamás a tan gran cantidad de seres humanos. Esta proeza parece desmentir la opinión según la cual nuestro tiempo habría sido el del triunfo de la democracia. Y, no obstante, lo ha sido, a pesar de todo, por una doble razón. Termina, pese a tantos esfuerzos desplegados, con un mayor número de democracias, las cuales están en mejor estado de funcionamiento que en ningún otro momento de la historia. Además, incluso escarnecida, la democracia se ha impuesto a todos como valor teórico de referencia. Las únicas divergencias a su respecto se refieren a la manera de aplicarla, a la «falsa» y a la «verdadera» puesta en marcha del principio democrático. Incluso si se denuncia la mentira de las tiranías que pretenden obrar en nombre de una pretendida democracia «auténtica», o en la espera de una democracia perfecta pero eternamente futura, debe reconocerse que la especie de los regímenes dictatoriales fundados en un rechazo declarado, explícito, doctrinal del principio mismo de la democracia desapareció con el hundimiento del nazismo y del fascismo en 1945, y luego del franquismo en 1975. Las supervivencias son marginales. Por lo menos, como hemos visto, las tiranías más recientes se encuentran reducidas a justificarse en nombre de la misma moral que violan, reducidas a las acrobacias verbales que, a fuerza de monotonía en lo inverosímil, engañan cada día a menos gente. A fin de cuentas, el empleo de ese doble lenguaje no soslaya el problema de la eficacia de la información. Los dirigentes totalitarios disponen de la información a título profesional lo mismo que los dirigentes democráticos, incluso si se obstinan en negársela a sus súbditos, sin, por otra parte, conseguirlo por completo. Los fracasos económicos de los países comunistas, por ejemplo, no proceden de que sus jefes ignoren las causas. Por lo general, las conocen bastante bien y lo dejan entrever de vez en cuando. Pero no quieren o no pueden supri-

mirlas, por lo menos totalmente, y se limitan, lo más a menudo, a combatir los síntomas por miedo a poner en peligro un orden político y social más precioso a sus ojos que el éxito económico. Por lo menos en ese caso se comprende el motivo de la ineficacia de la información. Puede que, a consecuencia de un cálculo por completo racional, se abstengan de utilizar lo que se conoce. Pues existen frecuentes circunstancias, tanto en la vida de las sociedades como en la de los individuos, en las que se debe evitar tener en cuenta una verdad que se conoce muy bien, porque redundaría contra el propio interés si se sacaran las consecuencias de la misma.

No obstante, la impotencia de la información para iluminar la acción, o, incluso, simplemente la convicción, sería una desgracia banal si no fuera consecuencia más que de la censura; de la hipocresía y de la mentira. Aún continuaría siendo comprensible si se añadieran a estas causas los mecanismos medianamente sinceros de la mala fe, tan bien descritos desde hace tiempo por tantos moralistas, novelistas, dramaturgos y psicólogos. Sin embargo, podemos sorprendernos al comprobar la desacostumbrada amplitud alcanzada por esos mecanismos. Disponen de una verdadera industria de la comunicación. Con una severidad globalmente sumaria, pero corriente para con los profesionales de la comunicación, así como con los dirigentes políticos, el público tiende a considerar la mala fe casi como una segunda naturaleza en la mayoría de los individuos cuya misión es informar, dirigir, pensar, hablar. ¿Podría ser que la misma abundancia de conocimientos asequibles y de informaciones disponibles excitara el deseo de esconderlos más bien que de utilizarlos? ¿Podría ser que el acceso a la verdad desencadenara más resentimiento que satisfacción, la sensación de un peligro más que la de un poder? ¿Cómo explicar la escasez de información exacta en las sociedades libres, en las que han desaparecido en gran parte los obstáculos materiales para su difusión, de manera que los hombres pueden conocerla fácilmente si sienten curiosidad por ella o simplemente si no la rechazan? Sí, es por este interrogante como se llega a las orillas del gran misterio. Las sociedades abiertas, para utilizar el adjetivo de Henri Bergson y de Karl Popper, son a la vez la causa y el efecto de la libertad de informar y de informarse. Sin embargo, los que recogen la información parecen tener como preocupación dominante el falsificarla, y los que la reciben la de eludirla. Se invoca sin cesar en esas sociedades un deber de informar y un derecho a la información. Pero los profesionales se muestran tan solícitos en traicionar ese deber como sus clientes tan desinteresados en gozar de ese derecho. En la adulación mutua de los interlocutores de la comedia de la información, productores y consumidores fingen respetarse cuando no hacen más que temerse despreciándose. Sólo en las sociedades abiertas se puede observar y medir el auténtico celo de los hombres en decir la verdad y acogerla, puesto que su reinado no está obstaculizado por nadie más que por ellos mismos. Además, y esto no es lo menos intrigante, ¿cómo pueden actuar hasta tal punto contra su propio interés? Pues

la democracia no puede vivir sin una cierta dosis de verdad. No puede sobrevivir si esa verdad queda por debajo de un nivel mínimo. Este régimen, basado en la libre determinación de las grandes opciones por la mayoría, se condena a sí mismo a muerte si los ciudadanos que efectúan tales opciones se pronuncian casi todos en la ignorancia de las realidades, la obcecación de una pasión o la ilusión de una impresión pasajera. La información en la democracia es tan libre, tan sagrada, por haberse hecho cargo de la función de contrarrestar todo lo que oscurece el juicio de los ciudadanos, últimos decisores y jueces del interés general. Pero ¿qué sucede si es la misma información la que se las ingenia para oscurecer el juicio de los jueces? Ahora bien, ¿acaso no se ve muy a menudo que los medios de comunicación que cultivan la exactitud, la competencia y la honradez constituyen la porción más restringida de la profesión, y su audiencia, el más reducido sector del público? ¿No se observa que los periódicos, emisiones, revistas o debates televisivos, las campañas de prensa que agitan las profundidades y originan los más poderosos oleajes, se caracterizan, salvo excepciones, por un contenido informativo cuya pobreza corre parejas con su falsedad? Incluso lo que se llama periodismo de investigación, presentado como ejemplo típico de valentía y de intransigencia, obedece en buena medida a móviles no siempre dictados por el culto desinteresado a la información, aunque ésta fuera auténtica. Frecuentemente se pone de relieve un dossier porque es susceptible, por ejemplo, de destruir a un hombre de Estado, y no por su importancia intrínseca; se deja de lado o se minimiza tal otro dossier, infinitamente más interesante para el interés general, pero desprovisto de utilidad personal o sectaria a corto plazo. Desde fuera, el lector distingue apenas, o en absoluto, la operación noble de la operación mezquina. Pero dígame lo que se quiera del periodismo (y más adelante diré mucho más), debemos guardarnos de incriminar a los periodistas. Si un número demasiado reducido de ellos, en efecto, sirve realmente al ideal teórico de su profesión es porque —repito— el público apenas los incita a ello; y es, pues, en el público, en cada uno de nosotros, donde hay que buscar la causa de la supremacía de los periodistas poco competentes o poco escrupulosos. La oferta se explica por la demanda. Pero la demanda, en materia de información y de análisis, emana de nuestras convicciones. ¿Y cómo se forman éstas? Tomamos nuestras decisiones más importantes en medio de tales abismos de aproximación, de prevención y de pasión que luego, en un hecho nuevo, husmeamos y sopesamos menos su exactitud que su capacidad para acomodarse o no a un sistema de interpretación, a un sentimiento de comodidad moral o a una red de alianzas. Según las leyes que gobiernan a la mezcla de palabras, de apegos, de odios y de temores que llamamos opinión, un hecho no es real ni irreal: es deseable o indeseable. Es un cómplice o un conspirador, un aliado o un adversario, no un objeto digno de conocer. Esta prelación de la utilización posible sobre el saber demostrable, a veces la erigimos incluso en doctrina; la justificamos en su principio.

Que nuestras opiniones, aunque sean desinteresadas, proceden de influencias diversas, entre las cuales el conocimiento del sujeto figura demasiado a menudo en último lugar, detrás de las creencias, el ambiente cultural, el azar, las apariencias, las pasiones, los prejuicios, el deseo de ver cómo la realidad se amolda a nuestros prejuicios y la pereza de espíritu, no es nada nuevo, desde el tiempo en que Platón nos enseñó la diferencia entre la opinión y la ciencia. Tanto menos nuevo cuanto que el desarrollo de la ciencia desde Platón no cesa de acentuar la distinción entre lo verificable y lo inverificable, entre el pensamiento que se demuestra y el que no se demuestra. Pero comprobar que hoy vivimos en un mundo más modelado que antaño por las aplicaciones de la ciencia no equivale a afirmar que más seres humanos piensen de manera científica. La inmensa mayoría de nosotros utiliza las herramientas creadas por la ciencia, se cuida gracias a la ciencia, hace o no hace niños gracias a la ciencia, sin tomar parte, intelectualmente hablando, en el orden de las disciplinas de pensamiento que engendran los descubrimientos que disfrutamos. Por otra parte, incluso la ínfima minoría que practica estas disciplinas y accede a este orden adquiere sus convicciones no científicas de manera irracional. Sucede que el trabajo científico, por su naturaleza particular, conlleva e impone de manera predominante criterios impositivos de eludir de modo duradero. De la misma manera que un corredor pedestre, por muy demente o estúpido que sea fuera del estadio, acepta en el momento de entrar en él la ley racional del cronómetro. De nada le serviría multiplicar, como el político o el artista, los anuncios y los carteles publicitarios, o convocar reuniones públicas para proclamar que él es campeón del mundo, que corre los cien metros en ocho segundos, cuando todos saben y pueden comprobar que nunca se los cronometran en menos de once. Obligado, por la misma ley de la pista, a la racionalidad, es muy capaz en el metro de emplear la escalera mecánica en sentido inverso. Un gran sabio puede forjarse sus opiniones políticas y morales de manera tan arbitraria y bajo el imperio de consideraciones tan insensatas como los hombres carentes de toda experiencia sobre el razonamiento científico. No existe dentro de su persona una ósmosis entre la actividad en que su disciplina le obliga a no afirmar nada sin pruebas y sus opiniones sobre las cosas de la vida y los asuntos corrientes, en que obedece a las mismas incitaciones que cualquier otro hombre. Puede, igual que éste, de manera idénticamente imprevisible, inclinarse por el buen sentido o por la extravagancia, y eludir la evidencia cuando ésta contradice sus creencias, sus preferencias o sus simpatías. Por consiguiente, vivir en una época modelada por la ciencia no nos hace a ninguno de nosotros más aptos para comportarnos de manera científica fuera de los ámbitos y de las condiciones donde reina inequívocamente la obligación de los procedimientos científicos. El hombre, hoy, cuando tiene opción no es ni más ni menos racional ni honesto que en las épocas definidas como precientíficas. Incluso se puede afirmar, para volver a la paradoja ya evocada, que la incoherencia y

la falta de honradez intelectual son tanto más alarmantes y graves en nuestros días precisamente porque tenemos ante nuestros ojos, en la ciencia, el modelo de lo que es un pensamiento riguroso. Pero el investigador científico no es, por naturaleza, más honrado que el hombre ignorante. Es alguien que se ha encerrado voluntariamente en unas reglas tales que le condenan, por así decirlo, a la honradez. Por temperamento un ignorante puede ser más honrado que un sabio. En las disciplinas que, por su mismo objeto, no presuponen una sujeción demostrativa total, que se imponga desde el exterior a la subjetividad del investigador, por ejemplo, las ciencias sociales y la historia, se ve fácilmente reinar la ligereza, la mala fe, la trituración ideológica de los hechos, las rivalidades de clan, que ocasionalmente se anteponen al puro amor de la verdad, que se pretende reverenciar.

Conviene recordar estas nociones elementales porque no se comprenderán nada las angustias de nuestra época, que se supone científica, si no se ve que por «comportamiento científico» no hay que entender exclusivamente el conjunto de diligencias propias de la investigación científica en un sentido estricto. Comportarse científicamente, en otras palabras, unir racionalidad y honradez, es no pronunciarse sobre una cuestión más que después de haber tomado en consideración todas las informaciones de que se puede disponer, sin eliminar deliberadamente ninguna, sin deformar ni expurgar ninguna, y después de haber sacado lo mejor que se sepa y de buena fe las conclusiones que parezcan autorizar. Nueve de cada diez veces la información no será suficientemente completa y su interpretación lo bastante indudable para conducir a una certeza. Pero si el juicio final tiene, pues, en raras ocasiones un carácter plenamente científico, en cambio la actitud que a él nos lleva puede tener siempre ese carácter. La distinción platónica entre la opinión y la ciencia o, para traducirlo mejor (en mi opinión), entre el juicio conjetural (*doxa*) y el conocimiento cierto (*episteme*), proviene de la materia sobre la que se opina y no de la actitud del que opina. Se trate de simple opinión o de conocimiento cierto, en ambos casos Platón supone la lógica y la buena fe. La diferencia resulta de que el conocimiento cierto se refiere a objetos que se prestan a una demostración irrefutable, mientras que la opinión se mueve en esferas donde no podemos reunir más que un conjunto de probabilidades. Y, sin embargo, aún queda que la opinión, aunque simplemente plausible y desprovista de certeza absoluta, puede ser alcanzada o no de manera tan rigurosa como fuera posible, basándose en un honrado examen de todos los datos a que se tuviera acceso. La conjetura no es lo arbitrario. No requiere ni menos probidad, ni menos exactitud, ni menos erudición que la ciencia. Por el contrario, requiere tal vez más, en la medida en que la virtud de la prudencia constituye su principal parapeto. Pues el interés por la verdad, o por su aproximación menos imperfecta, la voluntad de utilizar de buena fe las informaciones a nuestro alcance, derivan de inclinaciones personales totalmente independientes del estado de la ciencia en el momento en que se vive. Según toda probabilidad, el

porcentaje de seres humanos provistos de esas inclinaciones no debía, en las épocas precientíficas, ser inferior al de hoy. O más bien quisiéramos saber si la existencia ante nuestros ojos de un modelo de conocimiento cierto determina entre nosotros la aparición de un mayor porcentaje de personas inclinadas a pensar de modo racional. Sin arriesgarnos a emitir hipótesis sobre ello, de momento sólo recordemos que de todos modos la mayor parte, con mucho, de las cuestiones sobre las cuales la humanidad contemporánea forma sus convicciones y toma sus decisiones corresponde al sector conjeturable y no al sector científico del pensamiento. Pero no por ello dejemos de gozar de una superioridad considerable sobre los hombres que vivieron antes que nosotros, pues en ese mismo sector conjeturable podemos explotar una riqueza de informaciones que les era desconocida. Incluso prescindiendo de la ventaja que constituye la ciencia, nuestras posibilidades son, por consiguiente, mayores que nunca, también en las otras esferas, de encontrar bastante a menudo lo que Platón llamaba la «opinión verdadera», es decir, la conjetura que, sin basarse en una demostración obligatoria, resulta ser exacta. Pero ¿aprovechamos estas posibilidades tanto como podríamos? De la respuesta a esta pregunta depende la supervivencia de nuestra civilización.

Hermanos humanos que viviréis
después de nosotros

«Envío», nos recuerda Littré, se llama, en la antigua balada, «a algunos versos puestos a continuación de una obra poética, como un homenaje a la persona a la que se dirige». Como una lección también, como una moraleja. Tomando de François Villon el estribillo de la más desgarradora de sus baladas, expreso el deseo de que nuestros descendientes aprendan y lleguen un día a usar de su inteligencia para lo que fue realmente hecha y para lo que puede, tal vez, ser capaz. No hay otra conclusión.

Pero debo responder a la pregunta que planteé al principio de este libro: ¿la suerte que tenemos de disponer de un número de conocimientos y de informaciones incomparablemente mayor que hace sólo tres siglos, dos años, seis meses, nos conduce a tomar mejores decisiones? De momento, la respuesta es: no.

La cuestión, insisto, no estriba en saber si nuestros conocimientos han progresado o no. Está claro que no cesan de hacerlo. La cláusula dirimente es la de la inserción de estos conocimientos en la acción. Se deduce del examen, por superficial que sea, que aquí he podido hacer de la escasa amplitud de esta inserción, que ocurre solamente cuando no se opone a ello algún prejuicio estéril. En el caso contrario, el error, en la impotencia en general se prefiere a la eficacia en el conocimiento. Ciertamente, nadie ve ningún inconveniente en el perfeccionamiento de la tecnología de los cirujanos dentistas o de los ingenieros de la construcción, aunque (he dado varios ejemplos de ello) la ciencia o la verdad trivial no salen siempre victoriosas de sus conflictos con los prejuicios. Entendámonos, a veces terminan, en la práctica, por imponerse porque, a fin de cuentas, hay que sobrevivir. Pero no participan más que parcialmente en la elaboración de la visión del mundo que moldea la opinión del público y pesa sobre el curso de las cosas. Además, existe un factor decisivo, en la influencia que el conocimiento puede ejercer sobre la vida: es el tiempo. Comprender demasiado tarde es como no comprender o, en todo caso, no a tiempo para actuar útilmente. El tópico interesado que difunden los hombres de Estado, según el cual el arte de gobernar consistiría en saber esperar o, según el refrán español a menudo repetido por un presidente de la República Francesa, en «dar tiempo al tiempo», no es más que el maquillaje de la irresolución. Si es para dejar que las situaciones evolucionen ellas solas, ¿para qué sirve tener dirigentes?

El éxito del que toma la decisión depende, por lo menos, tanto del momento en que decide como de lo que decide. Demasiado tardía, la decisión ya no es tal, simplemente registra el hecho consumado. A menudo, gobernar, dirigir, emprender no son más que eso. La vida es un cementerio de lucideces retrospectivas.

¿Llegaremos, pues, a avanzar ese paso de gigante en la historia de la humanidad, esa nueva revolución neolítica: la armonización de nuestros conocimientos y de nuestros comportamientos? Si he dado una respuesta momentáneamente reservada a esa pregunta, me apresuro a añadir que hay indicios que permiten afirmar que, en ciertos casos, hemos avanzado ese paso y sabemos cómo proceder para modificarnos. Por ejemplo, la manera como ha sido tratada la crisis económica mundial iniciada en 1973 muestra que los gobiernos de los países más desarrollados habían asimilado en parte las lecciones de los errores cometidos en ocasión de la crisis abierta en 1929. No han hecho como sus predecesores; no han cerrado las fronteras, subido las tarifas aduaneras, ni jugado desmesuradamente con las monedas, errores que, todos ellos, en los años treinta transformaron en cataclismo una simple avería. He aquí, pues, un ejemplo en que la experiencia adquirida ha sido incorporada a la acción. Observemos, no obstante, que numerosos dirigentes, durante la crisis, se esforzaron en recurrir al keynesismo, cuya ciencia económica había, sin embargo, demostrado en los años sesenta su inadecuación a las situaciones nuevas, y en propagar la hostilidad al mercado, considerado como nefasto para los débiles y los pobres, cuando se reveló como el único capaz de salvarlos de la profunda miseria. Pensemos que al final de su segundo mandato, durante el año 1988, Reagan era considerado por todos los «espíritus sabios» del planeta como un perfecto imbécil, así como un cruel enemigo de los pobres, cuando luchaba, finalmente en vano, para impedir que el Congreso adoptara un proyecto de ley proteccionista, siniestro resabio de los años treinta. Los «liberales» del partido demócrata y los sindicatos, deseosos de elevar las tarifas aduaneras, receta segura para reactivar a la vez el paro y el atraso tecnológico en su país y la asfixia económica en el Tercer Mundo, gozaban, en cambio, de una reputación de generosos filántropos, ¡solidarios de los débiles y de los pobres! En todo caso, lo esencial es que entre 1974 y 1984, año en que el mundo industrial, salvo Francia, sale de la crisis, los actores, en conjunto, hayan visto y actuado más bien con tino, incluso si los declamadores pensaron y hablaron fuera de tono.

Así, pues, la conversión del hombre a la acción verdadera no se ha cumplido, pero es posible. No se realiza masivamente, pero puede realizarse. En el caso contrario, nuestra civilización no podrá evitar retroceder hacia fases de gestión para las cuales el conocimiento no es necesario y en las que seremos, sin duda, menos eficaces, pero tal vez más felices, si es cierto que la felicidad del hombre depende me-

nos de lo que es que de lo que se figura ser. Pero será necesario, y muy pronto, avanzar o retroceder, porque no podremos resistir mucho tiempo la tensión patógena que nos inflige nuestra cultura híbrida, en la que cada uno de nuestros estados de conciencia se divide entre lo que sabemos y, al mismo tiempo, negamos ser cierto, y en la que la humanidad está condenada, para citar a Cioran, a oscilar «entre el oportunismo y la desesperación», y, añadiría yo, entre el cinismo de cortos alcances y la contrición impotente.

El rechazo al saber y el fracaso

Por Augusto Pérez Lindo*

CONTRA EL CON

Diversos investigadores (Denison, Schultz, Machlup) han demostrado que en los países desarrollados los aportes de la educación, la ciencia y la tecnología determinaron una parte importante de su crecimiento. En la economía clásica la tierra, el capital y el trabajo eran los factores decisivos. Ahora comienza a hablarse del "factor C" para destacar la importancia creciente de las innovaciones debidas a la aplicación de nuevos conocimientos.

En el caso argentino nos encontramos con una situación inversa: el rechazo al conocimiento parecería explicar el fracaso económico y social del país. Analizando la historia nacional y diferentes fenómenos sociales de la Argentina encontramos una constante que podemos denominar "el rechazo históricamente adquirido al conocimiento". Lo que viene a ser una especie de "factor RC".

Un antropólogo cultural atento podría discernir la presencia de esa constante en la herencia colonial o en las creaciones folklóricas como el tango. El escepticismo y el pesimismo de algunos tangos trasunta de manera patética la irracionalidad que gobierna la vida social: "Descreído, indiferente, insensible a todo negro; para mí, la vida es juego, de perder o de ganar", dice uno de ellos. Y remata "Cambalache", de Santos Discépolo: "Todo es igual, nada es mejor; lo mismo un burro, que un gran profesor".

Un famoso dicho popular refuerza esas creencias: "El que sabe, sabe; y el que no, es jefe". Seguramente, esto tiene mucho que ver con el estilo clientelista y mafioso que ha predominado en la función pública y en la dirigencia política. También puede aludir a las reiteradas intervenciones de las Fuerzas Armadas que colocaron en el gobierno, en la dirección de la cultura o la educación a los militares. Los "servicios de inteligencias"

se dedicaron, como se sabe, a combatir la inteligencia.

Pero sería un error creer que el "factor RC" ha operado solamente a través de los militares o de los grupos autoritarios. Más bien se trata de una constante que se manifiesta en los partidos políticos, en la cultura popular, en el Estado, en los sindicatos, en las empresas. El rechazo al conocimiento forma parte de nuestro modelo cultural de desarrollo. Trasciende, por lo tanto, todas las ideologías.

¿POR QUE SOMOS TAN POBRES?

Lo que sorprende a todos los expertos en problemas de desarrollo es la paradoja argentina a lo largo del siglo XX: un país dotado con ventajas naturales, con poca población, con alto nivel cultural, que se hunde en la decadencia. Lo expresó alguna vez el famoso economista Paul Samuelson. Atendiendo a lo mismo, Raúl Prebisch dijo alguna vez que la Argentina parecía haber adoptado el "subdesarrollo voluntario".

¿Por qué fracasamos? Una aproximación a la respuesta se puede encontrar, leyendo los densos informes producidos por la OCDE y el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) cuando analizaron las relaciones entre la educación, la formación de recursos humanos y las demandas económicas y sociales en la Argentina.

Algunas conclusiones que surgen de esos estudios son muy significativas:

- la Argentina tenía hacia mediados de los años 60 una gran capacidad para producir recursos humanos calificados a través de un sistema educativo muy extendido y diversificado (la escolarización universitaria por habitante era una de las cinco primeras del mundo);
- por otro lado, la incapacidad para aprovechar los científicos, profesionales y técnicos en todos los sectores de la economía, de la sociedad y del Estado también parecía muy grande;
- el bajo empleo de profesionales, científicos y técnicos en todas las actividades se reflejaba claramente en la baja productividad de todos los sectores cuando se comparaba la Argentina con otros 12 países;
- el país no sólo no estaba creciendo a causa de esta situación sino que, además, se estaba provocando el subempleo y la emigración de profesionales.

La hipótesis central de aquellos trabajos era el "déficit" de recursos humanos para el desarrollo (una tesis muy difundida entre los "desarrollistas"). Pero ya era evidente que el problema era diametralmente distinto: el "excedente" de científicos y profesionales en un país que no tenía políticas para articular su potencial científico y educativo con las estrategias de desarrollo.

Al evaluar aquellos estudios nosotros pen-

samos que debíamos privilegiar la investigación científica y reforzar algunas áreas de conocimiento. Estábamos adoptando una perspectiva "cientificista". Otros asumen la conclusión de que hacía falta una "modernización" del Estado. Es lo que ocurrió a dictadura de Onganía y el gobierno de Alfonsín. El peronismo y una gran parte de la izquierda adoptaron la tesis de que había que superar la dependencia respecto de los países centrales. Esto es algo que también incorporamos a nuestros análisis.

Estudiando el comportamiento de nuestro sistema universitario durante más de dos décadas se puede encontrar una explicación más realista: el modo de articulación, o desarticulación, entre los factores intelectuales y los factores económicos del desarrollo. Parece haber en la Argentina un "déficit" de productores de conocimiento.

Esta teoría de la articulación, o de la desarticulación, coincide en parte con el "triángulo de Sabato". Jorge Sabato, como se sabe, postulaba la necesidad de articular al Gobierno, los agentes científicos y las empresas para producir efectos significativos en el desarrollo. Todo esto se fundaba en observaciones de la experiencia internacional. También surgen de constataciones como éstas: en la Argentina menos del 5 por ciento de los proyectos de investigación, entre 1970 y 1985, estaban ligados a la producción, las universidades tienen muy raras vinculaciones con las empresas y su influencia sobre el mejoramiento del Estado era marginal.

Francisco Varela EPISTEMOLOGIA AGGIORNADA

CONOCER, Francisco J. Varela. Gedisa, Barcelona, 1990.

Por Marcos Mayer

El conocimiento, ese intento a través del cual el hombre ha creído o podido abarcar el mundo por medio del lenguaje y las categorías del pensamiento, es una preocupación que puede hallarse ya en los albores de la filosofía, cuando los atenienses se pasaban por su placida ciudad entonando reflexiones en voz alta. El punto de partida que elige el biólogo chileno Francisco Varela, exiliado, titular de la cátedra de epistemología y ciencias cognitivas en la Escuela Politécnica de París, es bastante más reciente y su objeto es "el híbrido de diversas disciplinas" que incluye a las neurociencias, la epistemología, la psicología cognitiva y la lingüística, que se combinan con el nombre colegiado de ciencias y tecnologías cognitivas (CTC).

Las CTC, cuyo inicio puede situarse alrededor de 1940, inauguran una mirada del hombre sobre su misma forma de conocer, además de las posibilidades de aplicación tecnológica de ese aprendizaje.

Los años fundacionales (1943-1956) hacen coincidir los aportes epistemológicos del suizo Jean Piaget, del australiano Konrad Lorenz y del estadounidense Warren McCulloch y la creación de una palabra de promisorio destino: cibernética. De lo que se trataba, entonces, era de crear una ciencia de la mente partiendo de dos premisas básicas: primero, que la lógica es la ciencia adecuada para comprender el cerebro y la actividad mental y, segundo, que el cerebro es un dispositivo que encarna principios lógicos en sus elementos constitutivos o neuronas. A partir de estas ideas se llega al invento del ordenador digital por John von Neumann, cuyos principios siguen funcionando en gran parte de los

modelos actuales de computadoras.

La segunda fase de las CTC se inicia a partir de 1956 con los aportes de Herbert Simon, Marvin Minsky y Noam Chomsky, quien va a comenzar sus investigaciones con una pregunta que revoluciona el pensamiento sobre el lenguaje: ¿De qué manera se desarrolla la capacidad de adquisición del lenguaje que permite al ser humano un uso creativo del idioma, generando frases que nunca antes había conocido? Esta pregunta cuestiona la concepción del cerebro como aparato reglado por la lógica e introduce, en un primer acercamiento, la idea de computación, o sea la comprensión de la actividad de la mente como un procesamiento de información y como la manipulación de símbolos (es decir elementos que están en el lugar de los elementos de la realidad) basados en reglas. Este sistema *cognitivista* está en la base de la llamada inteligencia artificial y es el núcleo del ordenador japonés de quinta generación, cuya prueba efectiva, para el año 1992, será disponer la manera de poner un cohete en la luna.

Los años 70, junto a la explosión y la furia, conllevan un replanteo del funcionamiento de la máquina cerebral, a la luz de nuevos descubrimientos neurofisiológicos que tienden a pensar un principio de autoorganización de la mente. Estas reformulaciones hicieron necesario, como sostiene Varela: "Invertir los papeles del experto y del niño en la escala de desempeños" pues "la inteligencia más profunda y fundamental es la del bebé que puede adquirir el lenguaje a partir de manifestaciones diarias y dispersas". Se trata de formular una idea de la inteligencia artificial que la coloque más cerca de la base biológica a partir de dos modelos básicos de aprendizaje: por correlación, con una serie de ejemplos que conducen a una futura reacción, y por imitación, un modelo que funciona a la manera de un instruc-

tor activo. Los avances en este terreno son aún incipientes, el instructor NetTalk consistió expresarse en un inglés si bien defectuoso, comprensible.

En la base de estas nuevas postulaciones entra en juego una idea del cerebro que postula que se trata de un sistema de cooperación en el cual participan todos sus componentes, según grafica Varela: "La conducta de todo el sistema se parece más a una animada charla en una fiesta que a una cadena de mandos". Si en las primeras etapas se trabajaba con la noción de símbolo, ahora se introduce un cambio de perspectiva, donde el nivel simbólico es sólo aproximado y pasa a depender de las propiedades y peculiaridades de la red subyacente y, por lo tanto, ligada a su historia.

Como el final del recorrido, en un libro que sorprende por su claridad, la persistencia de un nivel de complejidad y la inteligencia para elegir y disponer la información sin condescender a la simplificación, el cierre da a lugar a la teoría de la enacción que recupera el problema planteado en las viejas teorías del conocimiento: el cuestionamiento a la seguridad de la existencia de un mundo cuya representación sería posible de adecuar en grados crecientes de exactitud. La influencia de las nuevas perspectivas filosóficas que arrancan desde Heidegger es retomada por Varela, quien comparte que la separación entre sujeto y objeto de conocimiento no es ni una ni permanente. Quien conoce se está conociendo a sí mismo. La enacción, en realidad, es todavía hoy un estadio irresuelto de las geneas cognitivas, pero parecería proponer la construcción de un paradigma que no se desentiende de la intensa complejidad de proceso que describe. En *Conocer* no se trata (como en la mayoría de los intentos divulgadores) de proponer una perspectiva sino de la búsqueda de la estrategia para informar y compartir la dificultad.

LA VERDAD DOGMÁTICA Y EL RECHAZO AL CONOCIMIENTO

A partir de la recuperación de la democracia (a fines de 1983), todos creímos que a educación y la ciencia iban a tener una función relevante en las estrategias económicas y gubernamentales. Pero esto no ocurrió, ni en el gobierno de Alfonsín, ni en el gobierno de Menem. No se nos escapa que hay matices diferentes, que hubo intentos en el CONICET, en la política informática, en Salud Pública y en otros sectores. Pero no existió ni existe una política del conocimiento ligada a una estrategia del desarrollo. En los momentos decisivos, las políticas de ajuste tratan al sector científico-universitario como una parte más de la burocracia del Estado.

Estas y otras constataciones llevan a pensar que no sólo existía una desarticulación funcional entre los factores intelectuales y los factores económicos del desarrollo, sino que además debía haber un mecanismo más profundo que impide valorizar el conocimiento. Es así como fuimos elaborando la hipótesis del "factor RC" como estructura cultural subyacente en la sociedad argentina.

El libro de José Ignacio García Hamilton *Los orígenes de nuestra cultura autoritaria (e improductiva)* vino a reforzar esta hipótesis. Este autor vincula ciertas pautas culturales (como el autoritarismo, el desprecio al conocimiento, la deshonra del ex, etc.) con la impronta de la colonización. A decir verdad no es una tesis totalmente nueva. En el siglo XIX tanto el filósofo alemán Hegel, como los historiadores británicos o Sarmientos en la Argentina, habían dicho cosas parecidas. Lo que resulta novedoso es que se vea ahora en una perspectiva de "longue durée" la continuidad de ciertos mecanismos perversos de nuestra cultura.

La conquista de América comenzó con un acto simbólico y delirante: un grupo de desesperados y visionarios intentó un paso nuevo pasando por alto la presencia de pueblos y culturas con más de 100 millones de individuos. Además, decretó que los ha-

iso argentino

OCIMIENTO



bitantes de la región tenían que adherir a las verdades de la Iglesia Católica. Así nació un Estado contra la sociedad y así se impuso un criterio único de verdad dogmática. Se consagró el derecho al genocidio (que luego apareció como "natural" e "inevitable"). En lo que hace al conocimiento, se impuso el "espíritu de la Contrarreforma" o sea, el rechazo al racionalismo científico y a la modernidad (o sea, la idea del progreso).

Se dirá que son cosas del pasado. Veamos. Hacia 1800, Manuel Belgrano pidió al Rey que se enseñaran ciencias (matemáticas y física) en la Escuela Náutica. La petición fue denegada aduciendo que los nativos de las colonias no tenían por qué conocer las ciencias. Les bastaba con saber manejar barcos y otras técnicas. Pues bien, en 1978, hace poco más de una década, ocurrió algo semejante: el Consejo Federal de Educación reunido en Córdoba discutió la conveniencia de eliminar la matemática moderna por considerarla "subversiva". Ya sabemos, también, que durante la dictadura militar de 1976-1983 se prohibieron otras cosas: la enseñanza de las teorías evolucionistas o dialécticas, la sociología, el marxismo, etcétera.

Se dirá también que estas cosas ocurren con gobiernos militares. Veamos de nuevo. Durante el gobierno peronista 1946-1955 hubo secuestros de libros y se impusieron cátedras para enseñar la metafísica de la Edad Media. Cuando la "Revolución Libertadora" (con liberales, comunistas, radicales y católicos) derrocó a Perón, se prohibieron y destruyeron miles de libros editados durante el gobierno peronista (aunque su contenido fuera estrictamente científico). En 1966 la "caza de brujas" alcanzó a los izquierdistas y progresistas. A partir de 1973 el "terrorismo ideológico" fue universal: abarcó desde liberales demócratas hasta marxistas revolucionarios pasando por los católicos y peronistas.

Detrás de todas estas manifestaciones de intolerancia y de canibalismo cultural (que destruyeron miles de vidas y proyectos) se repite la ceremonia fundacional del rechazo al conocimiento. La cultura del Estado autoritario, del dogmatismo y del genocidio se reproduce. Con motivos diferentes y en circunstancias diversas.

El general De Gaulle dijo en cierta ocasión que "a veces en la Historia se avanza reculando". El Renacimiento italiano, por ejemplo, fue un fenómeno de este tipo. La misma Revolución Francesa apeló a mitos e ideas de la cultura greco-latina. Pero en la Argentina cuando se recula es para recular. La desindustrialización que impuso el ministro Martínez de Hoz durante la dictadura de 1976-1983, era para volver a la Argentina agro-exportadora de principios de siglo. Una "utopía anacrónica" (aunque esto suene contradictorio). Del mismo modo, cuando los jóvenes reformistas radicales proponen para el futuro el modelo universitario de 1918, nos encontramos de nuevo con la "utopía anacrónica". En la Argentina el "progresismo" se vuelve retrógrado por las mismas razones por las que el conservadurismo afirma el anacronismo: la negación del conocimiento y la negación de la realidad.

El sociólogo francés Alain Touraine dice en su libro *La sangre y la palabra*, que es característica de los pueblos latinoamericanos la separación entre el pensamiento y la acción. Esto se debe, según él, a la "desarticulación de las relaciones sociales" que separan lo económico de lo social, la ideología de la política. Sociedades desarticuladas reproducen la desarticulación en sus actos y estructuras. Por eso los discursos cobran tanta autonomía con independencia de la realidad.

De manera más general, filosófica diríamos, el problema es la escisión entre el ser

y el conocer, dos dimensiones fundamentales de la existencia. Ahora bien, la cultura europea moderna hizo de la contradicción entre estos dos aspectos una herramienta fundamental para dominar la naturaleza y para explorar la realidad humana. Los modelos de pensamiento europeo (el racionalismo, el empirismo, el idealismo, el positivismo) tuvieron gran repercusión sobre las sociedades respectivas porque sin eludir la contradicción entre el sujeto y el objeto, hicieron de ello un recurso metódico para transformar la realidad y para producir nuevos conocimientos.

La separación absoluta entre el pensamiento y la realidad, que es habitual en América latina, produjo algunas personalidades y algunas escuelas de gran valor intelectual y científico, pero con poca repercusión social. El problema, entonces, no reside tanto en la capacidad para producir conocimientos de alto valor universal y científico, sino en la impotencia para provocar cambios de acuerdo con los nuevos conocimientos de la realidad. Este es el "talón de Aquiles" que los intelectuales, educadores y científicos tienen ante sí. Pero el desafío no es sólo de ellos: toda la sociedad está comprometida en la resolución de este enigma.



LA REVOLUCION CULTURAL NECESARIA

El rechazo al conocimiento (el "factor RC") no es una estructura fatal, ni un determinismo cultural, ni un fruto de nuestra "mentalidad". Es una pauta cultural que podemos seguir asumiendo, consciente o inconscientemente, o que podemos rechazar. Pero, para superarla, necesitamos una afirmación profunda de su contrario: la valorización del conocimiento. Esto supone una "revolución copernicana", o, si se quiere, una "revolución cultural".

La burguesía europea moderna luchó por la libertad de pensamiento; por el espíritu científico, por las ideas de progreso. Para salir de la sociedad feudal se propuso convertir al conocimiento en una base del poder. Como lo señala Alvin Toffler, en *El cambio del poder*, los continuadores coherentes de esta estrategia fueron Estados Unidos y Japón. Y por eso se colocaron a la vanguardia del poder mundial.

Los recursos abundantes de la Argentina se encuentran en su sistema educativo y científico. Este es un momento histórico en que el conocimiento no sólo es un agente decisivo para el crecimiento económico sino que además se ha convertido en una mercadería preciosa. El país desembocó en la decadencia porque no valorizó la inteligencia. Nos convertimos en una sociedad primitiva regida por comportamientos primarios de acumulación, de represión y de dominación. Nos encontramos, pues, casi en el estado "zero". Con todo el dramatismo que esto tiene, también encierra la posibilidad de tomar otro rumbo.

Todo esto no dejaría de ser una propuesta romántica e idealista si no fuera porque están en juego varios dilemas concretos. En primer lugar, el futuro de la economía argentina. Sin una movilización lúcida del potencial científico y técnico del país tiene pocas posibilidades de establecer una economía eficiente y competitiva. No habrá crecimiento sostenido sin recurrir a las innovaciones tecnológicas y científicas.

En segundo lugar, la decadencia ha provocado pobreza y marginalidad en una escala nunca vista. No bastan los programas económicos coyunturales ni las políticas asistenciales. Es necesario pensar otro modelo de desarrollo en que se articulen la expansión económica, la creación de empleos y la utilización masiva de nuevos conocimientos.

En tercer lugar, ¿qué pasará con el inmenso proletariado intelectual sin futuro que estamos formando en las universidades? ¿Qué pasará con la juventud en general que busca un trabajo calificado en la sociedad? En el modelo actual de desarrollo estamos empujando a los jóvenes hacia la marginalidad, la violencia y la emigración. ¿Podemos construir un futuro con esta perspectiva?

Estos dilemas pesan como una espada de Damocles sobre nuestro destino. Por eso creemos que es necesaria una "revolución cultural": para modificar nuestro modelo histórico, para convertir al conocimiento en una fuerza que nos permita crecer, vivir en libertad y organizar una sociedad solidaria.

* *Antes de Unidad política y Sociedad* (Eudeba, 1985) y *La batalla de la inteligencia* (Cátedra, 1989).

- 1) Ver: Organisation pour la Coopération et le Développement Economique, *Educación, recursos humanos et développement en Argentine*, París, 1968; Consejo Nacional de Desarrollo: *Educación, recursos humanos y desarrollo económico-social*, Bs. As., 1968.
- 2) Ver: A. Pérez Lindo: *Universidad, política y sociedad*, Bs. As., Eudeba, 1985.
- 3) José Ignacio García Hamilton: *Los orígenes de nuestra cultura autocrática (e improductiva)*, Bs. As., Albino y asociados, 1990.

GRAGEAS

ASTRONOMOS DEL MUNDO

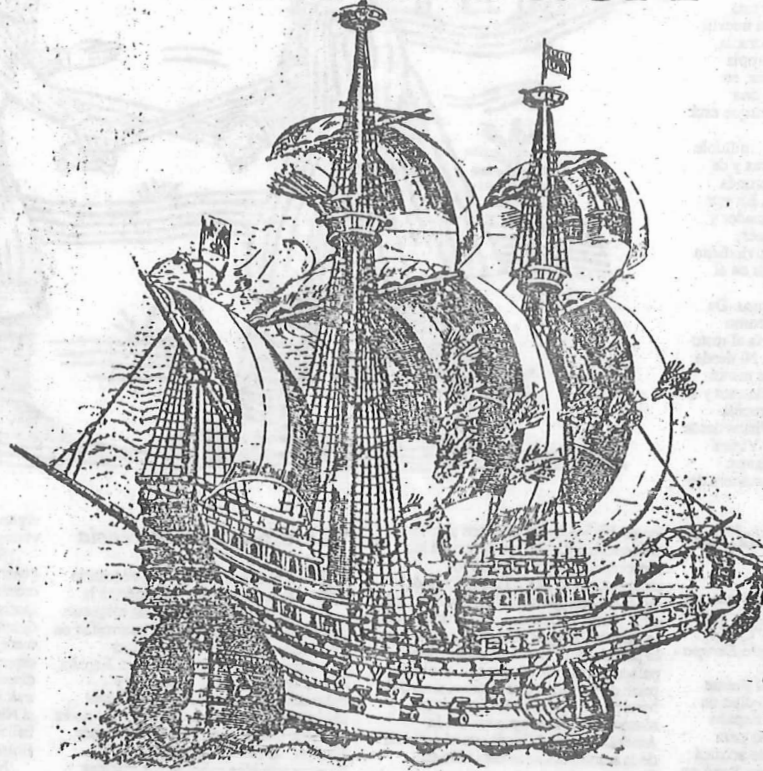
Entre el 23 de julio y el 1º de agosto se llevará a cabo en el Centro Cultural General San Martín la 21ª Asamblea General de la Unión Astronómica Internacional. Será el primer evento de estas características organizado en un país latinoamericano, al que concurrirán astrónomos de todo el mundo, para abordar los principales temas de discusión actual de esta rama científica y coordinar acciones futuras de investigación, que promueva la UAI. Las tres conferencias principales del programa previsto serán las referidas a Observaciones Extragalácticas, Retrospectiva del Voyager y Lentes Gravitacionales; a cargo, respectivamente de H. Arp, del Instituto Max Planck de Alemania, B. Smith de la UAI, y S. Refsdal y J. Surdej, de Bélgica. Además, se discutirán otros temas, como física del Sol y del Sistema Solar, astrofísica estelar, estructura general del Universo y Cosmología. Para mayor información al respecto, dirigirse al servicio de prensa del evento respectivo, Arcoste 719, teléfonos 982-5084 y 862-6105.



12 de Octubre: ¿celebrar qué?

EL ENCUBRIMIENTO DE AMÉRICA

Al cumplirse un nuevo 12 de octubre, BRECHA quiere iniciar una línea de reflexión en torno al llamado "Descubrimiento de América", para cuya celebración de 1992 viene preparándose el gobierno español y quienes niegan al continente otra identidad cultural que la inoculada por el espíritu europeo.



Adelantando próximos debates, Eduardo Galeano, Roberto Fernández Retamar y Osvaldo Guayasamín exponen sus visiones de una América que quinientos años después de su "descubrimiento" no ha dejado de convivir cotidianamente con las bendiciones de la cruz, la espada y el arcobuz.

El descubrimiento de América que todavía no fue

Eduardo Galeano

Escribí este texto hace seis años, cuando me estaba yendo de España, al fin de mi tiempo de exilio. Estaba dirigido a los lectores españoles. Quizás aquellas palabras puedan encontrar, ahora, nuevo destino en BRECHA.
EG

I. El delito de ser

Hace cuatro años que Cristóbal Colón había pisado por vez primera las playas de América, cuando su hermano Bartolomé inauguró el quemadero de Haití. Seis indios, condenados por sacrilegio, arrieron en la pira. Los indios habían cometido sacrilegio porque habían enterrado unas estampitas de Jesucristo y la Virgen. Pero ellos las habían enterrado para que estos nuevos dioses hicieran más fecunda la siembra del maíz, y no tenían la menor idea de culpa por tan mortífero agravio.

• ¿Descubrimiento o encubrimiento?

Ya se ha dicho que en 1492 América fue invadida y no descubierta, porque previamente la habían descubierto, muchos miles de años antes, los indios que la habitaban. Pero también se podría decir que América no fue descubierta en 1492 porque quienes la invadieron no supieron, o no pudieron, verla.

Si la vio Gonzalo Guerrero, el conquistador conquistado, y por haberla visto murió de muerte matada. Si la vieron algunos profetas, como Bartolomé de las Casas, Vasco de Quiroga o Bernardino de Sahagún, y por haberla visto la amaron y fueron condenados: a la soledad. Pero no vieron América los guerreros y frailes, los notarios y los mercaderes los que vinieron en busca de veloz fortuna y que impusieron su religión y su cultura como verdades únicas y obligatorias. El cristianismo, nacido entre los oprimidos de un imperio,

se había vuelto instrumento de opresión en manos de otro imperio que entraba en la historia a paso avasallante. No había, no podía haber, otras religiones, sino supersticiones e idolatrías; toda otra cultura era mera ignorancia. Dios y el Hombre habitaban Europa; en el Nuevo Mundo moraban los demonios y los monos. El Día de la Raza inauguró un ciclo de racismo que América padece todavía. Muchos son, todavía, los que ignoran que allá por 1537 el Papa decretó que los indios estaban dotados de alma y razón.

Ninguna empresa imperial, ni las de antes ni las de ahora, descubre. La aventura de la usurpación y el despojo no descubre: encubre. No revela: esconde. Para realizarse, necesita coartadas ideológicas que convierten la arbitrariedad en un derecho.

En un trabajo reciente, Miguel Rojas-Mix advertía que Atahualpa fue condenado por Pizarro porque era culpable del delito de ser otro o, lisa y llanamente, culpable de ser. La voracidad de oro y plata requería una máscara que la ocultara; y así Atahualpa resultó

acusado de idolatría, poligamia e incesto, lo que equivalía a condenarlo por practicar una cultura diferente.

• De igual a igual

La conquista española reprodujo, en América, lo que en España había ocurrido y seguía ocurriendo en aquellos años. En 1562, fray Diego de Landa quemó los códices mayas en una gigantesca hoguera en Yucatán. En 1499, en Granada, habían ardiendo hasta las cenizas los libros islámicos que el arzobispo Cisneros había arrojado a las llamas. La España que conquistó América no era el resultado de la suma de sus partes, sino que estaba sufriendo la más feroz amputación de toda su historia: la España católica se imponía como España única, aniquilando a sangre y fuego a la España musulmana y a la España judía. La intolerancia y el latifundio, la Inquisición y las mercedes de tierras sellaban la frustración de la España múltiple y abierta a los vientos del progreso — la que pudo haber sido y no fue.

A la cristianización compulsiva siguió, tiempo después, a partir de la dinastía de los Borbones, la castellanización compulsiva. El centralismo castellano, negador de la pluralidad nacional y cultural de España, llegó al paroxismo bajo la dictadura de Franco.

Ahora, tras siglos de represión, España se está descubriendo, se está redescubriendo, a sí misma. Con nuevos ojos, en el despertar de la democracia, España empieza a verse en su propia diversidad y empieza a reconocer, en ella, su identidad verdadera. Es una identidad de contradicciones, porque está viva, y contradictoriamente se manifiesta. Nación de naciones, múltiple de pueblos y de ideas, de culturas y de lenguas, España despliega la fecunda pluralidad que la hace singular. En este proceso, proceso difícil, amenazador y amenazado, castellanos, catalanes, andaluces, vascos y gallegos reivindican y reconocen sus perfiles propios en el espacio común.

Al verse, España puede vernos. De igual a igual. No desde abajo, como algunos españoles miran todavía al resto de Europa y a Estados Unidos. Ni desde arriba, como algunos españoles miran todavía a los países latinoamericanos y a las demás regiones despectivamente llamadas "tercermundistas". Vistos desde abajo, todos parecen gigantes. Vistos desde arriba, todos parecen enanos.

De igual a igual, que es la manera de descubrir.



II. Las áreas malditas

El año pasado, en Barcelona, en un bello y dolorido discurso, dijo Tomás Borge: "Colón *adivinó América, pero Europa no la ha descubierto todavía*".

Tomás Borge, fundador del Frente Sandinista y dirigente de la revolución nicaragüense, había llegado a España pocos días antes. Había llegado para denunciar al gigante matón que acusa a su pequeño país, pero desde que llegó no pudo hacer más que defenderse. No bien salió del avión la tormenta se le vino encima: los diarios, radios y canales de España hablan amanecido pregonando que Nicaragua tenía la culpa del terrorismo en el País Vasco. Nadie había exhibido, ni exhibiría jamás, ninguna prueba; pero las fuentes bien informadas sabían que Nicaragua entrenaba y amparaba a los terroristas de la ETA.

• ¿Tema para Freud?

No era sorprendente que se hubiera fabricado el mamarrachesco cuento de la ETA para consumo español, ni que los medios de comunicación más reaccionarios lo hubieran difundido con entusiasmo. Pero, en cambio, resultaba asombrosamente revelador y doloroso que muchos medios democráticos y progresistas hubieran prestado amplio eco a semejante cochinitada.

¿Por qué la Madre Patria no es la más solidaria a la hora de celebrar la transformación de sus hijas más desdichadas? Llama la atención la actitud voluble, y a veces intolerante y arbitraria, de muchos políticos e intelectuales democráticos de España y de Europa en general, en relación con los procesos revolucionarios latinoamericanos. El caso de España es el que más duele, por razones que la razón conoce y que mejor conocen las entrañas; y porque la historia común implica, al fin y al cabo, una responsabilidad compartida. Por no dar más que un ejemplo, podríamos citar los problemas que tuvieron los homosexuales en Cuba, tema predilecto de la prensa española. La homosexualidad era libre, en tiempos precolombinos, en toda la región del mar Caribe; y no es una locura suponer que

los prejuicios de los cubanos ante la homosexualidad no provienen de los asesores soviéticos, sino de los conquistadores que en los albores del siglo XVI arrojaban indios homosexuales a los perros carniceros. Del mismo modo se podría subrayar el hecho obvio de que la pobreza y la violencia de muchos países hispanoamericanos no forman parte de su naturaleza exótica, sino que hunden sus raíces en la historia: se remontan a los tiempos en que la América colonial fue puesta al servicio de la acumulación de capitales en Europa.

• El respeto a la diferencia

Tampoco contribuye al necesario descubrimiento de América la aplicación facilonga de etiquetas europeas a procesos que se desarrollan en realidades diferentes. La realidad latinoamericana es otra realidad. España es una de sus madres históricas y culturales, fundamental para quienes hablamos la lengua castellana, pero no es la única madre; y desde España, desde Europa, no siempre resulta posible hacerse una idea cabal de las trágicas

urgencias que nuestras tierras están viviendo.

¿Solamente copias, solamente ecos genera América Latina? Eso parecen creer quienes reducen el peronismo a un fascismo con ritmo de tango y quienes descalifican a la revolución cubana como mero estalinismo con palmeras. Y ya los espectadores de la historia, siempre dispuestos a sentirse por ella traicionados, hablan de Nicaragua como si Nicaragua fuera no más que la última bailarina incorporada al vasto elenco del Bolshoi.

Nicaragua, pobrísimos país, quiere

Roberto Fe

El "Nuevo Mundo" ya era viejísimo

Madrid, París, Venecia, Florencia, Roma, Nápoles y Atenas fueron descubiertas en 1955 por mí (que en 1947 ya había descubierto Nueva York), y en 1956 descubrí también Londres, Amberes y Bruselas. Sin embargo, fuera de unos pocos de mis poemas y cartas, no he encontrado ningún otro texto en que se hable de tan interesantes descubrimientos. Supongo que ha pasado a favor de este silencio clamoroso el hecho de que cuando llegué por primera vez a esas ilustres ciudades ya había bastante gente en ellas. Un razonamiento similar me ha impedido siempre aceptar que la llegada, hará pronto cinco siglos, de unos cuantos europeos al continente en que nací y vivo sea llamada pomposamente "Descubrimiento de América". Tanto más cuanto que al ocurrir esa llegada (accidental), las dos ciudades más pobladas que había entonces en el planeta, dijo el poeta mexicano Carlos Pellicer, eran Tenochtitlán (hoy México, DF) y Pekín (hoy Beijing). Según lo que sé, ninguna de las dos estaba ni está en Europa.

Aquella llegada carece de sentido tomada aisladamente. Su sentido se revela cuando la insertamos en el seno de lo que se ha llamado la expansión europea del siglo XIII al siglo XV. Sólo entonces entendemos que se trata de un capítulo, ciertamente, muy importante, de esa expansión que precedió y acompañó al nacimiento del capitalismo en el mundo.

El único verdadero descubrimiento de este continente fue hecho por los hombres que hace decenas de miles de años entraron en él provenientes de Asia. Tampoco es aceptable que hubiera dos descubrimientos: uno hecho por ellos, y otro por los vikingos o, lo que es más frecuente escuchar, por Colón y los suyos. Ni los vikingos ni Colón, por cierto, tuvieron conciencia de haber llegado al continente que iba a ser llamado América. Parece que esa conciencia le corresponde a Vesputio, quien, voluntaria o involuntariamente, dio su nombre a lo que también iba a ser llamado "Nuevo Mundo". En todo caso, como es bien sabido, lo verdaderamente relevante fue la inmensa trascendencia que el viaje de 1492 iba a tener para la humanidad toda. Pero decir, como todavía repiten algunos, que se trató de la llegada de la civilización, es un disparate, cuando no una desverguenza. A no ser que se diga a la luz de las terribles palabras de José Martí cuando en 1877 habló de

aquel hecho como del arribo de una "civilización devastadora: dos palabras que siendo un antagonismo, constituyen un proceso". Las grandes culturas maya, azteca e inca y las otras en vías de desarrollo que había en el continente fueron, en efecto, salvajemente devastadas como consecuencia de aquella llegada. Y muchísimos aborígenes, como los que habitaban mi país, Cuba, fueron extinguidos. Por lo que es una cruel manifestación de humor negro decir que la llegada de los españoles y la ulterior conquista significó para ellos, que no quedaron ni dejaron descendientes para contarlos, el arribo de la civilización.

Lo que tampoco podemos negar es que de resultados de aquellos hechos brutales, y de las luchas que viejos y nuevos oprimidos iban a sostener en estas tierras, brotaría en ellos lo que Bolívar, en uno de sus muchos rasgos geniales, llamaría "un pequeño género humano", es decir, otro avatar de la humanidad. Y sólo a partir de 1492 se hizo posible una historia única del hombre. Por eso ha podido escribir Armando Hart que lo que entonces se descubrió no fue América, sino el mundo. Para decirlo con el clásico término griego de las tragedias, se trató de una anagnórisis: el hombre se reveló a sí mismo.

Fuera de sabios admirables, como Alexander von Humboldt, ¿quién sabía en Europa, hasta hace unas cuantas décadas, qué era en realidad nuestra América, cuáles eran sus hombres relevantes? En cambio, hoy cualquier modesto lector de periódicos europeos está informado de que existe la América Latina: en particular, de que existen países como Cuba y Nicaragua; y, últimamente, también, de que existe El Salvador. Es verdad que la información que ese lector, si es "occidental", suele recibir, está con frecuencia tergiversada. Por ejemplo, quizás se le diga que los Estados Unidos "perdieron" a Cuba y a Nicaragua, y no están dispuestos a "perder" a El Salvador. Sin embargo, no es frecuente leer en esa prensa, pongamos por caso, que Inglaterra "perdió" a Estados Unidos. Sea como fuere, nuestra América es conocida hoy como nunca antes en Europa.

En una de sus penetrantes observaciones, Walter Benjamin dijo que jamás se da un documento de cultura sin

que lo sea a la vez de bar América. ¿Qué hemos re Tanto hechos de cultura e perspectiva histórica no p han sido como el anverso penetrara en nuestra carn pueblos se lucha tenazem incluye también la liberaz implica en forma alguna cultural europea, que ya h también es nuestra. ¿Qué postular el absurdo desca Leonardo, Voltaire, Beethoven, Wagner (ay), E Kafka, Joyce, Einstein por razones obvias, la ma Engels? Sea cual fuere el estará siempre alimentada Subrayo el término: *altim* churrascos y verduras, a s Yourecnar, nuestro cuerps sino músculos, pelos y un auténtica, si ha de ser gem es), emitirá (como lo hace no opuestas a ellas. B&ter las que debemos, en la Éps Vega, a Sor Juana Inés de nuestro siglo, a la *pr&cti* revolución socialista en el nuevo ensayo y la nueva n teorías; e la depen lencua o nadie en sus cables se le t modestas producciones los deportes nuestros a la huma

Si el viejo verso pi&gi ritmo mueve las almas y l movernos a europeos y a a africanos y a todos los h ritmo, una misma esperanz humanidad eterna, de emp prehistoria, de poder decar "incipit v&sa nova"?

nacer. Y un imperio mucho más poderoso que aquel de Carlos V quiere impedir, a sangre y fuego, que Nicaragua nazca. Y quiere obligarla a convertirse en un cuartel, un cuartel de hambrientos, para que el mundo confirme que los países pobres sólo son capaces de cambiar una dictadura por otra. En ese pedacito de la vasta comunidad de habla española se está dilucidando, pues, una cuestión esencial: ¿Es la democracia un lujo solamente posible para los países ricos? ¿Es la democracia una parte del botín que esos países ricos arrancan a través de la estructura internacional de la piratería? ¿Come miseria la democracia?

Los países latinoamericanos, que integran los suburbios del sistema capitalista, están en el área maldita. El veto de los poderosos de adentro y de afuera actúa para impedir los muy hondos cambios imprescindibles para que la democracia no sea una frágil máscara, sino un rostro de verdad. En cambio España, que es parte de Europa, demorada Europa, pero Europa al fin, y que ha alcanzado un nivel bastante alto de desarrollo capitalista, no está estrangulada por el mercado internacional ni está sitiada por los banqueros acreedores. En estos últimos años, se ha consolidado en España un proceso democrático de amplio consenso nacional, y que ya parece a salvo de cuartelazos, dentro de una economía capitalista de mercado libre.

Mucho nos estimula este proceso. Pero aunque quisieramos copiarlo, no podríamos.

III. Las dos hispanidades

Los latinoamericanos de mi generación, nacidos mientras la dictadura de Franco se alzaba sobre las cenizas de la República, aprendimos desde niños las canciones de los vencidos. Sentíamos y sentimos muy propias aquellas tonadas republicanas, y las cantábamos a pleno pulmón mientras en España las

susurraban, en el obligado silencio, los sobrevivientes.

Los escritores de mi generación fuimos para siempre marcados por nuestras tempranas lecturas de Antonio Machado, Pedro Salinas, León Felipe, Miguel Hernández, Lorca, Alberti y otros fecundos poetas en España prohibidos o mutilados por la censura. Nosotros tuvimos el privilegio de heredar la palabra de aquellos creadores exiliados o asesinados, mucho antes de que en España sus voces pudieran resonar plenamente.

• Entrando de espaldas

Aquellas canciones y poemas simbolizan todavía, para América Latina, una manera de entender y de vivir la hispanidad que nada tiene que ver con la hispanidad retórica y sombría que tradicionalmente ha servido de caballo de batalla a los enemigos de la democracia. Una se reconoce, pongamos por caso, en fray Luis de León; la otra, en los inquisidores que lo condenaron por traducir el Cantar de los Cantares a la lengua de Castilla.

Esta última hispanidad ha servido de escudo y de coartada a los sectores más reaccionarios de la sociedad española y de las sociedades latinoamericanas, que pretenden entrar de espaldas en la historia—como si la solución a los problemas del siglo xx estuviera en el regreso al siglo xvi—. Es la hispanidad de la nostalgia imperial, que los inquisidores de nuestro tiempo han invocado e invocan con frecuencia. En su nombre las fuerzas del cambio han sido condenadas y castigadas, por oler a azufre y tener rabo; y en su nombre ha corrido la sangre de los justos. Todavía hoy quienes añoran a las huestes de la conquista que en España y en América impusieron una religión única, una cultura única, una única lengua y una única verdad, y mesiánicas espadas suelen alzarse para repetir la hazaña de la redención.

Hace algunos años, el carnicerero dominicano Rafael Leónidas Trujillo, que se disfrazaba de Cid Campeador cuando posaba para las estatuas, recibió el Gran Collar de la Orden de Isabel la Católica porque era un campeón de la hispanidad, de esa hispanidad, en la Cruzada contra el comunismo ateo. Y

más recientemente, la dictadura uruguaya impuso a los estudiantes nuevos textos oficiales de "Educación cívica y moral" que reproducen ciertos apotegmas de la hispanidad acuñados por Francisco Franco. Entre ellos se lee, por ejemplo: "La Patria es una unidad de destino en lo universal, y cada individuo es portador de una misión particular en la armonía del Estado. La Patria es orden (...)". Estos catecismos gorilas de una dictadura que ya toca a su fin, intentaban en vano convencer a los estudiantes de que la función del pueblo consiste en obedecer y trabajar y que la igualdad de la mujer "estimula su sexo y su intelectualidad en detrimento de su misión de madre y esposa".

• Entrando de frente

La otra hispanidad, la de las trincheras democráticas, la de los poetas perseguidos, puede encontrar ahora, en la España actual, nuevos cauces de realización.

Esos nuevos cauces recogen la herencia de Gonzalo Guerrero, que murió combatiendo del lado de los indios, en lugar de la herencia de Hernán Cortés. Vienen de Bartolomé de las Casas, fanático de la dignidad humana, y no de Juan Ginés de Sepúlveda, ideólogo del humanismo racista. Invocan la memoria de las comunidades de Vasco de Quiroga, quien creyó que América era tierra de Utopía, en vez de la memoria de los sabios cortesanos que se burlaron de él. Y continúan el camino de Bernardino de Sahagún, el hombre que dedicó medio siglo de su vida a buscar y recoger las pérdidas voces de la América que la conquista estaba arrasando, en lugar de extraviarse en el camino del lúgubre rey Felipe II, que sepultó los libros de Sahagún por ser sospechosos de difundir idolatrías.

Esta otra hispanidad puede abrir inmensos espacios de encuentro y de redescubrimiento, entre España y América, para que juntas digan y caminen.

• Despedida

Yo he vivido en España ocho años de exilio. Como si fuera español he compartido la resurrección

Oswaldo Guayasamín

La Capilla del Hombre

La Fundación Guayasamín tiene un terreno de unos mil metros donde existirá —estamos terminando los planos— una obra que se llamará La Capilla del Hombre. Es un edificio muy importante, de 25 metros por cada lado, con tres niveles y una bóveda. Estamos haciendo los últimos cálculos de la estructura de hierro y esas cosas, para comenzar la construcción el próximo año. En el tercer piso de este enorme edificio, en una pared, va lo que era América Latina antes de la llegada de los españoles, en otra va toda la tragedia de la conquista, la tercera contendrá toda la tragedia de la independencia. Finalmente, en la última pared estarán los retratos de los defensores de América.

En la bóveda pintaré una experiencia de hace dos años, cuando hice un viaje por toda la montaña desde Quito a Potosí, ese cerro maldito de la plata; ahí me entré cerca de dos kilómetros en el interior del cerro para examinar el horror de la oscuridad total; adentro encontramos murales realizados hace 300 o 400 años, murales de demonios, una cosa brutal. Esta experiencia va a estar en la bóveda, voy a pintar a muchas gentes que quieren salir por un huequito de luz arriba. Del piso hacia adentro se hará una forma de plato precolombino donde estará representada la muerte de Tupac Amaru. Eso será La Capilla del Hombre. Ya tengo bocetos casi de todo y empezaremos la construcción, pues quiero inaugurarla en 1992. Es mi punto de vista, mi meta contra los festejos.

democrática y el buen oxígeno de libertad que ahora se respira en esta patria de patrias. Siendo latinoamericano, he celebrado la solidaridad de muchos españoles ante América Latina, los que la ven sin telarañas en los ojos, y he lamentado la indiferencia, la ambigüedad y el menosprecio que con frecuencia impiden que esa solidaridad se proyecte en toda su fecundidad posible.

Ahora que mi exilio acaba, escribo estas líneas a modo de adiós a España, que son también mi sincera manera de decirle: gracias.

(1984)

ernández Retamar

¿Bueno. Bien lo sabemos en nuestra vida durante siglos de Europa? ¿Como hechos de barbarie. Y en la odemos olvidar su entrelazamiento: y el reverso de un cuchillo que... En estos momentos, en nuestros ate por la liberación total: la que ón cultural. Pero esta última no ortamos de la gran herencia e dicho, y no me cansaré de repetir, sentido tendría, por ejemplo, ocimiento de las obras de oven, Heine, Hugo, Dostoiévski, tstein, Freud, Picasso, Shaw, Brecht, Sartre, para no nombrar, na obra fundadora de Marx y festino de nuestra cultura, ella por creaciones de esa naturaleza. cada. Y así como al comer, mltitud de lo que decía Marguerite no emite churrascos y verduras, is; así nuestra cultura, si ha de ser una (y hace mucho tiempo que lo) obras distintas de aquellas, pero ne recordar aquí creaciones como ea colonial, al inca Garcilaso de la la Cruz, al Aleijadinho, y en... y la teoría de la primera hemisferio, a la nueva poesía, el ovela de nuestra América, a la a la teología de la liberación. A scurrirá pensar que se trata de alica, puesto que son, en realidad, aidad en su conjunto. rico afirmaba que "un mismo s estrellas", ¿por qué no ha de mericanos (y también a asiáticos y mbres y mujeres) un mismo a? ¿No se trata, para la izar a despedirnos de la a coro, con el gran florentino:



Enfermero Pussin: Reflexiones sobre un Silencio en la Historia de las "Ideas Psiquiátricas"

Silvina Malvárez **
Ruben Oscar Ferro ***

INTRODUCCION

Este trabajo presenta el inicio de una investigación histórica que, iniciada en 1988 sin revelar una meta muy clara y con pocos elementos reunidos, pero definitivamente ligada a nuestras circunstancias, viene constituyéndose en una necesidad de revisión y recreación de la historia, de búsqueda de raíces, hechos y contextos que nos permitan resignificarla a la luz de las ideas de transformación en el campo de la Salud Mental.

Se trata de una indagación relacionada al origen de la psiquiatría como área científica de la medicina y fundamentalmente a la significación de Jean Baptiste Pussin en los procesos sociales que acompañaron el fenómeno, en la Francia de fines de siglo XVIII.

Pero, a propósito de la historia, ¿en donde estábamos nosotros?

Las CIRCUNSTANCIAS SOCIOPOLITICAS de varios países Latinoamericanos, entre ellos Uruguay, Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, nos unían en un lugar común de desarrollo y consolidación del sistema democrático y posiblemente 1989 fuera para los historiadores, un año crucial en la evolución de las democracias de América Latina. Coincidentemente, Francia conmemoró ese año, el Bicentenario de la Revolución Francesa (el 14 de julio de 1789 sucedió la toma de La Bastilla), considerada el punto de partida de los sistemas democráticos del mundo occidental.

Nos encuentra también un momento común en

la EVOLUCIÓN DE LAS IDEAS DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL que, con más o menos desarrollos, parecen reunirnos en un mismo camino: la problematización de algunos conceptos psiquiátricos tradicionalmente instituidos y ligados a modos más o menos claros de control social, su contextualización sociopolítica y sanitaria y su relación con los conceptos y prácticas de la Salud Mental.

Nos liga también un tiempo de desarrollos similares en el CAMPO DE LA ENFERMERIA, su tendencia hacia la profesionalización, el replanteo y construcción de sus bases científicas, la tecnificación y validación de su práctica y sus luchas gremiales, que revelan un cuestionamiento de fondo a su lugar de inserción social, a través de su articulación en el modelo médico.

Tres campos de un sólo momento histórico y tres cuestiones distintas que, sin embargo, dan cuenta de un elemento subyacente común: la problemática del poder, asociada a la salud e inscripta en procesos sociales que difícilmente alcanzamos a comprender en profundidad.

¿Y qué tiene que ver Pussin con todo esto?. Simplemente que el encuentro produjo tal impacto en nosotros, hasta tal grado ha de haber resignificado nuestras propias historias, que no pudimos sino emprender la búsqueda de su identidad, su contexto y su relación con nuestras realidades. Tan apasionado ha sido éste camino que ahora deseamos compartirlo con ustedes.

Pero ¿QUIEN FUE PUSSIN?. Pussin fue un hombre que trabajó con Pinel en la reforma del tratamien-

* Presentado en el I Simposio Internacional de Saúde Mental Colectiva - Universidad de Santa María, Santa María, Río Grande do Sul, Brasil, Noviembre de 1988 - y en la I Conferencia Regional e Interdisciplinaria de Salud Mental - Escuela de Enfermería de la Universidad de la República - Montevideo, Uruguay, Abril de 1988.

** Licenciada en Enfermería, Profesora de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría y de Investigación de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

*** Médico Cirujano, diplomado en Salud Pública, Especialista en Psiquiatría. Profesor a/c del Área de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

to de los enfermos mentales en la Francia de fines del 1700.

Y antes ¿QUIEN FUE PINEL?. Es de todos conocidos que Philippe Pinel ha sido nominado por la historia el "Padre de la Psiquiatría". Le otorgan semejante título algunos legados substanciales: sus observaciones, análisis y clasificación de enfermedades mentales, la consideración de los mismos como objeto de abordaje del campo médico y la liberación de las cadenas de los locos. En el marco de la Revolución Francesa, cristaliza lo que se dió en llamar Primera Revolución Psiquiátrica, estableciendo las bases científicas, terapéuticas y administrativas, de las cuales dá cuentas buena parte de nuestra psiquiatría contemporánea.

Pero ES PUSSIN Y NO PINEL QUIEN NOS OCUPA y sobre cuya obra recae un silencio de 200 años hasta que Dora Weiner, investigadora americana, lo descubre como artífice (¿e ideólogo?) de la "liberación de los locos". Los historiadores lo llaman "Primer Enfermero Psiquiátrico".

Es el peso de este silencio de 200 años, lo que nos motiva a descubrir a Pussin y sobre él y su contexto vamos a hablar.

Hemos recorrido varios textos de la historia de la medicina y de la psiquiatría, hemos analizado la investigación de Dora Weiner y hemos leído algo de Pinel y de Pussin. En este punto estamos y sobre ello intentaremos elaborar algunas reflexiones.

Debemos un reconocimiento especial a la Enfermera Mirta Piovano de Carrasquera que nos conectó con Pussin, al Profesor Exequías Bringas Núñez que nos orientó y aportó esclarecimientos fundamentales en los datos y concepciones históricas y al Dr. Eduardo Mahieu, quien esencialmente nos puso en contacto con los escritos de Dora Weiner. Pero también a Alma Carracco quien, sensible a la importancia de este intento, creó el espacio donde compartirlo por primera vez con nuestros colegas: nos referimos a la I Conferencia Regional e Interdisciplinaria de Salud Mental en Montevideo, 1988.

NUESTRA HISTORIA CON PUSSIN

Inscribir las anécdotas en un contexto que las soporte y las haga inteligibles parece bastante importante a los fines de revertir la tendencia a

la fragmentación y descontextualización, que tanto dificulta la comprensión de los procesos sociales de que somos a menudo inconcientes actores.

Por eso preferimos contar esta historia a partir de nuestra propia historia con Pussin.

¿Cuál era el marco ideológico conceptual en que estábamos y al que volveremos?

Unos cuatro aspectos lo configuraban. Veamos:

- 1- Hace 7 años que vivimos en democracia* y esta democracia, nutrida de toda la gama e intensidad de conflictos, disputas de poder, luchas internas e incertidumbres, palpita en cada idea, en cada acto, en cada relación, en cada afecto, en cada campo. Su aprendizaje, construcción y defensa, son tareas en que la mayoría de los argentinos, cada uno a su modo, parece estar empeñado sin un instante de pausa. La democracia es tema nacional cotidiano en Argentina.
- 2- En este marco y no por azar se inscribe el nacimiento y desarrollo del movimiento argentino de Salud Mental, experiencia de construcción participativa del Programa Federal de Salud Mental** que parte del concepto de Democracia y Salud y que la implica como elemento esencial, intrínseco y estructurante. De hecho al definir *Salud Mental* se incluye como criterio esencial, entre otros, *la participación del sujeto en sus propios cambios y en los de su entorno social*. El desarrollo de esta experiencia da cuenta de múltiples avances en los que hemos participado: articulación de la salud mental con las políticas de salud; coordinación intersectorial con justicia, trabajo, acción social y educación; creación y desarrollo de programas de salud mental en cada provincia con organización de redes asistenciales de salud mental que abarcan la promoción y protección, asistencia y rehabilitación de la salud mental; actividades de capacitación en los distintos niveles de funcionarios y agentes de salud mental; impulso a las investigaciones clínicas, epidemiológicas y sociales y realización de reuniones nacionales y regionales, articuladoras de las diferentes acciones.
- 3- El desenvolvimiento de la experiencia inclu-

* En 1983 y después de 7 años de gobierno militar asume el Dr. Raul Alfonsín como Presidente Constitucional de los argentinos.

** La Dirección Nacional de Salud Mental, a cargo del Dr. Vicente Angel Galli impulsa este programa que involucra a la mayoría de las provincias argentinas y cuyo mayor desarrollo se extiende desde 1984 a 1989.

ye algunas ideas centrales que se encuentran permanentemente en discusión y enriquecimiento:

- La salud mental pertenece al campo de la política y de los procesos sociales y excede considerablemente el límite del sector salud, es objeto de entrecruzamiento de múltiples disciplinas y sectores.
- El problema del poder y el conflicto está implícito y es permanentemente puesto en cuestión en los desarrollos en salud mental.
- La acumulación del poder se produce esencialmente por la vía de la acumulación y cualidad del saber y de la capacidad de decisión y distribución del dinero; esto sucede también en salud.
- Y sobre el saber que otorga o no poder, se entiende: *conocimiento vulgar* y *conocimiento científico* (en orden a su modo de producción); *saber popular*, *saber técnico* y *saber político* (en orden a la naturaleza y posesión del conocimiento) y según Max Neef⁽¹⁾, *visibles* e *invisibles* (en orden a la validación social del saber).

4- Sobre la inserción de la enfermería en el modelo médico, venimos discutiendo que la cuestión de la dependencia, subordinación y sacrificio de este grupo, la desvalorización de su práctica y su acientificidad, la constituye en lo cotidiano, en soporte principal de funcionamiento médico hegemónico. En el campo psiquiátrico, principal depositario y operador del modelo asilar-custodial.

Así inscriptos y puestos a la tarea de elaborar un trabajo sobre *la función social de la locura*, encontramos a Pussin en la editorial de la revista argentina "Neuropsiquiatría"⁽²⁾, titulada "La Enfermera". Allí el editor sostiene que sin la colaboración de Pussin, mucho de la reforma impulsada por Pinel, no habría sido posible.

Comenzamos a indagar los escenarios, las características de la Reforma, el surgimiento de Pinel y rastreamos a Pussin convencidos de que habría ocupado un lugar singular en los acontecimientos. Lo encontramos nombrado en casi todos los libros de historia de la psiquiatría y en algunos de la historia de la medicina. Cada autor le dedica un renglón prolífico en calificativos sobresalientes. Nos sorprende tanto y tan poco reconocimiento. Por fin damos con un artículo de Dora Weiner publicado en el *American Journal of Psychiatry* del año 1979 y denominado "El Aprendizaje de Philippe Pinel: Un Nuevo Docu-

mento. Observaciones del Ciudadano Pussin sobre los Insanos".⁽³⁾ El artículo incluye escritos de Pussin y revela básicamente tres cuestiones:

-
- *Pussin precedió a Pinel en la reforma del tratamiento a los enfermos mentales, hizo observaciones y organizó el Hospital. Según sus propios escritos, él quitó las cadenas.*
 - *Sin embargo Pinel, con quien Pussin trabajó, quedó para la historia en estas cuestiones, aunque "repetidamente reconoció su deuda con Pussin".*
 - *Casi 200 años después de acontecido, recién se develan hechos sustantivos de la Reforma Psiquiátrica. Se descubren en los Archivos Nacionales de París, los escritos de Pussin y una carta de Pinel que confirma su reconocimiento.*
 - *Se devela para la historia un acontecimiento, a nuestro juicio, trascendental y nos permite abrir un espacio de discusión de múltiples vertientes.*
-

LOS OBJETIVOS INICIALES

En el marco de nuestras reflexiones anteriores, Pussin adquiere suma importancia. El hallazgo de algún modo nos paraliza. Es demasiado fácil quedar atrapados con Pinel y muy difícil ir a contrapelo de la historia. Preocupados por la dimensión integral de los procesos sociales de transformación y en la convicción de que Pinel no había estado sólo en la Reforma, habíamos hecho un recorrido hipotético similar al de Dora Weiner que parecía finalizar con el hallazgo de su investigación.

A este punto nos detenemos y recreamos los objetivos iniciales. Nos proponemos:

- Indagar en el proceso social y político en que se inscriben Pinel, Pussin y la Reforma.
- Efectuar una recopilación cronológica de los acontecimientos y de las nominaciones dadas a Pussin por los historiadores (Anexos 1 y 3).
- Analizar datos sobre la vida y escritos de Pussin y averiguar el lugar que le cupo en la reforma del cuidado de los enfermos mentales.
- Efectuar unas primeras inferencias y reflexiones que permitan articular conceptos e ideas en torno a los procesos de transformación en el campo de la Salud Mental.

Dos últimas aclaraciones restan para finalizar

esta larga contextualización: estamos hablando del surgimiento de la psiquiatría en el mundo occidental y cristiano, poco sabemos de estos procesos en el mundo oriental: estamos compartiendo con ustedes sólo el inicio de una investigación histórica sobre Pussin y su época y esperamos concluir esta ponencia, abriendo la mayor cantidad de preguntas que posibiliten su continuidad y enriquecimiento.

PINEL EN LA HISTORIA

El lugar de las enfermedades mentales en la historia hasta Pinel

El lugar de las enfermedades mentales en la sociedad, ha variado de acuerdo a las épocas y contextos sociales.

Las concepciones primitivas de la locura la tomaban como una categoría de lo sagrado relacionada a la divinidad o al demonio. Aún en el Nuevo Testamento, la locura era considerada una posesión y objeto de exorcismos.

Aunque con los Griegos la medicina se hace ciencia, las llamadas *enfermedades del espíritu* no reciben igual suerte. Ellos fundamentan la locura en la teoría del *equilibrio de los humores*. En la Edad Media las observaciones al respecto se encunetran en los protocolos de perseguidores y hechiceros.⁽⁴⁾

Con el Renacimiento los locos dejarán de ser endemoniados y habrá médicos que dirán que pertenecen al médico y no a la hoguera. Zilborg llamó a esto "Primera Revolución Psiquiátrica".

Este movimiento, iniciado en el Renacimiento (1500) y que culmina con la Revolución Francesa (1789), dejará de considerar al loco como un poseso y lo transformará en una persona peligrosa que será aislada con criminales, mendigos y rebeldes en los mismos locales de siniestra fama en ellos los enfermos quedan a cargo de custodios de dudoso origen y rara vez llega un médico a visitarlos. Los brutales tratos de que son objeto en esos lugares y los horribles tratamientos a que son expuestos, se escriben en cada historia de la psiquiatría.

Momento sociopolítico que inscribe a Pinel y a Pussin

La segunda mitad del siglo XVIII revela una Europa revolucionada.

El Renacimiento en las artes —1500 en

adelante— revela la consolidación progresiva de un estado social de un estado social de sublevación y cuestionamiento a normas y modalidades sociales instituidas que han puesto en cuestión la austeridad, el recato, la abnegación y el sacrificio y las viejas maneras de hacer las cosas instauradas por el cristianismo. Todo es posible de ser discutido y cuestionado.

Desde la literatura dan cuentas de ello Erasmo, Thomas More, Lutero, Cervantes, Shakespeare, y Milton, entre otros. Desde la plástica lo hacen Miguel Angel, Rafael, Da-Vinci, Boticelli, Van Dyck, Rembrandt, Tizziano y muchos otros.

El Iluminismo, por su parte dá cuentas de una revolución intelectual y humanística que impulsan la ciencia y la filosofía, desarrollando métodos de estudio en la primera y la concepción de un nuevo humanismo en la segunda. Su expresión más clara surge en la promulgación de los derechos del hombre. Voltaire, Rousseau, Montesquieu y otros en Francia vienen haciendo oír su prédica: fé en la razón, en el progreso humano, en la conquista de las ciencias y las libertades individuales, lucha en pos de que los pueblos se liberen del despotismo y la ignorancia.

En el terreno de lo social se producen en consecuencia, enormes transformaciones tendientes a la liberación de los pueblos.

Particularmente en Francia, el último cuarto del siglo XVIII es un escenario histórico donde los principales personajes son la política, la intriga y el terror. Las masas, sometidas a una vida de privaciones, miseria y opresión, se alzan contra el despotismo, el despilfarro y el absolutismo de monarcas, católicos y señores feudales. Las persecuciones y matanzas pueblan las calles y las cárceles. Se produce la Revolución Francesa, se toma la Bastilla, surge Napoleón y son muertos María Antonieta y Luis XVI. Las cúpulas de poder son ahora los intelectuales y los nuevos políticos. Se asiste al surgimiento de la Primera República Francesa.

En este contexto, formando parte de grupos intelectuales y amigo de políticos, surge Pinel en la Reforma del tratamiento a los enfermos mentales, en Francia.

Sobre la vida y la obra de Pinel

Pinel nació en Abril de 1745 en St. André d'Alayrac, aldea de Languedoc al sur de Francia, hijo de un cirujano.

Inició su carrera eclesiástica y como teólogo

estudio filosófico; luego se graduó en matemáticas y más tarde obtuvo su título de médico continuando sus estudios en la Universidad de Montpellier. Se dedicó primero a la enseñanza de las matemáticas y luego a la literatura médica editando la "Gazette de Santé" y otras publicaciones sobre Higiene y Medicina. Su interés por los enfermos mentales comienza a revelarse a partir de tener un amigo íntimo que la padece. Pinel participa de actividades de élites intelectuales y políticas. Algunos amigos de Pinel que ganan influencia con la Revolución, insisten en que ingrese como médico de las enfermeras de Bicêtre, una combinación de cárcel y asilo de alienados para varones y su nombramiento sucede en 1793.

Es así que transcurre dos años en Bicêtre y luego es nombrado director de la Salpêtrière, hospital de alienadas mujeres, que reúne más de seis mil enfermas.

Allí transcurre hasta su muerte en 1826. En 1794 es nombrado Profesor de Medicina de la Escuela de París de donde es jubilado acusado de liberal, en 1822.

En el transcurso y a partir de las observaciones realizadas sobre los enfermos mentales, publica tres grandes obras:

- Nosografía Filosófica (1798)(5)
- Tratado Médico Filosófico de la Alienación Mental o la manía (1801)(6)
- Medicina Clínica (1802)(7)

La historia reconoce a Pinel grandes legados producto de su trabajo en Bicêtre y la Salpêtrière:

- La consideración de los enfermos mentales como objeto de estudio y abordaje de la medicina.
- La observación, análisis, clasificación y tipificación de las enfermedades mentales.
- La liberación de los locos de sus cadenas y la introducción del llamado "Tratamiento Moral".
- Su agrupación en hospitales psiquiátricos y la determinación de pautas para la organización de estas instituciones.

Por toda su obra se lo denomina el "Padre de la Psiquiatría". Sin embargo, el mismo y todos los historiadores reconocen que, aun cuando la circunstancia política elevaba a Pinel a este carácter, muchos otros en toda Europa, perseguidos por fines, estudiaban las mismas cuestiones e introducían reformas similares: Pedro Leopoldo I de Toscana, Abraham Voly en

En setiembre de 1793 conoce a Pinel cuando éste ingresa como médico de las enfermeras de Bicêtre y aparentemente ambos se encuentran ligados por similares concepciones sobre el hombre, las enfermedades mentales y su tratamiento. Once días después del arribo de Pinel, posiblemente este solicite a Rousin que resuma sus

Al parecer era un hombre incluído y sin formación, no obstante, observador, inquisitivo, responsable y dueño de una gran habilidad para comunicarse con los enfermos. Observaba, registraba datos, analizaba y obtenía conclusiones que luego aplicaba en sus prácticas. Sus importantes habilidades de administrador le valieron para organizar a los pacientes y la parte del hospital a su cargo.

Según las investigaciones de Dora Weiner, Pussin nació en Leons-le-Saulnier, Francia, en 1746; fue curtidor y como consecuencia de su trabajo enfermó de escrófula (TBC ganglionar) una vez lograda ésta y como regularmente que lo llevó a internarse en Bicêtre para su cura. Sucedió con la mayoría de los enfermos recuperados, fue empleado como cuidador en el pabellón 1784, fue designado Superintendente del pabellón de pacientes incurables.

Algunos datos biográficos

PRESENTANDO A JEAN BAPTISTE PUSSIN

Lo que, con todo, descubre Dora Weiner, es que Pinel no estuvo solo ni en la quita de las cadenas, ni en la introducción de nuevos tratamientos, nos —animamos a afirmar que ni aún en sus observaciones y conclusiones clínicas—: JEAN BAPTISTE PUSSIN, dice Weiner, parece haber constituido una de las principales fuentes del aprendizaje y del conocimiento de Pinel.

Por ello muchos analistas y entendidos de la historia reconocen la grandeza de Pinel no tanto radicada en la liberación de los locos y su nuevo modo de trato, cuanto en el carácter científico de sus observaciones y descripciones clínicas que, desde él, dan a la psiquiatría el carácter de rama científica de la medicina.

Lo que, con todo, descubre Dora Weiner, es que Pinel no estuvo solo ni en la quita de las cadenas, ni en la introducción de nuevos tratamientos, nos —animamos a afirmar que ni aún en sus observaciones y conclusiones clínicas—: JEAN BAPTISTE PUSSIN, dice Weiner, parece haber constituido una de las principales fuentes del aprendizaje y del conocimiento de Pinel.

Pinel participó de actividades de élites intelectuales y políticas. Algunos amigos de Pinel que ganan influencia con la Revolución, insisten en que ingrese como médico de las enfermeras de Bicêtre, una combinación de cárcel y asilo de alienados para varones y su nombramiento sucede en 1793.

informaciones estadísticas sobre los enfermos mentales y éste lo hace.

Transferido Pinel a la Salpêtrière dos años más tarde (1795), y transcurrido un considerable tiempo, Pinel, por entonces Director de ese hospital, envía al Ministro del Interior Neufchateau, una carta (1798) solicitando el traslado de Pussin a la Salpêtrière para hacerse cargo de la organización de aquel gigantesco hospital. Fundamenta su solicitud en la imposibilidad de realizar observaciones y de introducir ningún tratamiento, debido al desorden reinante en el hospicio. La carta es avalada por amigos políticos de la época y va acompañada de nuevas notas de Pussin sobre el abordaje de los enfermos mentales. Esta carta, así como las notas de Pussin pueden encontrarse en el artículo de Dora Weiner al que hicimos referencia y sus originales se encuentran preservados entre los papeles de Neufchateau, en los Archivos Nacionales de París.

Las notas y un análisis de las fechas, revelan que mucho antes que Pinel, Pussin había iniciado en Bicêtre la observación sistemática de los enfermos y esencialmente había introducido medios psicológicos en el cuidado de los mismos, liberando a los enfermos y suprimiendo castigos y malos tratos.

Pussin es finalmente transferido a la Salpêtrière en 1802, donde se desempeñará como "Superintendente" hasta su muerte en 1811.

Pocos datos más tenemos sobre Pussin. Entre ellos, que Pinel lo nombra innumerables oportunidades en las ediciones del *Tratado de la Manía*, diciendo de él que era el hombre que más conocía "los estado de los enfermos, que tenía temple de "padre bondadoso y afectivo", que era "reflexivo, dueño de una gran experiencia y maestro en cada rama de su arte", que era un "fiel colaborador" y que su amistad había sido para él invalorable. Muchas de las anécdotas de Pussin son recuperadas por Pinel en sus obras, como así mismo, muchas de las normas de orden e higiene que Pussin habría introducido en el Hospicio de Bicêtre. (6),(7)

De los historiadores recogimos algunos datos interesantes (anexo 1):

En cuanto a la FUNCION de Pussin en los asilos, se lo designa como "Director del Orden Interno", superintendente, inspector, "surveillant", miembro de la policía interior, enfermero, supervisor, guardián, tutor de los insanos.

Sobre sus CUALIDADES se dice de él que tenía dotes psicológicas y terapéuticas; habilidad para tratar con los insanos, hombre lleno de celo, preocupación y vigilancia, indocto pero experimentado, dueño de sabiduría práctica.

En cuanto a su RELACION con Pinel se lo nombra el ejecutor de sus ideas, el hombre de su confianza, asistente, colaborador, maestro, colaborador modesto, cotidiano, fiel, discípulo, precursor, ejecutor de los nuevos tratamientos introducidos por Pinel, alma de muchas realizaciones prácticas en la reforma de los asilos.

Tenemos datos también de que el 3 de agosto de 1887 se realizó un homenaje en su memoria⁽⁸⁾, colocando una placa a Pussin en el exterior del Hospital Bicêtre. Hemos recibido información que en Francia, París, existe un centro de salud mental con su nombre.

Los Testimonios de Pinel sobre Pussin

En el intento de ir descubriendo a Pussin creemos que los testimonios del propio Pinel hacia su figura constituyen elementos claves para identificar su lugar en la historia. Rescatamos hasta aquí cinco de sus legados:

1- en la introducción del Tratado de la Manía⁽⁶⁾ Pinel, haciendo referencia a "Grandes hombres... que se han consagrado al tratamiento de los alienados", dice:

"Podemos citar, entre otros⁽¹⁾ Willis de Inglaterra, Fowler en Escocia⁽²⁾, el conserje del hospicio de alienadas de Amsterdam⁽³⁾, Poution, director de alienadas del hospicio de Manosque⁽⁴⁾; Pussin, supervisor del hospicio de alienadas de Bicêtre⁽⁶⁾; Haslam, apoderado del hospital de Bethleém en Londres⁽¹⁾". (Anexos 2a, 2b, 2c)

Y como una referencia al pie de la página dice:

"⁽⁵⁾Observaciones hechas por el ciud. Pussin sobre los insanos, en Bicêtre, el primero de noviembre del año 6°. (Este es un manuscrito de nueve páginas que yo poseo)" (Anexo 2a, 2b, 2c)

"El manuscrito de nueve páginas" que dice poseer, en el concepto de Dora Weiner, constituye aquél que Pinel adjunta a la nota que envía al Ministro Neufchateau solicitando el traslado de Pussin de Bicêtre a la Salpêtrière.

2- En el mismo libro (*Tratado de la Manía*)⁽⁶⁾, Pinel nombra a Pussin en numerosas oportunida-

des en los términos antes mencionados, recuperando mucho de sus observaciones, experiencia, conocimientos y anécdotas, en relación a las enfermedades mentales, así que en cuanto al trato con los enfermos, a los tratamientos y a la organización de la institución.

3- La carta (descubierta por Weiner e incluida en el trabajo de su autoría⁽³⁾) que Pinel envía al Ministro del Interior François de Neufchateau solicitando la transferencia de Pussin de Bicêtre a la Salpêtrière, deja testimonios sobre cuestiones esenciales.

En sus testimonios Pinel reconoce:

- * *Las calidades humanas y la experiencia y la sabiduría de Pussin sobre los enfermos mentales.*
- * *La anticipación y valor de las normas de ordenamiento institucional introducidas por Pussin en el hospicio.*
- * *La antelación y eficacia de los tratamientos no violentos probados por Pussin en pos del "restablecimiento de la razón" de los enfermos.*

Una última cuestión notable que merece resaltarse es que, al decir que Pinel en esta carta, él ha pasado "tres años en Servicio en la Salpêtrière sin poder introducir tratamiento alguno ni aún efectuar observaciones en virtud del desorden que reina" en el hospicio y que al parecer, sólo el traslado de Pussin lo hará posible.

4- Debemos también a Pinel el legado del manuscrito de Pussin que, según Dora Weiner, Pinel adjunta a la nota mencionada y cuya traducción se incluye en su trabajo "The apprenticeship of Philippe Pinel: a New Document. Observations of Citizen Pussin on the Insane"⁽³⁾.

5- En la parte introductoria de su libro "La Médecine Clinique"⁽⁷⁾ Pinel, sin nombrar a Pussin, hace referencia a aspectos de importancia en la organización de los hospitales que notablemente se asemejan a ideas de Pussin en la materia y los cuales refiere a experiencias en Bicêtre y la Salpêtrière.

Sobre las "Observaciones" de Pussin

Pero si hay una fuente de donde podemos inferir las ideas y prácticas de Pussin, es de sus propias "Observaciones" a las que Pinel se refiere

en la Introducción al Tratado de la Manía como el "Manuscrito de Nueve Páginas que yo Poseo". Estas son las que Dora Weiner descubre en 1978 y difunde en el artículo a que hacemos referencia, bajo el título "Observaciones del Ciudadano Pussin sobre los Insanos".

El manuscrito de Pussin a que hacemos referencia, consta de dos partes. La Parte I —a decir de Dora Weiner— incluye "Tablas del período 1784-1792 con observaciones poco esclarecedoras, convencionales y poco ilustrativas. Es posible que fueran construídas a pedido de Pinel ya que están fechadas once días después de la llegada de Pinel a Bicêtre.

La Parte II, a las que sin duda se refiere Pinel en los términos mencionados, incluye tablas de observaciones que complementan y completan las anteriores cubriendo el período que va de 1784 a 1797. El documento al parecer estaría adjuntado a la carta que Pinel envía al ministro del Interior, Neufchateau, para fundamentar el pedido de transferencia de Pussin a la Salpêtrière.

Las tablas muestran número de pacientes ingresados, egresados después de la cura, muertos y los que permanecen año tras año, asimismo clasifica a los pacientes por edades. Esto nos muestra un hombre observador e inquisitivo, preocupado por los fenómenos globales, que bien merecería el calificativo de epidemiólogo.

Las "Observaciones de Pussin" permiten ahondar mucho más en sus ideas y prácticas. Están ordenadas en ocho apartados y abordan en síntesis los siguientes temas:

Punto 1: Relata que desde 1791 ha disminuído el ingreso de pacientes a su servicio y se pregunta porqué, qué normas de la institución estarían influyendo en esto. No formula respuesta.

Punto 2: Relata que la escasez de alimentos aumenta la mortalidad diciendo que se salvan quienes reciben visita familiar y quienes son empleados como asistentes.

Punto 3: Considera que el trabajo moderado y la distracción favorecen la recuperación. Aquellos que al recuperar "sus sentidos" son empleados de cuidadores, se curan pronto. Los enfermos recuperados son los más aptos par esta labor por su bondad, humanidad y honestidad.

Punto 4: Considera que el trabajo es casi el único medio de mejoría para aquellos

* Síntesis de las "Observaciones del Ciudadano Pussin sobre los insanos" Dora Weiner op. cit.

que son considerados incurables. Describe cuadros de pacientes violentos y místicos. Habla de sus causas por el "Orgullo" y la "Religión". Entiende que el castigo y las amenazas no revierten las ideas y que el trabajo ayuda a cubrir costos y a disminuir la infelicidad.

Punto 5: Considera a la sangría un medio peligroso que causa la enfermedad de la imbecilidad reduciendo a estado de incapacidad total. Este estado, dice, dura dos o tres meses a un año y luego sobreviene una "saludable crisis" que los lleva a la cura. Describe esta crisis y la necesidad de cuidado integral y supervisión estrecha para protegerlos durante el ataque. Los que sobreviven a la sangría y se curan con la crisis son jóvenes de menos de treinta años. Sólo conoce a un hombre de cuarenta que sobrevivió.

Punto 6: Entiende que las comidas que mantienen libre el intestino son muy apropiadas. Cree que la constipación es causa de demencias periódicas y ha probado con éxito cocciones de achicoria por su tratamiento. Esta detiene y neutraliza el ataque. Se lamenta de estos pobres seres que, por perder el juicio dos veces al año, deben permanecer encerrados en el asilo de por vida, concientes de su desgracia.

Punto 7: Habla de la insalubridad del lugar, sus condiciones de deterioro y carencia; aspira a lugares donde se pueda implementar y continuar el tratamiento, considerando que éste debe ser continuado después del alta.

Punto 8: Aborda el tema del maltrato considerando que no sólo es inhumano sino que induce a crisis y violencia, irritación y agresión. Impone la eliminación de las cadenas y su reemplazo por chalecos de fuerza en los casos de extrema necesidad, la supresión total de las golpizas y azotes, así como todo trato salvaje y releva de sus trabajos a los cuidadores que no cumplen estas normas. Introduce normas de orden e higiene y estima que son perfectamente observadas por los enfermos. Considera que los "medios psicológicos" —como los llama— son los más apropiados; entre ellos el trabajo, la distracción, el estímulo, la confianza, el trato amable, la persuasión, y la influencia; debe ayudarse a los enfermos a imaginar un futuro feliz y a gozar de todas las

libertades posibles. Los enfermos son hombres que merecen atención y cuidados, ya que el sufrimiento es causa de sus enfermedades. Considera posible la recuperación y procura el reingreso de estas personas a la sociedad.

PRIMERAS INFERENCIAS

Sobre los lugares de Pussin y Pinel

Es indudable que Pinel ha sido para la psiquiatría un ideólogo y cientista fundamental. bien le vale el calificativo del "más refinado clínico y alienista" de Francia, tanto como su lugar de Padre de la Psiquiatría.

Lo que es dable comprender también es que las circunstancias sociopolíticas de la época, lo inscriben en la historia como tal, pero que fue parte de un proceso de transformación social y en consecuencia de los asilos, mucho mayor y del que son responsables muchos otros en toda Europa.

También nos parece importante destacar que los apoyos políticos, la influencia del Iluminismo, su propia pertenencia a un grupo de preclaros intelectuales y amigos políticos y las características sociopolíticas de la época de la Revolución, configuran un proceso de transformación social global que es preciso tener en cuenta.

Dora Weiner dice, sin embargo, que "menos merecida es la reputación universal de Pinel como liberador de los insanos". Al parecer, en esta tarea fue precedido cabalmente por Pussin en Francia, de cuyos conocimientos empíricos pero sistematizados se valió, además, para producir sus obras psiquiátricas y desarrollar y consolidar el "tratamiento moral". *Pussin observa, prueba, concluye, registra, organiza, conduce, cuida.* Pinel sabe de esto y lo refrenda repetidamente ensalsando las cualidades de aquel custodio y el valor de sus observaciones y da cuentas de cuánto lo necesita para posibilitar su trabajo científico-terapéutico en la Salpêtrière.

Entendemos que Jean Baptiste Pussin merece un lugar singular en los principios de la psiquiatría como rama de la medicina y que, junto con Pinel, es actor de un proceso de transformación social en curso, posiblemente adhiriendo al espíritu de la Revolución.

Sobre Pussin

La riqueza de los escritos de Pussin —y presumimos que de las tablas a las que no hemos podido aún acceder— nos permiten hacer algunas inferencias, acaso audaces y anticipadas, pero puestas a discusión en aras de enriquecer esta investigación.

¿QUE NOS SUGIERE PUSSIN? A nuestro juicio e intentando ubicarnos en el contexto de la época intuimos que:

PUSSIN PIENSA EN SALUD: porque tiene una concepción humanística e integral del hombre y considera sus aspectos físicos, psicológicos y sociales; porque entiende que el estado de los enfermos puede sucederle a cualquiera; porque considera a los enfermos su iguales y aún más aptos y capaces que otros para ciertas responsabilidades; porque considera que su estado es una crisis de la cual es posible recuperarse; porque cree en la cura y entiende necesario y urgente el reingreso de estar personas a la sociedad; porque considera que mucho de la enfermedad es causada por las condiciones del hospicio y el trato.

PUSSIN DA MUESTRAS DE SER UN ENFERMERO AVANZADO porque se ocupa integralmente de las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los enfermos y atiende a sus familias en sus preocupaciones; porque sostiene que las cualidades del vínculo establecido con ellos constituyen principal soporte terapéutico de la atención; porque utiliza un método en su actividad cotidiana, tanto para el cuidado individual, cuanto para la producción de conocimientos generales (observa, diagnostica, interviene, evalúa y pronostica); y porque revela responsabilidades por sus actos e ideas, independencia en las decisiones y creatividad en las prácticas. En función de esto bien podría merecer el nombre de Primer Enfermero Psiquiátrico.^(*)

PUSSIN REVELA SER UN ADMINISTRADOR SANITARIO: porque observa y hace casuística, concluye empíricamente, utiliza sus conclusiones para transformar; fundamentalmente porque administra: planifica, ordena y organiza, conduce y dirige. A partir de su propuesta se direccionaliza la organización de los hospitales psiquiátricos, la internación de los enfermos en ellos y la adecuación de las normas de estructuración y funcionamiento.

Los ideales de Pussin, no son la consecuencia de su genialidad o de su bondad inusual, sino el emergente y confirmador de todo un pensamiento humanístico y liberador de los hombres que crecía en la época, tanto como su referente en el campo de la atención a los enfermos mentales. Asimismo, es posible que sus dotes de observador, sean la consecuencia del propio desarrollo de las líneas científicas de la época.

ALGUNAS REFLEXIONES

A la hora de las reflexiones, bien podríamos quedar entrampados en algunas ideas demasiado accesibles.

Por ejemplo, podríamos, con bastante ligereza, concluir destituyendo a Pinel de su lugar de "Liberador de locos" y constituyendo a Pussin en ese sitio.

También podríamos detenernos en proponer la recuperación de Pussin para la historia de las ideas psiquiátricas, aún las de la salud mental.

O acaso conformarnos con instalar a Pussin en el origen de la enfermería psiquiátrica y aún rescatarlo para la historia de la enfermería. De hecho intuimos que algún día volveremos sobre estas cuestiones con un poco más de información y análisis.

Sin embargo, entendemos que hay demasiados conocimientos que nos faltan y muy muchas cuestiones que no alcanzamos a comprender aún. Por ello, en función de lo recorrido hasta aquí, no vamos a incurrir en estos apresuramientos. Nos interesa reflexionar abriendo todas las preguntas posibles aunque aparezcan desarticuladas y sin sentido.

Nos impacta fundamentalmente este silencio de 200 años tendido sobre la figura de Pussin y a quién, aunque Pinel rescata en su obra y a través de múltiples reconocimientos, la historia va olvidando tanto en los escritos de los historiadores, como en los propios pensamientos de los lectores de Pinel, hasta repetirse en sólo un apellido, un cargo y algunas calificaciones, pero con sorprendente insistencia. Es decir que en el marco de la comprensión integral de la historia, ¿por qué este silencio?

Cuatro ideas centrales parecieran constituirse en eje de nuestras reflexiones:

(*) La historia de enfermería reconoce a Dorothea Lynde Dix (1802-1887) como una de las precursoras de la enfermería psiquiátrica. Nacida en Estados Unidos, se ocupó de la reforma de los asilos en Massachusetts. La historia de la enfermería no menciona a Pussin.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

- Los procesos sociales que rodean, determinan y en que se inscriben las transformaciones.
- Las relaciones entre democracia, salud mental y modos de control social; la pertenencia de la salud al campo de la política social.
- La inserción de la enfermería en el modelo médico, en un lugar de dependencia y a la vez soporte del status dominante, contribuyendo a la configuración del modelo.
- Las cuestiones de poder que se juegan en las tres instancias anteriores.

Nuevamente, *¿PORQUE ESTE SILENCIO?* y *¿QUE RELACION TIENE CON LA PROBLEMATICA DEL PODER?*.

Aquí y ahora y en la Francia de fines de 1700, la anecdotización de la historia, la descontextualización de los hechos y la fragmentación de los fenómenos impiden su comprensión global, conducen a elevar a la categoría de iluminados a determinados actores y tienden un manto de olvido y exclusión de los actores y los procesos históricos-sociales y culturales que se combinan para determinar las transformaciones de cada era.

Para continuar la investigación nos preguntamos entonces:

1- ¿Cuál era el marco sociopolítico que inscribía y determinaba a Pussin y a Pinel?. ¿Cuáles eran los actores sociales, qué relación tenían con cada uno de ellos y cómo los influían?

2- Si la revolución social en curso ponía en lucha a pueblo y oligarquía y si de resultas de ello surgían nuevos poderes en un camino hacia la igualdad y liberación de los hombres y el surgimiento de la democracia, ¿qué posiciones ocupaban Pussin y Pinel en ésta lucha?

3- Y si es ésta la época en que se replantea el trato a los locos coincidentemente con el surgimiento de la psiquiatría como rama de la medicina, ¿qué relación existía entre las ideas de liberación, humanismo y participación social y la problemática de los locos?

Que circunstancias políticas se entremezclaban con la vida de los asilos de alineados?. ¿Por qué se requirió de la intervención del Jefe de la Comuna para liberar a los enfermos de las cadenas? ¿Qué relación existía entre el surgi-

miento de la psiquiatría como ciencia médica (que observa, analiza, clasifica, nomina) y la necesidad de control y aislamiento de los alienados?.

4- ¿Cómo utiliza Pinel las ideas, las prácticas y los escritos de Pussin para sus observaciones y clasificaciones clínicas e institución de nuevos tratamientos?. ¿Transfiere Pinel a sus prácticas las genuinas ideas humanitarias, integrales, de creencia en la salud mental, en la cura y en la reinserción social, que Pussin sostenía?.

5- ¿Qué fenómenos en la distribución del poder se asocian a la jerarquía de Pinel y la ausencia de Pussin en la historia de las ideas psiquiátricas?. ¿Quién detentaba el poder empírico, quién el técnico y quién el político en relación a los conocimientos y la posición social y cómo influyó ello en este silencio sobre Pussin?.

6- Y en función de este juego de poderes, Pussin, cuidador permanente, enfermero, experimentado y de vocación humanitaria, ¿logra realmente validar su saber ante Pinel y sostener y aumentar el status que tenía hasta su llegada? o más bien, absorbido por el peculiar reconocimiento que recibía, ocupa finalmente un lugar de sujeción al maestro?.

7- ¿Qué similitud y diferencias tiene aquella realidad con la enfermería de nuestros días en cuanto a las características de quienes la desempeñaban, sus funciones y su relación con los médicos y otros trabajadores de las instituciones de atención a los enfermos?. ¿Qué lugar ocupaba la enfermería de Pussin en el modelo de atención?.

5- Por fin, *¿QUE OBSTACULOS —QUE PODER— INTERPONIA PUSSIN PARA QUE LA PSIQUIATRIA SE CONSTITUYERA COMO RAMA DE LA MEDICINA ENCARGADA DEL ESTUDIO Y LOS TRATAMIENTOS DE LOS ENFERMOS MENTALES? Y... ¿NO HABRIA POR ESTO QUE OLVIDARLO?*.

Para terminar ya, un detalle: Dora Weiner afirma que "Pussin no mencionó a su famosa socia ni tampoco dió crédito a su propia esposa, según Pinel, su colaboradora, mujer dotada de una sutileza y un coraje cruciales para manejar a los enfermos violentos".⁽³⁾

También afirma que "los otros empleados — del hospicio— no gustaban de Pussin quien aparentemente actuaba de manera autocrática y decía a todo el mundo que él había enseñado a Pinel, y en alguna manera, estaba acertado".⁽¹¹⁾

ANEXO 1

NOMINACIONES DADAS A PUSSIN POR ALGUNOS HISTORIADORES

AUTOR	FUNCION ASIGNADA	RELACION CON PINEL	CUALIDADES ASIGNADAS
Ackerknecht, E. ⁽¹²⁾	• Intendente	• Colaborador • Maestro	
Bender, G. ⁽¹³⁾	• Supervisor • "Primer" enfermero psiquiátrico	• Mereció la confianza de Pinel • Asistente	• Habilidad especial para tratar a los enfermos mentales
Bringas, E. ^(a)	• Personal de guardia • Enfermero psiquiátrico • Supervisor de Bicêtre • Policía	• Asistente • Colaborador • Observaba y aportaba a Pinel datos empíricos	• Calidades humanas para manejar los enfermos mentales
Cáceres, A. ⁽¹⁴⁾		• Discípulo	
Delay, J. ⁽¹⁵⁾	• Policía interior del hospital • Enfermero	• Colaborador cotidiano en la reforma humanitaria • Hombre en el que Pinel Confía	• Hombre lleno de celo, preocupación y vigilancia
Dorner, K. ⁽¹⁶⁾	• Ejecutor de los nuevos tratamientos • Director del orden interno • Superintendente		• dotes psicológicas y terapéuticas
Garrison, H. ⁽¹⁷⁾		— N O L O N O M B R A —	
Haggard, H. ⁽¹⁸⁾		— N O L O N O M B R A —	
Martini, J. ⁽²⁾	• Alma de muchas realizaciones prácticas en la reforma de Pinel. • Enfermero	• Colaborador modesto	
Pinel, P. ⁽⁷⁾		— N O L O N O M B R A —	
Pinel, P. ⁽⁶⁾	• Dirección general del hospicio • Vigilancia • Hombre que mejor conocía los estados de los enfermos • Conducción y cuidado • Responsable de innovaciones • (Hay innumerables referencias)	• Fiel colaborador • Amigo • (Hay innumerables referencias)	• Padre bondadoso y afectivo • Hombre reflexivo y con experiencia • Maestro en su arte • (Hay innumerables referencias)
Pinel, P. por Weiner, D. - (Carta a Neufchateau) ⁽³⁾	• Introdutor de normas y principios • Vigilancia interior • Inspector ("surveillant")	• Pinel le "testimonia reconocimiento auténtico"	• Rara inteligencia • Experiencia de muchos años • Imperturbable firmeza • Ascendencia sobre el espíritu de los pacientes
Weiner, D. ⁽²⁾	• Tutor de los insanos • Superintendente • Inspector • Policía interior • Responsable de la suelta de cadenas	• Iniciador de Pinel en los métodos psicológicos (tratamiento moral) • Pinel "obtuvo virtualmente su aprendizaje de Pussin" • Precursor de Pinel	• Indocto pero experimentado • Dueño de sabiduría práctica • Humilde hombre común
Castiglioni, A. ⁽²¹⁾		— N O L O N O M B R A —	

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Max Neef, Manfred. ECONOMIA DESCALZA. Cepaur. Montevideo. 1987.
- 2 "La Enfermera". Editorial de la revista NEUROPSIQUIATRÍA Año VIII, N° 3, 2da. época. Bs. As. St. Oct. 1977.
- 3 Weiner, Dora "el Aprendizaje de Philippe Pinel: Un Nuevo documento. Observaciones del ciudadano Pussin sobre los insanos". AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 136:9. sept. 1979.
- 4 Damigella, Luis. "La Locura". TRANSFORMACIONES. N° 15. Centro Editor de América Latina. Bs. As. 1971.
- 5 Pinel, Ph. NOSOGRAPHIE PHILOSOPHIQUE. Brosson. París. 1798.
- 6 Pinel, Ph. TRAITE MEDICO-PHILOSOPHIQUE SUR LA ALIENATION MENTALE OU LA MANIE. Paris. 1801.
- 7 Pinel, Ph. LA MEDICINE CLINIQUE. Brosson. era. ed. París, 1815.
- 8 Editorial de la revista AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 136:9. Septiembre de 1979.
- 9 Jamieson y otros. HISTORIA DE LA ENFERMERIA Interamericana. México. 1980.
- 10 Lancaster, J. ENFERMERIA COMUNITARIA. Modelos de prevención en salud mental. Interamericana. México 1986.

ANEXO 3

CRONOLOGIA DE LOS ACONTECIMIENTOS QUE ASOCIAN A PHILIPPE PINEL Y JEAN BAPTISTE PUSSIN EN RELACION AL SURGIMIENTO DE LA PSIQUIATRIA, SEGUN DIVERSOS AUTORES

1745	Nace Pinel en Languedoc.
1746	Nace Pussin en Lons-le-Saulinier.
1771	Pussin ingresa a Bicêtre enfermo de escrófula.
1780	Pussin es empleado en el pabellón de varones de Bicêtre.
1784	Pussin es nombrado intendente del pabellón de pacientes incurables de Bicêtre.
1789	Revolución Francesa
1790	Informe del Comité de la Mendicidad sobre las condiciones de los asilos, destacando la organización de Bicêtre.
1793	Pinel ingresa a Bicêtre como médico de las enfermerías. Tablas de Pussin - Parte I comprendiendo el período 1784-1792.
1794	Pinel es nombrado Profesor de Medicina de la Escuela de París.
1795	Pinel es designado Médico en Jefe del Asilo de Alienadas de la Salpêtrière.
1797	Pussin quita las cadenas a 49 enfermos mentales en Bicêtre, (según escritos de Pussin).
1798	Pinel quita las cadenas a 49 enfermos mentales de Bicêtre, (según el historiador Garrison). Pinel publica la Nosografía Filosófica. Carta de Neufchateau (Ministro del Interior) solicitando el traslado de Pussin a la Salpêtrière, escrita por Pinel. Documento de Pussin, Parte I y Parte II - Período 1784-1797
1801	Pinel publica el Tratado Médico Filosófico de la Alienación Mental o la Manía.
1802	Pussin abandona Bicêtre e ingresa a la Salpêtrière como superintendente del hospicio. Pinel publica la Medicina Clínica.
1811	Muere Pussin
1822	Pinel es jubilado de la Escuela de Medicina, acusado de liberal.
1826	Muere Pinel
1849	Pintura de Müller que muestra la quita de las cadenas a los locos de Bicêtre, por Pinel.
1878	Pintura de Fleury que muestra la quita de cadenas a las locas de la Salpêtrière por Pinel.
1887	Homenaje realizado a Pussin en Bicêtre a través de una placa en su memoria.
1890	Paul Bru descubre una biografía de Pussin.
1978	Dora Weiner descubre entre los papeles de Neufchateau, en los Archivos Nacionales de París, los escritos de Pussin y la carta de Pinel a Neufchateau.

SOBRE OTROS GESTORES RELACIONADOS AL SURGIMIENTO DE LA PSIQUIATRIA PARTICULARMENTE A LA REFORMA DEL TRATO DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EUROPA

1774	Pedro Leopoldo I de Toscana
1787	Abraham Joly en Ginebra
1788	Vicente Chiarughi en Florencia
1791	Joseph Daquin en Chamberi
1796	Haslam, Willis y Tuke en Inglaterra
(1794-1866)	Connolly en Inglaterra

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 11 | Weiner, Dora. CARTA PERSONAL REMITIDA A LOS AUTORES. Los Angeles. Septiembre de 1989. | 17 | Garrison, H. HISTORIA DE LA MEDICINA. Interamericana. México. 1966. |
| 12 | Ackerknecht, E. HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA. EUDEBA. Bs. As. 1962. | 18 | Haggard, H. EL MEDICO EN LA HISTORIA. Ed. Sudamericana. Bs. As. |
| 13 | Bender, G. HISTORIA DE LA MEDICINA. | 19 | Saury, J. HISTORIA DE LAS IDEAS PSIQUIATRICAS. |
| 14 | Cáceres, A. LA EVOLUCION DE LA PSIQUIATRIA. Atlántida. Bs. As. | 20 | Smith-Elder. THE TREATMENT OF INSANE WITHOUT MECHANICAL RESTRAINT. Londres 1556. |
| 15 | Delay, J. "Philippe Pinel a la Salpêtrière". Boletín. Paris. | 21 | Castiglioni, A. HISTORIA DE LA MEDICINA. Salvat. Bs. As. 1941. |
| 16 | Dorner, K. CIUDADANOS Y LOCOS. Taurus. Bs. As. | | |

ENTREVISTAS Y NOTAS

- | | | | |
|---|--|---|--|
| a | Al Prof. EXEQUIAS BRINGAS NUÑEZ, Catedrático en Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba 1988. | | Becaria del Gobierno Francés para realizar Estudios de Enfermería con Orientación en Psiquiatría en L'Ecole des Cadres de la Croix Rouge Française. Ex-Profesora de enfermería Psiquiátrica de la Escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba 1988. |
| b | Al Dr. EDUARDO MAHIEU. Prof. Curso de Especialización en Psiquiatría. Ex-Prof. de Clínica Psiquiátrica Universidad Nacional de Córdoba. Universidad Católica de Córdoba. Córdoba 1988. | e | A la Lic. Enf. STELLA MARIS FELIZZIA DE PEREZ. Enfermera Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Antonio de Padua. Río Cuarto. Córdoba. Córdoba 1988. |
| c | A la Lic. Enf. MIRTA PIOVANO DE CARRASQUERA, Docente de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba 1988. | f | A la Dra. DORA B. WEINER. Profesora de Humanidades Médicas. Escuela de Medicina. Universidad de California. Los Angeles. Córdoba. Los Angeles. 1989. |
| d | A la Lic. Enf. YOLANDA DEL CARMEN CICCHITTI. | | |


ANEXO 2

T R A I T É
MÉDICO-PHILOSOPHIQUE
 SUR
L'ALIÉNATION MENTALE,
 OU
L A M A N I E,
 PAR P. P I N E L,

Professeur de l'École de Médecine de Paris,
 Médecin en chef de l'Hospice National des
 femmes, ci-devant la Salpêtrière, et Membre
 de plusieurs Sociétés savantes.

Avec Figures représentant des formes de
 portraits d'Aliénés.

A P A R I S
 CHEZ RICHARD, CAILLE & Co
 Libraires, rue Haute-Feuille,



A N X.

-12-

ANEXO 2

xlv INTRODUCTION.

cure, se sont consacrés au traitement des aliénés, et ils ont opéré la guérison d'un grand nombre, soit en temporisant, soit en les asservissant à un travail régulier, ou en prenant à propos les voies de la douceur ou d'une répression énergique. On peut citer entre autres (1) Willis en Angleterre, Fowlen en Écosse (2), le Concierge de l'hospice des aliénés d'Amsterdam (3), Pussin, surveillant de l'hospice des aliénés de Bicêtre (4); Hâslam, apothicaire de l'hôpital

(1) Détails sur l'Établissement du docteur Willis pour la guérison des Aliénés. Bb. Brit.

(2) Lettre du docteur Loring aux rédact. de la Bb. Britana., sur un nouvel établissement pour la guérison des Aliénés. Bb. Brit. tom. VIII.

(3) Description de la Maison des fous d'Amsterdam, par le cit. Thomas Décaud Philosoph. ca 4.

(4) Observations sur les Insensés; par M. Moutte, administrateur du département de l'ar. Bruch. de 20 pages.

(5) Observations faites par le cit. Pussin sur les fous, à Bicêtre le premier avril an 6. (C'est un ouvrage de 9 pages que je possède.)

-13-

ANEXO 2

INTRODUCTION. xlv

de Bethléem à Londres (1). L'habitude de vivre constamment au milieu des aliénés, celle d'étudier leurs mœurs, leurs caractères divers, les objets de leurs plaisirs ou de leurs répugnances, l'avantage de suivre le cours de leurs égaremens le jour, la nuit, les diverses saisons de l'année, l'art de les diriger sans efforts et de leur épargner des emportemens et des murmures, le talent de prendre à propos avec eux le ton de la bienveillance ou un air imposant, et de les subjuguier par la force lorsque les voies de la douceur ne peuvent suffire; enfin, le spectacle continu de tous les phénomènes de l'aliénation mentale, et les fonctions de la surveillance, doivent nécessairement communiquer à des hommes intelligens et zélés, des connoissances multipliées et des vues de détail qui manquent au médecin, borné le plus

(1) Observations on insanity, with practical remarks, on the disease, and an account of the morbid appearances on dissection. By John Haslam. Lond. 1794.

-14-