



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

**IV CURSO NACIONAL DE  
PLANIFICACION Y POLITICAS  
EN SALUD MENTAL**

C O R D O B A 1 9 9 0

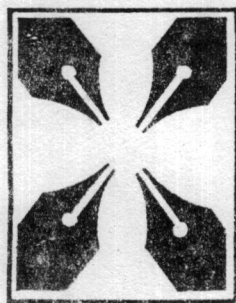
**BIBLIOGRAFIA MOD.1**

INSCRIPCION

ESCUELA DE SALUD PUBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA  
PABELLÓN ARGENTINA - PRIMER PISO  
ESTAFETA 32 - CIUDAD UNIVERSITARIA  
5000 - CORDOBA  
TELÉFONO (051) 60-8812







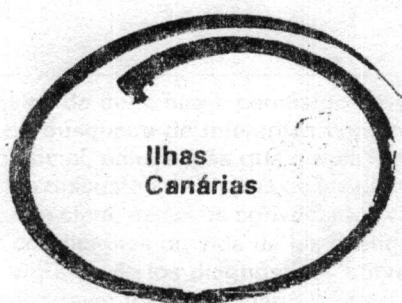
# DIVULGAÇÃO

## EM SAÚDE PARA DEBATE

2

MARÇO 90

ISSN-0103-4383



Ilhas  
Canárias

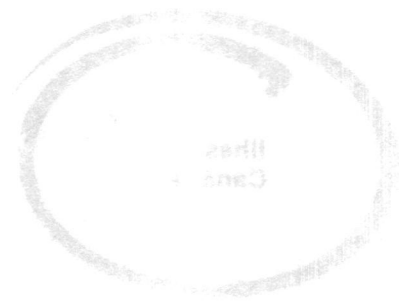
**VI Congresso Mundial  
de Medicina Social**  
*Ilhas Canárias*

2

REVISTA DE PSICOLOGIA

EM SAÚDE PARA DEBATE

ANEXO



VI Congresso Mundial  
de Medicina Social  
Lima, 1975



# POLÍTICAS NEOLIBERALES EN SALUD

## LA DISCUSIÓN DE UNA ALTERNATIVA

\* Susana Belmartino

En las condiciones actuales de tremenda repercusión de la crisis económica sobre el área social, de paralela crisis de valores, de búsqueda de referentes comunes o identidades que permitan un cierto cohesionamiento del tejido social, parece más que nunca indispensable sumar a la denuncia de las políticas neoliberales en salud la discusión de alguna de las alternativas posibles para superarlas.

No parece haber una opción clara, capaz de convocar las voluntades de aquéllos dispuestos a luchar por el mejoramiento de las condiciones de vida de las castigadas poblaciones de nuestros países. Una cierta ambigüedad domina algunos de los diagnósticos sobre las causas y condiciones de la crisis, impregnando la polémica entablada en torno al Estado Bienestar. La misma ambigüedad se proyecta sobre las soluciones propuestas.

Las demandas por la acción o la inacción del Estado sólo alcanzan su verdadero sentido cuando se las articula en el conjunto de los elementos que conforman cada propuesta, cada conceptualización de las relaciones entre Estado y Sociedad, cada modelo de organización de los servicios de salud.

No es por cierto una novedad, en este punto del desarrollo de la teoría de la ideología, la concepción de que cada elemento de un conjunto ideológico sólo cobra su completo sentido a través del principio que los articula. Lo que sucede es que los referentes, los diagnósticos, las demandas en torno a la crisis no siempre aparecen articulados en un conjunto que les asigne una posición neta en el nivel de la lucha política. (LACLAU, 1978; DE CASTRO ANDRADE, 1983).

Una de las opciones centrales explicitadas a través de las manifestaciones del debate, la que se expresa en términos de privatización o estatización es, para algunos analistas, una opción falsa. En muchos de nuestros países el referente estatal aparece rodeado de sospechas. Sospechas de limitado poder de decisión, de escasa transparencia, de parálisis originada en conflictos internos, de clientelismo, de fragmentación, incluso de privatización de algunas áreas.

Si uno de los términos de una opción comienza estar de alguna manera incluido en el otro es posible suponer que la opción es falsa. La posición enreñada a la privatización, a la afirmación de una esfera de lucro asociada a la atención de la enfermedad, aparece mucho más clara si se habla de la delimitación de un espacio de lo público como lugar de explicitación de identidades y valores asociados a la salud/enfermedad.

La posible consolidación de un ámbito público donde se diriman los conflictos de valores y se jerarquicen opciones y prioridades remite inmediatamente a la utopía democrática, hoy renovada en nuestra región. Y en la confluencia entre utopía democrática y políticas sociales la descentralización aparece como una de las alternativas posibles en el debate contemporáneo. Como tal quisiéramos incorporarla a la discusión de hoy.

Apresentado no  
taller Internacional  
de Medicina  
Social que se  
seguiu ao  
VI Congresso  
Mundial, em  
Las Palmas,  
Canárias,  
set/1989.

\* Editora do  
Cadernos Médico  
Sociales de  
Rosário  
Argentina

## Las propuestas descentralizadoras

Las propuestas descentralizadoras pueden introducir también una ambigüedad que es no sólo actual, sino que hunde profundamente sus raíces en la historia. Del mismo modo que el término *comunidad* adquiere resonancias ideológicas muy diferentes en Rousseau y en Durkheim, las propuestas de desarrollo local formuladas o implementadas a lo largo del siglo XX en Latinoamérica remiten a un alineamiento que, con matices, refiere por un lado a propuestas de ordenamiento control jerarquizado de una sociedad que se admite como necesariamente no igualitaria, y por el otro al desarrollo de las potencialidades democráticas, de auto-gobierno y participación, como instrumento para garantizar la igualdad jurídica, política y económica que las instituciones del Estado reconocen formalmente a todos sus ciudadanos.

En ese contexto es necesario reconocer que la polémica centralización/descentralización no es nueva, ni pueden discernirse de manera lineal los valores adscritos a cada uno de sus términos. Una mirada superficial a la historia de los países latinoamericanos nos revela propuestas centralizadoras derivadas de regímenes autoritarios de orientación tradicional junto a otras que, desdeñando los valores adscritos al conservadurismo, confían a la neutralidad valorativa de la técnica la consolidación de las fuerzas directrices del desarrollo capitalista.

Na falta junto a ellas las de quienes afirman que sólo los mecanismos centrales de la planificación pueden limitar los excesos del modelo de acumulación dominante, y defienden un poder centralizado, interviniendo activamente en la economía, de manera de corregir los peores efectos de la lógica de la acumulación capitalista.

Lo mismo puede decirse de las propuestas descentralizadoras, si se comparan las perspectivas integracionistas que procuraban resguardar a las comunidades de la influencia disolvente de las transformaciones resultantes de la modernización, creando lazos de solidaridad entre sus miembros a partir de la incorporación de valores asociados a la resignación, el sometimiento y la aceptación de directivas autoritarias, con las propuestas de participación comunitaria que buscan desarrollar sus posibilidades contestatarias en función de la superación del *statu quo*.

Con la emergencia de la crisis la propuesta descentralizadora se ha actualizado, y, en forma paralela, parece haberse agudizado su ambigüedad. Tal como se ha puesto de manifiesto (HERZER Y PIREZ, 1988), es difícil encontrar hoy algún gobierno, partido político, agencia internacional o investigador de las ciencias sociales que se oponga a la descentralización. Tras la propuesta se alinean tanto autonomistas y ecologistas como neoliberales. Las diferentes concepciones de lo local, y en particular su articulación con las posibilidades del desarrollo, la dinámica del sistema político y las consecuencias sociales de los procesos de modernización y cambio aparecen complejamente atravesadas por orientaciones de izquierda y de derecha (AROCENA y MOREIRA, 1989).

Una síntesis de las posibles significaciones, fundamentales y opuestas, ha sido formulada en estos términos: la descentralización puede remitir o bien a una distribución real de poder, o bien a una distribución de las cargas estatales. En el primer caso determinados ámbitos territoriales amplían su poder efectivo haciéndose cargo de funciones y recursos anteriormente en manos del poder central. Esa orientación se percibe como condición necesaria, pero no suficiente, para po-

sibilitar la participación ciudadana dirigida a configurar "un auténtico tejido democrático" (HERZER y PIREZ, 1988, pág. 210). En el segundo caso se traslada al nivel local la carga de la crisis económica y las consecuencias sociales de la retracción del gasto fiscal, se introduce una atomización de las demandas buscando disminuir los conflictos explicitados a nivel central.

Pero esa diferenciación tan neta sólo aparece clara a nivel de formulaciones. Muchas propuestas políticas y buen número de planes de desarrollo reproducen la ambigüedad o por lo menos trasparentan dudas en cuanto a las posibilidades de transformación o los resultados en términos de eficacia social de tales transformaciones. En particular porque en la mayoría de los análisis aparece con claridad meridiana el peso de las condiciones locales en la orientación final de los procesos descentralizadores. La definición de los actores del cambio y de sus estrategias sólo puede hacerse operativamente en el nivel local, aunque sea también indispensable la generación de mecanismos de reproducción y expansión de los procesos democratizadores que estimulen y vehiculicen su consolidación a nivel nacional.

Como ya señalamos, en las últimas décadas la emergencia de la crisis económica y fiscal ha agudizado la confrontación ideológica y estimulado la búsqueda de alternativas, tanto de parte de aquéllos preocupados por el deterioro de la calidad de vida de los sectores de menores recursos como de quienes consideran que cualquier solución estable debe pasar por la recuperación de la actividad económica, defendiendo como consecuencia la optimización de las condiciones para la inversión.

Las consecuencias sociales más inmediatas de la crisis han sido, en efecto, la disminución del consumo social, el empeoramiento de las condiciones de vida, la contracción del salario indirecto, la disminución de la inversión pública en vivienda social, el aumento de los impuestos, en especial los que gravan el consumo, la disminución de las prestaciones sociales y el traslado de parte de sus costos a los usuarios o a las administraciones locales, provocando un proceso agudo de mayor pauperización de los sectores más desprotegidos: los trabajadores del sector "informal", los cuentapropistas y trabajadores independientes, la pequeña burguesía urbana.

En forma en cierto modo paralela se verifica el descrédito de las políticas keynesianas de estímulo a la demanda, a partir de la verificación de su pérdida de eficacia operativa. Anulada la intervención del Estado dirigida a estimular el consumo, cuestionados sus gastos sociales y su política de bienestar como generadores de inflación - inflación de precios, inflación de expectativas, inflación de demandas - sólo queda por privilegiar el lado de la oferta, que ha sido definido como "el reino de la burguesía" (PRZEWORSKI y WALLERSTEIN, 1986). Una producción incrementada exige inversión, la inversión se financia por los ahorros, los ahorros provienen de las ganancias. Por lo tanto, las ganancias se convierten en condición del crecimiento. La fórmula trae como corolario la disminución de la presión fiscal sobre el capital, la privatización de los servicios colectivos para crear nuevas áreas de rentabilidad que estimulen a los capitalistas renuentes a volcarse a la inversión productiva.

El "achicamiento" del Estado se propone desde este ángulo para abrir espacios y posibilidades de expansión a la iniciativa privada, cuestionándose la eficacia económica del estado intervencionista, que fuera la garantía del crecimiento y el bienestar en las últimas décadas.



nes democráticos. En realidad, las modalidades de ejercicio de los poderes locales autorizan la existencia de dudas sobre su efectiva representatividad, y las relaciones dominantes no poseen las características de horizontalidad que el modelo descentralizador supone, encontrándose fuertemente penetradas por prácticas clientelísticas (KUSNETZOFF, 1983). No bastaría, por consiguiente, con la descentralización del poder político, ni con el voluntario abandono de funciones competencias y recursos por parte del poder central. Para el caso de la incorporación al sistema político de organizaciones de la sociedad civil de tipo reivindicativo o simplemente asociativo, a través de órganos de consulta, o involucrados en la gestión de los servicios, se ha señalado el posible riesgo de burocratización, caída en el corporativismo estrecho, clientelismo y cooptación por partidos políticos (CORAGGIO, 1988).

## Fórmulas organizativas: la construcción de un modelo operativo

La revisión cuestionadora de los modelos descentralizadores, especialmente las experiencias ya realizadas en países europeos, apunta algunos efectos perversos que han sido sintetizados por Jordi Borja (1986):

a) incrementalismo político administrativo: multiplicación innecesaria de los niveles y de los entes políticos territoriales y alargamiento de los procedimientos administrativos;

b) reproducción y ampliación de la representación política y de la organización administrativa que tienden a reforzar las cúpulas de los partidos y los corporativismos funcionariales;

c) la transferencia de competencias de carácter social a los entes locales y regionales puede ser una forma de dismantelar el Estado de Bienestar y de disminuir drásticamente las prestaciones sociales cuando no se transfieren recursos económicos y materiales suficientes;

d) en algunos casos la descentralización ha servido para legitimar la actividad de los agentes privados y el mercado capitalista, incluso en sectores tradicionales de servicios públicos, a pesar de la escasa iniciativa y el mal funcionamiento de la empresa privada.

Tanto las propuestas doctrinarias en discusión, como la evaluación producida en algunas experiencias, han permitido elaborar un listado de propuestas organizativas, en el que sobresale la conveniencia de respetar la heterogeneidad de las condiciones locales y la tensión resultante de la necesidad de establecer articulaciones que vinculen los entes locales y regionales con la administración central. Una enumeración de pautas organizativas que no llega a constituir un modelo pero brinda algunas orientaciones generales para comenzar a pensar puede ser la siguiente:

1 - Es necesario superar la concepción de la administración local como organismo dedicado exclusivamente a dispensar servicios a la población. Los organismos locales, además de una mayor autonomía deben tener la posibilidad de participar en la toma de decisiones globales. El ente descentralizado sólo debe tener competencia y funciones propias y decisorias, sino también participar en el proceso de elaboración, decisión y ejecución de programas y normas más generales (BORJA, 1981).

2 - Es necesario contrarrestar la tendencia que lleva a la concentración del poder real en organismos no representativos, como son los aparatos de tipo técnico, vinculados a los centros de poder económico social. El predominio en las decisiones debe corresponder a las instituciones representativas, conformadas por elección directa, favoreciendo al mismo tiempo la participación de sindicatos, organismos de vecinos y usuarios, y, en general, todo tipo de organizaciones representativas de diferentes sectores de la sociedad civil. En el mismo sentido es necesario "socializar" la administración local, desarrollando formas de autogestión de servicios públicos, prestaciones sociales, empresas municipales, etc. (BORJA, 1981).

3 - Es necesario realizar una cuidadosa delimitación de las unidades territoriales y, por lo tanto, la consiguiente definición de los sujetos sociales sobre los que recaerá la descentralización. Los ámbitos funcionales óptimos para la gestión de servicios públicos no corresponden necesariamente a unidades de carácter geográfico, histórico, cultural e social. Este problema se vincula con el de la desconcentración. Por una parte, descentralización y desconcentración no pueden plantearse en términos antagónicos, dado que algunos elementos simples de desconcentración administrativa pueden ser avances que posibilitarán más tarde la desconcentración política (BORJA, 1984). Sin embargo, tal como advierte un documento del ILPES, la desconcentración es condición necesaria pero no suficiente para la descentralización política, y puede utilizarse para desdibujar un proceso de ese tipo. Se menciona como ejemplo el caso chileno: "Técnicamente se trata de un proceso de centralización política y administrativa con desconcentración de decisiones, siempre sujetas a autorización previa de la autoridad jerárquica superior, o al control de su correspondencia con políticas, planes y programas, aprobados por instancias superiores" (ILPES, 1987, pág. 38).

4 - Del mismo modo, la descentralización se plantea como condición necesaria pero no suficiente para desarrollar la participación. En organismos descentralizados la participación puede ser obstaculizada por la permanencia de prácticas autoritarias o clientelísticas, o por

la distancia puesta por el dominio de un saber basado en presupuestos técnico-científicos. Pese a esas reservas, la descentralización aparece como requisito indispensable para estimular una dinámica participativa, basada en la posibilidad de la difusión de información, el establecimiento de canales de comunicación entre electores y elegidos, técnicos y usuarios y la búsqueda de mecanismos de articulación entre instituciones representativas y organizaciones sociales.

5 - Es necesario también un examen cuidadoso de las competencias y funciones que podría ser beneficioso descentralizar con miras a los objetivos planteados. Borja selecciona entre otras las siguientes pautas orientadoras:

- todo aquello que pueda administrarse en un nivel bajo sin incremento significativo de costo debe referirse a ese nivel;

- las competencias y funciones relacionadas con problemáticas que se generan en una determinada área territorial, o sean de interés exclusivo o preferente de su población, deben ser transferidas;

- también se optará por la descentralización cuando la gestión más próxima a los ciudadanos suponga una mejora sensible en la calidad del servicio;

- se descentralizarán aquellas competencias y funciones en cuyo ejercicio se quiera potenciar la participación, cooperación e integración de los ciudadanos.

5 - Se deberá tener en cuenta la interrelación de los ámbitos público y privado. Ante la necesidad de hacer frente a problemas y demandas sociales derivados de la situación de crisis, los entes descentralizados comienzan a hacerse cargo de la iniciativa económica, en particular en relación a la creación de puestos de trabajo, la reconversión industrial y comercial, el reciclaje de trabajadores, la incorporación de nuevas actividades económicas. Es necesario revertir tanto las fórmulas estatistas como el criterio que otorga al sector privado el monopolio de la actividad económica. Los entes descentralizados deberán actuar, con criterios de empresa privada y en muchos casos sometidos a las reglas del mercado.

6 - Es necesario establecer articulaciones entre los poderes locales y el nivel central que garanticen la generalización y continuidad de las políticas. La lucha por la democracia municipal sólo es viable si se inscribe en procesos sociales más amplios, si es asumida por fuerzas que actúan a nivel estatal, superando el nivel de la conciencia localista. (BORJA, 1981). En las situaciones de heterogeneidad estructural dominantes en América Latina los mecanismos transaccionales entre sociedad y gobierno local pueden ser aptos para dirimir conflictos de interés, pero encontrarán graves limitaciones si intentan definir un sentido común que garantice la afirmación de identidades, colectivas, la plena constitución de la ciudadanía, la viabilización de un sistema económico. Por consiguiente, "la clave para determinar el sentido de las propuestas de descentralización está en el sistema política nacional" (CORAGGIO, 1988)

## Hacia una propuesta metodológica de análisis de situaciones locales

Las contradicciones y límites inherentes a las estrategias de descentralización se manifestarán, conforme a lo explicitado, por lo menos en dos niveles. En el ámbito del poder central, por la necesaria reformulación del sistema político para dar cabida a nuevos actores, a la explicitación y compatibilización de nuevas demandas. En la escena local - regional, provincial o municipal, según los casos - por la compleja articulación de un conjunto de variables que podrían sintetizarse provisoriamente en el siguiente listado:

- grado de desarrollo del gobierno local y funciones a su cargo,
- presencia y movilización de las organizaciones de representación de intereses entendidas como actores sociales y/o políticos.
- formas de interacción entre actores y organismos del gobierno: participativas, clientelísticas, autoritarias, técnico-burocráticas, etc.,
- contenidos de la interacción entre actores: conflictos de intereses, explicitación de alianzas, confluencia u oposición en torno a las propuestas organizativas,
- disponibilidad de recursos humanos, técnicos y materiales.

En lo referido específicamente a los servicios de salud y atención médica, el diagnóstico de la situación local se ve considerablemente facilitado por la inequívoca existencia de un sector. La delimitación de actores con intereses en salud, el diseño de una agenda de cuestiones, el análisis institucional, las modalidades organizativas, la conformación de los mercados y las estrategias defensivas resultantes de la contracción de los ingresos y los cambios en su distribución, se tornan más accesibles en el interior del sector.

El planteamiento de una estrategia de descentralización/democratización requiere un análisis exhaustivo de esa dinámica que puede plantearse en tres niveles:

1 - La definición de un sistema de relaciones de poder. Su análisis comprende las relaciones internas al sector, basadas en la distribución de poder entre actores con intereses en el mismo y presencia efectiva en su dinámica. En este nivel habrá que incorporar el impacto de las determinaciones "macro", externas al sector, propias de las relaciones fundamentales de la sociedad en la que se inscribe. Se trata de definir aquí una serie de procesos interdependientes, algunos de incidencia exclusivamente sectorial, otros globales, que afectan también las relaciones internas al sector.

2 - Los procesos históricos de conformación de los actores y sus relaciones. La identidad de los actores se conforma en una dimensión temporal. Una historia de experiencias, conflictos, realizaciones, fracasos, marca la percepción del actor sobre sí mismo, lo constituye como sujeto de un sistema de relaciones internalizado, pero también capaz de potenciar una alternativa. A partir de las experiencias individuales o grupales se elaboran las estrategias de acción: solidarias o individuales, integradoras o excluyentes, de afirmación o transformación del statu quo. Los sistemas de representaciones de los actores individuales o colectivos fueron construidos en el curso de una historia (AROCENA, 1988).

3 - Los modelos organizativos en disputa. La percepción del lugar de cada uno y de los lugares de todos en una trama de interacciones recíprocas conforma "modelos" organizativos que los actores evalúan a partir de categorías como "lo bueno" o "lo posible", confrontadas a "lo que existe". (THERBORN, 1985).

Cada modelo supone cambios en la posición relativa de cada actor y, particularmente, en el rol a jugar por el Estado, en el balance público/privado, en la redefinición de las instituciones, de sus funciones y competencias. Los modelos, puede parecer innecesario aclararlo, no son más que abstracciones formuladas sobre procesos sociales en permanente cambio, pero no por ello están menos presentes en la dinámica política del sistema, orientando las estrategias de los actores. Cada iniciativa, cada demanda, cada decisión, cada nueva modalidad organizativa puede ser pensada en función del reforzamiento o la negación de alguno de los modelos posibles.

### Rosario, septiembre de 1989

AROCENA, José "Discutiendo la dimensión local. Las coordenadas del debate". *Cuadernos del CLAEH* 45/46: 7-30, Montevideo, agosto de 1988.

AROCENA, José y MOREIRA, Aelita *La problemática de la descentralización en Uruguay* Mimeo. Montevideo, abril de 1989.

BOBBIO, Norberto "La crisis de la democracia y la lección de los clásicos" in BOBBIO, N. PONTARA, G. VECA, S. *Crisis de la Democracia*, Ariel, Barcelona, 1985.

BORJA, Jordi "Movimientos urbanos y cambio político" *Revista Mexicana de Sociología* XLII 4: 1341-1369, México, octubre/diciembre de 1981.

BORJA, Jordi "Descentralización, una cuestión de método". *Revista Mexicana de Sociología* XLVI 4: 5-34, México, octubre/diciembre de 1984.

BORJA, Jordi "Transformaciones territoriales e instituciones en Europa". *Revista Mexicana de Sociología* XLVIII 4: 225-257, México, octubre/diciembre de 1986.

CASTELLS, Manuel "La crisis, la planificación y la calidad de vida: el manejo de las nuevas relaciones históricas entre espacio y sociedad". *Revista Mexicana de Sociología* XLVI 4: 35-65, México, octubre/diciembre de 1984.

CORAGGIO, José Luis "Poder local, poder popular" *Cuadernos del CLAEH* 45/46: 101-120, agosto de 1988.



# POR UNA UTOPIA EN TIEMPOS DE LA INCERTIDUMBRE

## PONENCIA DE CLAUSURA DEL CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA SOCIAL

· ASA CRISTINA LAURELL

Las dificultades de la Ponencia de Clausura de un evento como éste Congreso son que debe representar una mirada reflexiva sobre el pasado u ofrecer una visión del futuro y las tareas colectivas a emprender. Fiel a mi convicción de que la Medicina Social o la Salud Colectiva o la Economía Política de la Salud, la denominación varía según nuestra ubicación geográfica pero tiene el mismo contenido, es a la vez una corriente científica y un movimiento social y político intentaré una retrospectiva prospectiva arriesgando juicios sobre la necesidad de la utopía en tiempos de desencanto problematizado que debemos lograr para hacerla factible. Al hacerlo mi visión necesariamente estará teñida por las experiencias latinoamericanas que son las que conozco y en las cuales participo.

Para ubicarnos empezaré con dos momentos de nosotros: el del Congreso hace dos años y nuestra primera reunión en Amsterdam en 1976. En 1987 Giovanni inauguró el Congreso con una reflexión sobre los avances de la democracia en el mundo. Su visión y postulados optimistas despertaron una polémica intensa que indudablemente partió de heridas abiertas, realidades la cerantes y problemas no resueltos. Unos acabaron de entrar a la transición democrática de salida de la dictadura militar y la militarización de la vida política; de la guerra sucia y la guerra civil no declarada que liquidó una generación entera de luchadores sociales. Otros vivíamos las decaídas formales con niveles altos de injusticia social y violencia política; espejismos democráticos que no tardaron en cobrar víctimas en Colombia: compañeros asesinados, compañeros amenazados de muerte y otros en un exilio que se prolonga hasta hoy. La guerra de baja intensidad seguía en Centroamérica con el claro objetivo de no permitir el avance de la reconstrucción nacional y la solución de la profunda desigualdad social. En México, — otra de las democracias formales —, se nos fue impuesto un gobierno ilegítimo en contra de la voluntad ciudadana y por encima de la protesta popular que se extendió por meses en todo el país. En Brasil se consolidó la democracia política en medio de una aterradora injusticia social.

En Argentina volvieron las sonadas militares y en Uruguay se perdió el plebiscito sobre el juicio a los militares responsables de la guerra sucia por temor de que precipitara un nuevo golpe militar.

Con razón la democracia sin calificativos despertó una polémica apasionada, y como si fuera poco estamos en medio de un proceso de retroceso en las conquistas de los trabajadores y de la clase obrera inimaginable unos años antes. El signo de los tiempos fué y es el incremento acelerado en la desigualdad dentro y entre países; si bien, la desigualdad entre los países, nos separa de la creciente desigualdad que dentro de los países nos une.

Contrastan con la situación dolorosa de 1987, reflejada en el debate, los ánimos de nuestra primera reunión en Amsterdam, 1976. Eramos pocos y carecíamos casi de recursos; muchos de nuestros compañeros estaban perseguidos pero teníamos la moral en alto y estábamos seguros de que nuestro proyecto — a penas dibujado, y reconocíamolo totalmente insuficiente — podía disputar la hegemonía del Modelo Médico Dominante. La razón de nuestro optimismo era la certidumbre que generaba la movilización del pueblo en todos los continentes en pos de la construcción de un futuro mejor.

Media entre éstos momentos de nuestra historia dos hechos: uno externo y otro interno. El externo es la crisis como proceso profundo de transformación que tiene como su elemento fundamental la redefinición de la relación Trabajo-Capital; la crisis, pues, como una gigantesca ofensiva del Capital sobre el Trabajo a nivel mundial, que ha debilitado la resistencia de las clases populares, pero ante todo la confianza en la capacidad propia de construir un futuro mejor y más justo. Esta situación se traduce en el hecho interno que podríamos formular como la pérdida de nuestra ofensiva ideológica y política.

En todo el mundo capitalista el proceso de transformación que representa la crisis ha ocurrido bajo los planteamientos del proyecto neoliberal; proyecto que como cualquier proyecto de clase es a la vez económico, político, social e ideológico. En lo económico significa

*Profª do Mestrado em Medicina Social da U.A.M. Xoximilco México*

la reconversión del aparato productivo con un proceso tan vertiginoso y profundo que se habla de la tercera revolución industrial.

Ha cambiado drásticamente la relación de competencia entre las burguesías nacionales y sus distintas fracciones; la composición y ubicación de la industria; la división internacional del trabajo; las relaciones hegemónicas de la posguerra, etc. Pero desde nuestro horizonte resulta aún más importante el drástico cambio de relación de fuerza entre Capital y Trabajo que tiene implicaciones políticas y sociales profundas y que se expresa en la desregulación y flexibilización del uso de la fuerza del trabajo; la destrucción de partes importantes de los contratos colectivos afectando el poder de los sindicatos en la producción y, por tanto, en la sociedad; el resurgimiento de formas de relación laboral precarias (fábrica difusa, trabajo a domicilio, trabajo negro, sweet shops, etc.) y el desempleo. En el terreno de la política social el proyecto neoliberal se expresa como un antiestatismo virulento que propugna la privatización y destrucción de las instituciones de Bienestar Social construidas durante cincuenta años de lucha de los trabajadores. Ciertamente los ritmos y alcances de este proceso han sido distintos según las condiciones previas; los afectos han sido mucho más profundos donde el bloque popular estaba débil organizativa y políticamente y han avanzado mucho más lentamente en los países donde cuentan con organizaciones sociales y políticas sólidas y unitarias.

Por ello el proyecto neoliberal en lo económico y lo social ha podido ser llevado a sus extremos en los países periféricos donde las clases trabajadoras cuentan con organizaciones de lucha débiles, sea porque han sido sistemáticamente destruidas por la represión o porque las condiciones objetivas imponen una relación de fuerza desfavorable para el bloque de los dominados. De esta manera los gobiernos locales, bajo la tutela de instancias internacionales como el FMI, han impuesto el proyecto neoliberal con costos sociales altísimos.

Ejemplifica esta situación el caso de México, donde se ha dado una depresión salarial del orden del 50-60% partiendo de un nivel salarial bajísimo, que en el corto plazo ha sido la expropiación del fondo obrero para el pago de la deuda pública, ya que la masa salarial perdida corresponde casi exactamente al pago de los intereses de la deuda. Asimismo se ha dado una drástica redistribución entre salarios y ganancias del 50-50 al 25 para salarios y 75 para ganancias. Hay un ataque importante a aquellos contratos colectivos que definen el conjunto de las relaciones entre el capital y el trabajo y está en puerta una contrarreforma de la legislación laboral cuyo centro es debilitar la relación contractual colectiva y los instrumentos de lucha de los trabajadores. Proliferan las formas irregulares de empleo y el taylorismo sangriento ha llegado a ser el proceso de trabajo dominante. A la par del crecimiento de la fábrica difusa y el empleo no regulado se ha disparado el desempleo en el llamado sector formal de la economía. Acompañan a los salarios bajos, precios de los productos agrícolas básicos igualmente bajos. Lo que tenemos es, pues, un patrón de acumulación secundario exportador en el cual la reconversión tecnológica no es el elemento central sin los bajos salarios y un uso expoliador de la fuerza de trabajo. En un país de 80 millones se está apostando a un crecimiento económico que en el mejor de los casos, puede beneficiar a menos de la mitad de la población.

Como este Proyecto requiere de algún discurso social, lo plantea como el combate a la pobreza extrema, que vista con detenimiento no es otra cosa que caridad pública con grandes semejanzas con la del siglo pasado. Es decir, mientras que se habla de la guerra contra la pobreza, las instituciones de Seguridad Social, se han vaciado de contenido y la opción de servicios privados aparecen como la alternativa viable.

Observamos pues, una forma grotesca y lacerante de la "nueva sociedad" de sobreconsumo - subconsumo que está surgiendo en prácticamente todas las naciones capitalistas como el resultado de las transformaciones operadas en la crisis.

Asimismo, el neoliberalismo ha logrado articular un discurso ideológico de cierta eficacia que tiene algunos elementos necesarios de destacar. Uno hace relación con la recomposición de clases y el establecimiento de nuevas relaciones de explotación. Esto ha permitido presentar los planteamientos de los trabajadores sindicalizados como la expresión de sus intereses particulares y no como intereses de la sociedad en su conjunto tratando de hacerlos aparecer como ilegítimos. Esto no sólo tiene por finalidad debilitar todavía más a los sindicatos sino además oscurece el hecho de que las conquistas de éstos sectores establecen pautas y normatizan en gran medida las condiciones sociales generales del conjunto de las clases trabajadoras. El debilitamiento de los sindicatos directamente a través de la destrucción de los contratos colectivos e indirectamente por la vía ideológica debilita el conjunto del bloque de los dominados, máxime cuando no existen organizaciones políticas partidarias con posiciones clasistas.

Otro elemento del discurso neoliberal es que ha tenido la capacidad de presentar su proyecto económico como la única salida viable a la crisis. Es decir, a pesar de que su proyecto no goza de popularidad entre amplios grupos es aceptado porque no aparece otra alternativa percibida como factible. Parecemos estar ante una suerte de pérdida de las condiciones subjetivas de un cambio progresista, que a su vez explicaría que la ideología de la nueva derecha ha podido penetrar en muchos ámbitos de la sociedad y particularmente entre los intelectuales. Me parece que esto se traduce en la renuncia de ciertos instrumentos de análisis de la realidad y una incorporación acrítica de los instrumentos analíticos de moda.

Dado que es obvio que la nueva realidad actualiza nuevos problemas, no se trata de negarlos con la sola afirmación de la validez de ciertos conceptos analíticos, pero tampoco parece justificable adoptar acríticamente los conceptos de moda. Por ejemplo, la filtración de la ideología de la nueva derecha, se muestra en la sustitución del análisis de la explotación por el análisis de la desigualdad si no se tiene claro que este último concepto está referido a la esfera del consumo y no a su origen en la producción; igualmente parece necesario citar el contenido del concepto de ciudadano - como individuos iguales entre sí y ante el estado y no sustituir el análisis de las clases por el análisis de los ciudadanos sin más consideración sobre la conformación actual e histórica de las clases. Asimismo, la contraposición de lo privado y lo estatal debería más bien pasar por el análisis de lo privado y lo público lo que permitiría una discusión sobre una forma específica de estado donde resaltaría como problema lo estatal-burocrático y problemas de la democracia y el poder. También, el manejo de la demo-



cracia sin apellido tiende a oscurecer la cuestión de la democracia social y las formas de ejercicio de la democracia política.

Frente a los avances de la ideología neoliberal habría que admitir autocríticamente que la izquierda no ha sido capaz de responder con una visión amplia en un periodo de rápidas transformaciones cuando más se necesita; que se bate entre un exceso de realismo y de dogmatismo cuando más sensibilidad política e imaginación se requiere.

Sin embargo, se puede observar en muchos lugares que no hay una correspondencia entre el estado de ánimo de los intelectuales y el estado de ánimo de las masas populares.

Para poner algunos ejemplos tenemos el éxito inesperado de la candidatura de Jesse Jackson en los EUA; los movimientos huelguísticos en España en diciembre de 1988 y mayo de 1989; el movimiento cardenista en México que ganó las elecciones presidenciales en 1988 y el triunfo del P.T. en las elecciones de São Paulo el mismo año. La magnitud e importancia de éstos hechos, profundamente marcados por planteamientos y proyectos del bloque de los trabajadores, no habían sido pronosticados con antelación, ni por los analistas políticos ni por la mayoría de las fuerzas de izquierda.

Aunque seguramente cada uno de éstos procesos tiene explicaciones distintas y obedecen a una constelación de elementos distintos, expresan, sin embargo, una gran energía colectiva y la voluntad y la esperanza de lograr un cambio, distinto a las transformaciones que se están imponiendo. Me parece, también, que expresan un procesamiento de las vertientes más progresistas de las propias experiencias históricas de lucha de los pueblos, que es un procesamiento diferente al de la historia oficial y en ocasiones de la interpretación de la historia de la izquierda. Es cierto que el reencuentro de los pueblos con su historia, en algunos casos ha llevado a fundamentalismos retrógrados que pueden significar retrocesos graves, pero esto no debe ocultar que en el descontento popular se está gestando una nueva movilización de energía y voluntad colectiva que tiene potencialidades de cristalizar en un proyecto histórico popular. Así aún con la ruptura de algunas formas de resistencia están surgiendo nuevas formas que tienen la posibilidad de cristalizar en una nueva ofensiva.

El contraste entre el optimismo y fácil comunicación durante nuestras primeras conferencias y las polémicas y dificultades de entendimiento en las dos últimas nos plantea, a mi modo de ver, dos cuestiones: Por una parte, hemos sido invadidos por el desencanto o la perplejidad generada por la crisis, y, por la otra, vivimos la paradoja de saber más y haber hecho más y sentirnos menos capaces: estamos en algo que se podría llamar una crisis de crecimiento.

Por ello vale la pena pasar revista al conocimiento y las experiencias habidas durante los últimos 15 años, ya que son las muestras vivas de la fecundidad de nuestros enfoques teóricos y los alcances y dificultades de nuestras prácticas.

A partir de plantearnos el estudio de la salud-enfermedad como proceso social y, por tanto, como una expresión particular de los procesos sociales, hemos podido tener una idea mucho más precisa respecto a cómo el capitalismo produce y destruye la salud.

El análisis de la relación procesos de trabajo y salud ha sido un terreno privilegiado para entender como se destruye la salud a pesar de una riqueza social sin precedente y recursos técnicos insospechados.

Tenemos, por una parte, una comprensión de cómo el capitalismo periférico hace un uso expoliatorio de la fuerza de trabajo desgastándola y expulsándola; como se exportan la nocividad más grave y el empleo de formas de organización del trabajo altamente dañinos. Están por otra parte los estudios del trabajo en el capitalismo regulado con una organización del trabajo cuya expresión específica es el stress y la destrucción de potencialidades psíquicas y la exposición a químicos que invaden el territorio circundante. A partir de distintas estrategias de extracción de plusvalor emergen formas específicas de destrucción de la salud.

Por otra parte, los estudios de desempleo y salud tienen resultados que contienen como negación una de las claves de la recuperación de la salud. Así ponen en el centro de la cuestión del significado social del trabajo y su pérdida como pérdida no sólo del ingreso sino de la dignidad y utilidad social. Apunta a la recuperación del trabajo como productor de la salud a condición de que permite el desarrollo de la creatividad y crecimiento humano. Si en los treinta el desempleo masivo generó movimientos que plantearon la exigencia de la protección social y pusieron las bases del Estado de Bienestar Social, en el desempleo de los ochenta está la semilla de la recuperación del trabajo como actividad básica del hombre no sólo para la producción de bienes sino de hombres completos.

Los estudios de las clases sociales y sus diferenciales de salud-enfermedad no hablan solo de la desigualdad ante la enfermedad y la muerte, sino ante todo expresan sintéticamente como las relaciones de producción y la apropiación de la riqueza social a la vez que producen salud para unos y la destruyen de otros. Habla de posibilidades distintas de disfrutar y usar los bienes y también de las deformaciones de éstos bienes. Todo ello plantea claramente que un proyecto de salud no se ubica principalmente en el terreno médico sino en la intersección de varios procesos sociales claves.

Los estudios respecto a la práctica médica y el modelo médico dominante, asimismo, nos ofrecen una gran riqueza de conocimiento y de experiencias. Han permitido entender a la práctica médica no como la aplicación práctica de una ciencia neutral sino como una práctica social y como terreno de lucha de clases; también nos ha permitido analizar a la práctica médica como un ámbito de realización de plusvalor. Estos elementos explican a su vez el marcado carácter clasista de los servicios; las distintas articulaciones entre servicios públicos y privados y la predominancia de una medicina anclada en el hospital con alta tecnología y una terapéutica farmacéutica deformada. Asimismo dan pistas para entender que se diagnostica y qué no, y cómo se clasifican casualmente las enfermedades.

El conocimiento y reconocimiento de las prácticas populares en salud, por otra parte, ofrecen elementos valiosos, ya que revelan prácticas y concepciones integrales del cuerpo-mente-entorno social y natural, que pueden ser palancas de ruptura de las visiones medicalizadas de la salud y que son formas de resistencia.

Por otra parte podemos extraer algunas enseñanzas importantes de las Reformas Sanitarias — en las cuales algunos de nosotros han desempeñado un papel central. Así demuestran la gran capacidad de resistencia de los grupos de interés económico y de poder burocrático que se ha articulado como sabotaje económico e intentos de desprestigio político de éstas reformas. Tentativamente

esto plantea la necesidad de que los procesos de transformación en el sector salud descansa sobre su real democratización para poder movilizar la capacidad de los trabajadores sanitarios y para que los usuarios organizados sean el motor y los principales defensores de estas transformaciones.

En otro terreno las experiencias de lucha por la salud y de las prácticas alternativas podemos descubrir intentos concretos de reconquista de lo propio enajenado. Destacan particularmente las luchas de las mujeres en el terreno de la salud ya que uno de sus elementos es la reconquista del control sobre su cuerpo. No parece casual que seamos las mujeres las que nos hemos planteado esta lucha ya que socialmente hemos sido tratadas como objetos y nuestra intimidad corporal ha sido enajenada y usada sexualmente. Por ello la reapropiación del control sobre nuestro cuerpo es un momento necesario en la búsqueda del ejercicio de la libertad. Tampoco parece casual que esta lucha se convierta en un movimiento de masas cuando las mujeres se incorporan masivamente al trabajo y otra forma de uso de su cuerpo.

La lucha de los trabajadores por la salud, asimismo, contiene enseñanzas de extrema importancia. Habría que resaltar como una lucha ejemplar la de los obreros italianos ya que contenía las grandes cuestiones planteadas. Así, al darse en una primera fase como la lucha contra la organización capitalista del trabajo, proponía la lucha contra una forma específica y compleja de destrucción de la salud. O sea, no luchaban contra uno u otro riesgo, sino contra una forma histórica de destrucción del cuerpo del obrero colectivo. Además planteó la sustracción de la vida, y específicamente el cuerpo obrero, de la relación monetaria; planteamiento sintetizado en la consigna "la salud no se vend". En este sentido coinciden con las luchas de las mujeres al intentar la reapropiación de lo más íntimamente propio - el cuerpo -. Finalmente estaba planteada la posibilidad de reconstruir desde el ámbito de la lucha lo que estaba negado en la producción: la acción humana como actividad dirigida a un fin. Concebir un proyecto y ejecutarlo, generar conocimiento, a partir de la experiencia colectiva para emprender una acción transformadora; la colectividad como protagonista del cambio y ejecutor de su proyecto y no como masas movilizables en apoyo de uno y otro proyecto.

El hecho de que esta lucha por la salud entró en dificultades ante la ofensiva del capital y no fué suficientemente teorizada, no niega su gran validez; no para regresar a ella como simple repetición sino como patrimonio de experiencia a proyectar hacia el futuro.

Si juntamos todos éstos elementos de conocimiento y experiencias de prácticas - no tomándolas como conocimientos estáticos o experiencias pasadas - tenemos un material muy rico que puede ser procesado para plantear una contraestrategia y alternativas para enfrentar la ofensiva neoliberal. En vez de intimidarnos con las exigencias del período es necesario insistir en la producción teórica ante y a través de la nueva realidad como contribución a la construcción de una propuesta o propuestas viables capaces de vestir la idea de que el proyecto neoliberal es el único factible. Sería éste el quehacer intelectual para ponerse a tiempo con la energía transformadora expresada en las inesperadas movilizaciones populares.

Si el período que vivimos es de crisis y transformación - y por tanto expresa de forma condensada las contradicciones económico-políticas y sociales -, debe de ser un momento privilegiado para desentrañar como el capitalismo produce y destruye la salud. Asimismo el campo específico de la salud es un terreno privilegiado

para discutir las implicaciones sociales de la "nueva" sociedad de subconsumo-sobresconsumo; el ámbito para demostrar la irracionalidad de un proyecto económico que logra una transformación tecnológica profunda pero que empobrece y expulsa a cientos de millones de seres humanos. El concepto clave para acercarse al entendimiento de esta nueva realidad no parece ser la desigualdad que ante todo hace referencia a la distribución de la riqueza social sino el proceso de trabajo que nos permite dar cuenta de las nuevas formas de explotación. Su contraparte lógica es, además, el rescate del trabajo como la actividad básica del hombre para poner a discusión la posibilidad real de una radical transformación de la división del trabajo que la nueva tecnología hace posible y una organización del trabajo que vuelva a unir su concepción y ejecución y lo vuelve a constituir en una actividad de autoconstrucción y realización de potencialidades humanas.

La segunda cuestión que requiere ser pensada en cómo garantizar la satisfacción de las necesidades sociales como cuestión pública bajo una forma estatal que supera lo estatal-burocrático como fuente de poder y de ineficacia. La clave de éste problema no parece estar en trasladarlo al terreno de lo privado sino trabajar la democracia no sin apellidos sino como la profundización de la democracia social y la ampliación de la democracia política directa y representativa.

Una democracia que permita movilizar y desarrollar la capacidad colectiva de plantearse y resolver problemas complejos.

Para acercarnos a éstos dos problemas, que serían las piedras angulares de la utopía cuya factibilidad habría que construir, no parece necesario abandonar el marxismo como herramienta básica. El reto que está planteado, por el contrario, es expandirlo para dar cuenta de la nueva realidad de la sociedad capitalista donde la recomposición de las clases trabajadoras, sus expresiones orgánicas y la redefinición de la relación capital-trabajo abren nuevas interrogantes.

Sustituir la perspectiva de clase por una perspectiva de ciudadanos conlleva el riesgo de perder de vista, una vez más, el núcleo álgido y organizador de la vida social que es la producción y no la distribución y el consumo.

Otra sustitución dudosa es privilegiar los modelos técnicos por encima de la participación de los trabajadores; cuando la expansión de la democracia requiere de soluciones técnicas que privilegian y desarrollan la participación de los productos directos.

Ciertamente revertir el avance del proyecto neoliberal y plantear y desarrollar propuestas alternativas viables pasa por plantearse como partir de lo presente para avanzar en la dirección deseada. Significa articular un proyecto económico-político-ideológico que resuelve crecientemente los problemas inmediatos. Para ello la medicina social tiene un acervo de conocimiento y experiencias acumulado que puede hacer jugar, pero profundizando su capacidad de diagnóstico de los obstáculos sean éstos políticos, económicos o técnicos.



# ESTADO Y SALUD

Carlos Bloch <sup>1</sup>

Mario Testa <sup>2</sup>



Publicación Nº 5

- 1/ Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de la Asociación Médica de Rosario (AMR), Argentina.
- 2/ Investigador del CESS/AMR, del Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
**Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
**Representación de Argentina, 1988**



ESTADO Y SALUD

© Organización Panamericana de la Salud, 1988

Conozca Bloch  
Mundo Testa

© Organización Mundial de la Salud, 1988



Publicación N.º 2

Este trabajo fue presentado en el IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social, realizado en Medellín, Colombia, del 3 al 7 de agosto de 1987. Las opiniones expresadas en él son de la exclusiva responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud  
Buenos Aires, Argentina, 1988

## INDICE

	Página
<b>1. ESTADO.....</b>	<b>5</b>
<b>2. SALUD.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Práctica e ideología de la práctica.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 El médico como profesional.....	13
2.1.2 La función social de la profesión médica.....	14
2.1.3 La práctica profesional como práctica ideológica o la medicina como aparato ideológico del Estado.....	16
2.1.4 Prácticas alternativas como lucha ideológica en la construcción de hegemonía.....	17
2.1.5 La historia como lucha y el cuerpo como arma de combate.....	19
2.1.6 La medicina futura como profesión democrática.....	20
2.1.7 Tecnología y clase.....	22
2.1.7.1 El proletariado.....	22
2.1.7.2 La clase media.....	24
2.1.7.3 Relaciones entre las clases.....	25
2.1.8 La barrera ideológica.....	26
<b>2.2 Organización y poder político.....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Postulado de coherencia.....	27
2.2.1.1 Modos.....	28
2.2.1.2 Condiciones.....	31
2.2.2 La atención primaria de salud.....	31
2.2.2.1 Calidad y puerta de entrada.....	32
2.2.2.2 Sistema social y sistema de salud....	33
2.2.2.3 Soluciones y fracasos.....	36
2.2.2.4 Participación de la comunidad.....	37
2.2.3 Poder.....	38
2.2.3.1 Poder político.....	38
2.2.3.2 Poder y cambio social.....	40
<b>3. CONCLUSIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Relación salud-Estado.....</b>	<b>41</b>
3.1.1 Cuestión nacional, problemas sociales.....	41
3.1.2 El dilema de la concreción.....	42



## 1. ESTADO

Teorizar la relación Estado-salud implica establecer los nexos particulares que ligan los saberes (la teoría) y las prácticas (las políticas) de salud con el Estado. Antes de entrar de lleno en ese análisis intentaremos situar la cuestión del Estado en su perspectiva actual.

Para las ciencias sociales el tema del Estado ha crecido enormemente en significación a partir de la constitución de los estados liberales democráticos -en los siglos XIX y XX-, sin desconocer la relevancia de su conceptualización a partir de la antigüedad clásica. Lo que abre una nueva etapa en la reflexión es la posibilidad de intervención en la vida de la sociedad, precisamente como consecuencia de diferenciar en la misma una parte especializada en los procesos de decisión globales que se conoce como sociedad política o Estado. Esta reflexión culmina la iniciada a comienzos del siglo XVII por los filósofos y juristas que introducen la discusión de los fundamentos del Estado, en oposición a la doctrina aristotélica y su secuencia en el derecho positivo (la compilación justiniana y posteriormente la napoleónica), basada en el derecho natural o racional. Cuando analizamos el comportamiento de las personas antes de la existencia del Estado, es decir en lo que se conoce como el estado de naturaleza, vemos que se llega a la firma de un pacto entre individuos, un contrato social, que da origen al Estado.

La visión que se tenga del estado de naturaleza -no sólo desde el punto de vista de si es bueno o malo, es decir si se trata de una situación idílica de individuos que se relacionan armoniosamente entre sí y con la naturaleza o de una guerra de todos contra todos, sino también si existe ya en ese estado una asociación de individuos que constituye una primera forma de sociedad preestatal- va a dar origen a una serie de versiones y de propuestas divergentes dentro de la misma conceptualización global del Estado como comportamiento racional de la sociedad.

De aquí surge una amplia literatura acerca del Estado, que contiene una extraordinaria confusión terminológica puesto que utiliza las mismas palabras con significados distintos, que sería ocioso intentar aclarar si sólo derivara de las divergencias originarias señaladas, pero que adquiere un sentido preciso si se admite la necesidad de la contextualización histórica de las propuestas científicas, las que en el caso de las ciencias sociales son siempre -o debieran serlo- propuestas científico-políticas.

La discusión histórica sobre el Estado realiza un giro definitivo a comienzos del siglo XVIII, cuando Hegel define al Estado como la realidad racional, que al mismo tiempo conserva y supera a la sociedad civil -reino de la disipación, miseria, corrupción física y ética- que debe ser dominada, regulada y cambiada en el orden superior de la sociedad política (o Estado). La síntesis hegeliana supera así dos grandes corrientes interpretativas en la discusión sobre el Estado: la que proviene del realismo -iniciada por Maquiavelo- que describe al Estado como es y que a través de la estatalización de la razón llega a conceptualizar la razón de Estado, y la que a partir del derecho natural postula un Estado como debe ser, que a través de la racionalización del Estado llega a un Estado como sociedad racional.

Interesa destacar dos puntos de la concepción hegeliana: la consideración del Estado (o sociedad política) como momento positivo frente a la sociedad civil (o sociedad natural o estado de naturaleza) como momento negativo (y en este sentido la sociedad civil de Hegel es un concepto premarxista), en contraposición con los filósofos del derecho natural, en particular Hobbes-Rousseau -que ven al Estado como una restauración

alternativa que parte de la negación del estado de naturaleza- y Locke-Kant -que lo ven como un perfeccionamiento y regulación de la sociedad natural-. La cuestión del derecho adquiere relevancia en este momento a partir de la incorporación -por los juristas que se basan en el derecho natural- del derecho público como fundamento del Estado. Kant destaca este aspecto al señalar que el Estado es la sociedad que garantiza "lo mio y lo tuyo mediante leyes públicas".\*

Hasta estos desarrollos podemos marcar algunas de las confusiones en los significados de los términos utilizando diferencias específicas, de la siguiente manera: lo civil aparece como lo no estatal, aunque también como lo que corresponde a lo civilizado en oposición a lo bárbaro, de donde resulta la sugerencia de lo estatal como lo bárbaro; en tanto que lo preestatal es lo no político, pero asimismo lo opuesto a lo estatal que se contrapone a lo natural, de resultas de lo cual se induce el pensamiento de lo estatal como lo político y lo preestatal como lo natural, en tanto que lo político aparece como lo bárbaro. Para el derecho natural la sociedad civil es lo mismo que la sociedad política o el Estado, estableciéndose una contradicción entre el estado de naturaleza o sociedad natural con la sociedad civil; en cambio para la tradición hegeliano-marxista la sociedad civil se identifica con la sociedad preestatal y la contradicción existe entre sociedad política o Estado y sociedad civil.

Marx critica a Hegel al afirmar que las relaciones jurídicas y las formas de Estado no se comprenden por sí mismas o por la evolución general del espíritu humano, sino por las relaciones materiales de la existencia cuyo conjunto es la sociedad civil, basada en la economía política. Pero también lo incorpora críticamente al plantear que el Estado es violencia organizada y concentrada de la sociedad, cuyo sentido es conservar, prolongar y estabilizar el estado de naturaleza, aunque esa perpetuación sea de una guerra de clases (y no de todos contra todos) de la que el Estado es expresión e instrumento para la repetición y potenciación de intereses particularistas. El Estado aparece como un aparato coercitivo, instrumento de dominación de clase y momento subordinado respecto de la sociedad civil de la que es un simple reflejo, en cuanto esta contiene las relaciones económicas de la sociedad; en ese triple carácter, también es transitorio.

En síntesis: para Marx la sociedad civil es toda la vida social preestatal donde se desarrollan las relaciones económicas, las cuales, como escenario de la historia, constituyen la estructura que precede y determina el momento político o superestructura jurídica, política e ideológica que constituye el Estado.

El nuevo giro que van a sufrir estas ideas clásicas acerca del Estado -y sus conceptos relacionados: sociedad civil, superestructura, hegemonía, etc.- está dado por el pensamiento de Gramsci que se desarrolla en el complejo período de entreguerras, después de la derrota del movimiento progresista en Italia (y Alemania) con el ascenso del fascismo, pero también junto con el avance que experimenta la reciente Unión Soviética a partir del triunfo de los comunistas. En esas circunstancias, sometido a la censura de sus carceleros fascistas pero también -dice Perry Anderson- a la de sus compañeros del movimiento comunista internacional,

\*E. Kant, "Metafísica de las costumbres", en Scritti politici, Torino, UTET, 1956, p.422, citado por Norberto Bobbio en "Gramsci y la concepción de la sociedad civil", en Estudios de historia de la filosofía: de Hobbes a Gramsci, Madrid, Editorial Debate, 1985.



Gramsci elabora deshilvanadamente -dialécticamente?- su complejo esquema acerca del Estado, que intentaremos sintetizar apretadamente -riesgosa tarea- en los siguientes párrafos, no con la intención de constituirnos en transmisores del verdadero pensamiento gramsciano, sino para poder, a partir de allí, presentar nuestra interpretación de los problemas que plantea la relación salud-Estado que es el centro de nuestro interés.

Creemos que la mejor manera de identificar rápidamente el núcleo básico de la reformulación propuesta por Gramsci, es señalar lo que lo diferencia de las postulaciones previas. De ese modo iremos incorporando lo que otros pensadores aportaron, sin quedar atados a un modelo rígido que bloquee la posibilidad de nuevas aperturas frente a las circunstancias actuales que debemos enfrentar. Para hacerlo seguiremos el trabajo citado de Norberto Bobbio "Gramsci y la concepción de la sociedad civil".

En la literatura sobre el tema, muchos de los intentos por aclarar la cuestión del Estado se basan en ubicar sus componentes y determinaciones en los espacios sociales definidos como estructura (o infraestructura) y superestructura, entendida la primera como el lugar de las relaciones económicas y la segunda el de las relaciones jurídicas, políticas e ideológicas, estableciendo a partir de ahí una prioridad de determinaciones entre una y otra que se resuelve clásicamente en la determinación de la superestructura por la estructura. Esta solución no ha tenido una vida fácil, habiendo sido cuestionada desde diversos puntos de vista por varios autores, pero lo más curioso acerca de ella es que ya antes de su formulación original había sido cuestionada por Hegel -en uno de los episodios semánticos que con tanta frecuencia son culpables del "malestar epistemológico" que caracteriza a las ciencias sociales- al señalar que la sociedad civil se encuentra conformada tanto por las relaciones económicas como por las instituciones que las dirigen y regulan. La ubica así simultáneamente en la estructura -las relaciones económicas- y en la superestructura -las instituciones- coincidiendo en lo primero con Marx y en lo segundo con Gramsci, quien no titubea en definir a la sociedad civil como superestructural, contraponiéndola a la sociedad política. A esta última la identifica con el Estado, aunque también caracteriza a éste, en otros momentos, como la conjunción de sociedad política con sociedad civil.

Lo que diferencia a Gramsci de Hegel es la valoración que hace del Estado (tal vez sería mejor decir de la sociedad política), al cual considera el momento negativo frente al momento positivo constituido por la sociedad civil, compartiendo de ese modo la posición de Marx, aunque diferenciándose de este no sólo por la ubicación de la sociedad civil en la superestructura, sino porque le asigna a esta el papel activo -en cuanto sociedad civil- frente al pasivo según Marx -en cuanto superestructura- en la dinámica de relacionamiento de la sociedad global (uso este término, provisoriamente, para abarcar el conjunto de elementos del análisis).

La similitud entre Gramsci y Hegel avanza un paso más -pero- también se distancia- cuando incorporamos al esquema que estamos dibujando la noción de hegemonía, ya que Gramsci entiende que la sociedad civil es el lugar social de la hegemonía política y cultural de un grupo social sobre toda la sociedad como contenido ético del Estado (remito al estudio de Bobbio ya citado). Esa función de conducción ética es lo que en Hegel define al Estado, como es de sobra conocido y ya ha sido previamente señalado.

La sociedad civil es, según Gramsci, el conjunto de organismos vulgarmente llamados privados, en ocasiones un momento del Estado, que puede

contener los aparatos de hegemonía del grupo dirigente cuando este no tiene su propia organización cultural e intelectual pero que, por sobre todas las cosas, se define como el conjunto de relaciones ideológico-culturales de la vida espiritual e intelectual. No parte del sistema de las necesidades -las relaciones económicas- como en la concepción de Marx, sino de las instituciones que las regulan -piedras angulares de la libertad pública- como en la de Hegel.

Dos antítesis articulan la sociedad civil gramsciana: la principal -que la diferencia de la de Marx al ubicarla en la superestructura- y la secundaria -que la diferencia de la de Hegel al separarla de la sociedad política-. En ambos casos esa diferenciación implica identificar en la sociedad civil (de Gramsci) el momento dominante, tanto respecto de las relaciones económicas como de la sociedad política. Esto es especialmente importante pues según Marx la estructura económica determina en primer término y en forma directa los modos de regulación y sujeción de unas personas a otras, y en segundo lugar y de manera indirecta los objetivos del pensamiento, en tanto que para Gramsci son las ideologías -cuya sede es la sociedad civil- lo que determina las instituciones contribuyendo a crear la nueva historia a través de un nuevo poder que se crea, en lugar de justificar el poder constituido. Estas dos antítesis pueden caracterizarse en términos más concretos identificando el momento económico (de Marx) con la objetividad y las necesidades, frente al momento ético-político (de Gramsci) que se une a la subjetividad o la libertad como conciencia de la necesidad. La otra antítesis separa la política; el derecho, la fuerza, la coacción y la dictadura (la sociedad política), del consenso, la moral, la persuasión y la libertad (la sociedad civil).

La manera en que Gramsci articula estas antítesis se sintetiza de la siguiente forma: cuando las condiciones materiales -las relaciones económicas- que caracterizan una situación histórica son reconocidas -se toma conciencia de ellas-, la estructura se transforma de una fuerza exterior que aplasta al hombre, lo asimila a ella y lo hace pasivo, en medio de libertad, instrumento para crear una nueva forma ético-política; para el sujeto activo de la historia la relación estructura-superestructura es una relación medio-fin. En esta articulación los intelectuales -que en Gramsci asumen un carácter particular, no equiparable al uso habitual del término- son los protagonistas de la sociedad civil, cuyo papel es construir la dirección política y cultural de la sociedad, es decir su voluntad colectiva y su reforma intelectual y moral.

Las confusiones que se generan en torno a las relaciones señaladas entre estructura y superestructura -o necesidad y libertad- y entre sociedad civil y sociedad política -o consenso y fuerza (o ideología e instituciones)- generan el error del sindicalismo (en el primer caso) y el de la estadalotría (en el segundo), los cuales son fuente a su vez de luchas ideológico-políticas contra el economicismo -ligadas al partido- y contra la dictadura -ligadas a la hegemonía-. En cuanto a esto, una última diferencia, esta vez siguiendo a Lenin, para quien el momento de la fuerza es primero y decisivo, en tanto que para Gramsci la conquista de la hegemonía precede a la conquista del poder, utilizándose desde antes de ese momento en la construcción de una voluntad colectiva, la conformación de un nuevo aparato estatal, la transformación de la sociedad, la elaboración, difusión y puesta en marcha de una concepción del mundo.

Detengámonos aquí un momento para hacer una reflexión en torno al significado de las divergencias encontradas, puesto que ellas han llevado a largas discusiones y acusaciones de crímenes intelectuales -que ocasionalmente han dado lugar a crímenes reales- en el sentido de apartarse del marxismo de Marx (o de Engels, o de Lenin).



Creemos que la dificultad principal se encuentra en el terreno de la epistemología histórica o, para decirlo en términos de Popper, el interrogante es si existe la posibilidad de construir una historia teórica, pregunta a la que Popper responde negativamente. No sabemos cuál es la respuesta, aunque estamos convencidos de que esa posibilidad no se resuelve a través de la cristalización de las categorías analíticas -el esencialismo popperiano- sino, en todo caso, con un método que contemple lo que denominamos la contextualización histórica, cuya principal consecuencia metodológica es la permanente adecuación de las categorías analíticas a la situación histórica que se atraviesa, es decir su sometimiento a esa determinación.

No cabe duda de que los marxistas citados en este texto pueden ser caracterizados -todos ellos- como autores que poseen una aguda conciencia histórica -expresada en la permanente referencia a los procesos históricos en el conjunto de su obra-, que se traduce en el fundamento indudable de las variaciones que aparecen en sus categorías básicas, conservando la orientación general de las mismas. No se puede conceptualizar rigurosamente de la misma manera la hegemonía -en su sentido vago de conducción- si se tiene frente a sí el panorama del combate de los comunistas en Rusia en 1917, que si se reflexiona desde la cárcel acerca de las relaciones entre el proletariado industrial del norte de Italia y el campesinado precapitalista del sur.

Sin embargo, hay diferencias reales, que aparecen como el problema de las intermediaciones, inexistente en la formulación de Hegel o de Marx -en quienes existen sólo dos polos de la contradicción, la cual por lo tanto se resuelve en una síntesis dialéctica de ambos polos- pero fundamental en la de Gramsci -donde la sociedad civil es el espacio de intermediación entre la estructura económica y la sociedad política- que se resuelve no por una síntesis de los polos de contradicción sino por la expansión de ese espacio de intermediación.

De modo que una primera conclusión es que las diferencias encontradas -en autores que poseen una misma orientación filosófica- son, en parte al menos, debidas a las diferentes situaciones históricas enfrentadas, junto a la determinación de la teoría por la historia.

El segundo aspecto que intentamos discutir es de mucho mayor relevancia para nuestra tarea futura, pues se trata de una crítica metodológica que se deriva también, en parte, de la contextualización histórica señalada. Decimos en parte porque creemos que hay un error en la forma en que se ha tratado el ordenamiento de los componentes que intervienen en la génesis y conformación del Estado. Veamos estas dos cuestiones en forma separada.

La metodología clásica del análisis es la que hemos caracterizado como la ubicación de los componentes del problema, es decir la división en infraestructura y superestructura por una parte, y en sociedad civil y sociedad política por otra. Este esquema analítico responde a una situación definida y simple en la que es posible introducir esquemas que permiten entender, a riesgo de una mayor simplificación la dinámica del proceso analizado. Pero si la situación se vuelve más compleja el esquema pierde vigencia y debe ser por lo menos modificado, si no descartado por completo. Es lo que ocurre a partir de los procesos de industrialización -fines del siglo XIX, comienzos del XX- en los países del primer mundo, con la aparición de nuevos actores sociales -la clase obrera- que reclaman nuevos espacios en la sociedad civil y generan como respuesta nuevas instituciones de regulación y control -lo que significa un avance del Estado en la sociedad civil. Si además el Estado se transforma en productor, están dadas las condiciones para otro avance: el de la superestructura sobre la infraestructura.

¿Cuál es la consecuencia metodológica de estos procesos?: la pérdida de nitidez en el límite de separación entre sociedad política y sociedad civil y entre estructura e infraestructura. Ese desdibujamiento del esquema es incorporado metodológicamente por Gramsci mediante dos procedimientos: la creación de la noción de bloque histórico -articulación compleja de todos los elementos previos contenidos en las categorías que han perdido vigencia- y la interpretación del problema de la desaparición del Estado como absorción de la sociedad política en la sociedad civil. Esta es la forma metodológica concreta en que Gramsci contextualiza el problema.

Mencionábamos antes un posible error en el ordenamiento de los componentes en infraestructura, superestructura, sociedad política, sociedad civil. Esa posibilidad de error nos fue sugerida inicialmente por la lectura de un texto de Ludovico Silva, El estilo literario de Marx (México, Siglo XXI, 1971), donde afirma -a través de un examen estilístico de la obra de Marx- que el uso de los términos infraestructura y superestructura no constituyen en ese autor conceptos científicos del análisis, sino solamente metáforas literarias.

De nuevo no estoy en condiciones de dar respuesta al interrogante abierto, pero de ser verdadero el comentario de Ludovico, contribuiría a deshacer algunas de las perplejidades que aún oscurecen la discusión precedente. Pero más allá de este uso historiográfico, la eliminación del esquema metodológico analizado abre la posibilidad de tratar con otras herramientas críticas las situaciones que enfrentamos, sin que ello signifique una nueva ruptura epistemológica ni una necesidad renovada de recuperar el discurso crítico de Marx.

Después de Gramsci, el desarrollo histórico mundial ha abierto nuevos espacios de reflexión a partir de la redefinición de las relaciones -económicas y políticas- internacionales por una parte y de la acentuación de las diferencias entre los mundos del desarrollo y el subdesarrollo. La reflexión abarca no sólo el esquema metodológico -el marco teórico- sino las categorías mismas del análisis.

Otra vez es necesario realizar el esfuerzo -que no vamos a emprender aquí- de contextualizar esas categorías para comprender cabalmente lo que ellas denotan en nuestra circunstancia actual: pueblo, ciudadanía, nación, deben ser resignificadas para dar cuenta de la recomposición de los estados a partir de las crisis: la segunda gran guerra, la guerra fría, la crisis energética o fiscal, la deuda externa, la ingobernabilidad de la democracia como consecuencia de su incapacidad para dar respuestas adecuadas al incremento de las demandas sociales, etc., o aún las de los regímenes del Estado social capitalista: el Estado benefactor -como resultado de la crisis fiscal, la deuda externa y la ingobernabilidad- y sus posibles respuestas: el populismo, el Estado democrático o el corporativo.

Pero no analizaremos ninguno de estos desarrollos, que abarcan la temática actual del discurso sobre el Estado, su crisis y reformulación, afortunadamente liberados de las rigideces del dogmatismo metodológico, para pasar por fin a describir nuestra visión -desde el subdesarrollo de las relaciones que existen entre Estado y salud.

Lo que hemos hecho en la primera parte de este trabajo es cuestionar, a través de la particular interpretación de A. Gramsci, no sólo las formulaciones clásicas acerca del Estado, sino los fundamentos mismos de esa teorización -tal como son habitualmente expresados- en cuanto se presentan como una fragmentación o parcialización que no consigue dar cuenta del problema analizado. Este cuestionamiento incluye las formulaciones posteriores a la de Gramsci, sean ellas instrumentalistas (a lo Miliband), estructuralistas (a lo Poulantzas), o críticas (la escuela de



Frankfurt). Avances más recientes como los de Claus Offe, con sus selecciones negativas, positivas o enmascarantes, o el énfasis de James O'Connor en la crisis fiscal, o aun los intentos comparativos entre el mercado y la política (desarrollados en Italia y Alemania), han servido para fundamentar agudas críticas a la reformulación reciente o actual de los estados en los países avanzados, o para explicar el crecimiento de los estados burocrático-autoritarios en los países subdesarrollados, pero no para conformar una teoría del Estado que satisfaga los dilemas y contradicciones planteados.

Por estas razones intentaremos reflexionar sobre la relación salud-Estado, partiendo no del bagaje teórico precedente sino desde la óptica de los procesos concretos que propone la práctica y la organización de salud en los países de capitalismo subdesarrollado y dependiente. Mediante este procedimiento pretendemos replantear las categorías del análisis, aportando elementos que permitan articular de una manera políticamente productiva las relaciones entre el Estado -en tanto categoría explicativa central de los procesos sociopolíticos actuales- y el sector salud -en tanto ámbito particular y específico de nuestro quehacer-.

## INTRODUCCION

La medicina y el poder en Argentina. El poder médico es el poder que se ejerce sobre el cuerpo humano. Este poder se ejerce a través de la medicina, que es el conocimiento que permite entender y tratar la enfermedad. La medicina es un poder que se ejerce sobre el cuerpo humano, que es el poder que permite entender y tratar la enfermedad. La medicina es un poder que se ejerce sobre el cuerpo humano, que es el poder que permite entender y tratar la enfermedad.

El poder médico es el poder que se ejerce sobre el cuerpo humano. Este poder se ejerce a través de la medicina, que es el conocimiento que permite entender y tratar la enfermedad. La medicina es un poder que se ejerce sobre el cuerpo humano, que es el poder que permite entender y tratar la enfermedad. La medicina es un poder que se ejerce sobre el cuerpo humano, que es el poder que permite entender y tratar la enfermedad.

La medicina es un poder que se ejerce sobre el cuerpo humano. Este poder se ejerce a través de la medicina, que es el conocimiento que permite entender y tratar la enfermedad. La medicina es un poder que se ejerce sobre el cuerpo humano, que es el poder que permite entender y tratar la enfermedad. La medicina es un poder que se ejerce sobre el cuerpo humano, que es el poder que permite entender y tratar la enfermedad.

ISBN 950-99324-0-X

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (C.E.S.S.)  
España 401 - 2000 Rosario - Rep. Argentina

Impreso en Argentina, 1988 / Printed in Argentina

# CORPORACION MEDICA Y PODER EN SALUD

## Argentina, 1920-1945

Susana Belmartino

Carlos Bloch

Ana Virginia Persello

Maria Isabel Carnino



## INTRODUCCION

“La mentalidad médica argentina ha cambiado. El primer síntoma es que el antiguo individualismo, que llenó su misión, obedeciendo a causas muy dignas de una época, se abandona. En la actualidad tiene más aceptación la unión, la colaboración, lo mismo en el trabajo que en la vida. Antes de 1910 los médicos estaban atomizados, en 1936 los médicos del país, como los del mundo, están unidos, agremiados. Antaño cada profesional se sentía señor de la tierra, ogaño cada médico se considera unidad de un todo que armoniza y estructura el trabajo. (...)

“Tal cambio se debe a una nueva orientación de las ciencias. En el orden científico la división del trabajo y la especialización son condiciones indispensables, no sólo de progreso, sino de todo conocimiento. (...)

“Si para nuestros inmediatos antecesores el microbio lo era todo, para nosotros el terreno toma cada día más importancia (...) las condiciones ambientales determinan procesos colectivos e individuales para los cuales la antigua técnica o arte se atenía a la sintomatología y la cura individual. (...)

“La medicina deja de ser un asunto privado, principalmente privado, para entrar briosamente en el campo de lo público. La salud, si es individual, es también un fenómeno eminentemente de interés colectivo y público (...)

“Después de la gran guerra la medicina toma caracteres sociales en los aspectos de Previsión, Higiene, Sanidad, etc., y en el mismo de la Asistencia Médica que parecía el último baluarte. Los hospitales municipales y nacionales y sobre todo los seguros sociales le dan una extensión e importancia que nunca tuvo. La asistencia médica se convierte en una función pública cuyo principio es la asistencia pública de todos. Nace un derecho a la Salud que implica un deber funcional de atender a todo el mundo en sus problemas médicos (...)” (*Boletín de la Federación Gremial Médica de la Provincia de Santa Fe, año 1936*)

Para apreciar todos los matices de un texto como el que antecede, para comprenderlo en su integridad, es indispensable fecharlo, inscribirlo en una época y un lugar determinados, en un momento particular del desarrollo de las concepciones sociales relacionadas con la salud, la enfermedad y la atención médica, y obtener una perspectiva histórica que permita evaluar

lo acertado o erróneo de las apreciaciones que el autor formula, en función del desarrollo posterior de los procesos sociales a los que se refiere.

El objetivo de este libro es "datar" ese texto, o cualquier otro de los muchos y muy similares que en la misma época se publican; ubicar la medicina y la atención médica en una sociedad determinada, -la argentina-, en período de cambios profundos y conflictivos, -los años que corren entre 1920 y 1945- y, finalmente, analizar en qué medida esos cambios afectan la inserción de la profesión en el conjunto de las relaciones sociales, de qué manera la perturban, y cuáles son los caminos que se exploran para lograr una nueva adecuación.

Hemos tomado como eje de análisis el proceso de constitución de la corporación médica, aun cuando tenemos plena conciencia de que el problema excede ampliamente sus límites. La conformación del gremio es una de las consecuencias de las transformaciones de la práctica médica que intentamos describir. Ellas explican el conjunto de demandas y expectativas que sustenta el agrupamiento de los profesionales; sin embargo, este nucleamiento no es la única consecuencia de tales transformaciones, y tal vez ni siquiera sea la más importante.

¿Por qué, entonces, elegir la corporación médica como eje analítico? Las razones son variadas, de diversa índole, y han tenido diferente incidencia en la toma de decisión al respecto. Algunas pueden conceptualizarse en forma inmediata, otras se irán precisando a lo largo de este trabajo.

La razón primera y principal es nuestro intento de reconstruir el proceso histórico que conduce a la estructuración actual de las relaciones de poder en el sector salud. En esas relaciones, la corporación médica es un factor que influye relativamente sobre el conjunto de las decisiones que se toman en el interior del sector. Esta primera parte de la investigación constituye entonces el eslabón inicial de una cadena que en el futuro integrará la perspectiva de otras fuerzas sociales influyentes y el proceso de su compleja articulación.

En segundo lugar, las décadas que estudiamos constituyen un momento de afirmación del corporativismo, tanto en Argentina como en otros lugares del mundo. El estudio de este mecanismo específico de representación de intereses se ha centrado casi exclusivamente en las organizaciones representativas de las principales fuerzas que actúan en el terreno económico: empresarios y obreros y, de manera secundaria, en las corporaciones que con reservas se puede llamar "ideológicas", Iglesia, Universidad y, más recientemente, en la corporación militar. El gremio médico tiene algunas connotaciones particulares, que devienen precisamente del diferente nivel de centralidad que asume en los procesos sociales que lo afectan.

En tercer lugar hemos querido mostrar los procesos sociales a partir de la visión que sus protagonistas tienen de ellos o, tal vez, en una formulación menos ambiciosa, la visión de los protagonistas capaces de dejar testimonio, porque pueden difundir sus ideas por escrito. Para eso hemos rastreado tres grandes conjuntos de fuentes donde se hallan opiniones, evaluaciones o propuestas relacionadas con la articulación entre medicina y sociedad: las revistas publicadas por instituciones académicas, como *La Se-*

*mana Médica*, o la que constituye el órgano de difusión de la Asociación Médica Argentina; las publicaciones de los diferentes organismos gremiales que comienzan a difundirse en esos años, y los debates que sobre el tema se producen en el parlamento argentino. Pensábamos obtener así una perspectiva "académica", una "gremial" y una "política". No fue ese el resultado: los actores se mezclan, se superponen y se confunden; las propuestas no difieren por el ámbito del cual emanan, sino porque las sustentan visiones particulares del lugar de la medicina en la sociedad. En la gran mayoría de ellas predomina la convocatoria a la unidad, a la organización, al gremio -como forma de lucha o de defensa-, frente a la complejidad de los problemas con los que la profesión se enfrenta.

Tales problemas remiten a la percepción de una "crisis" omnipresente en la perspectiva médica de la época. El propósito de este trabajo nos exige de la compleja tarea de precisar el contenido conceptual del término, de por sí ambiguo, debido a su uso generalizado para calificar procesos sociales de índole diversa.

Nuestro objetivo no es analizar la crisis de la sociedad argentina, sino la percepción que tienen los médicos de los cambios que se están produciendo en esa sociedad, en el interior de la medicina como actividad científica y en la práctica médica. Asimismo intentaremos examinar cómo se expresa la incidencia de esos cambios en el ejercicio de la profesión y cuáles son los caminos que se proponen para adecuar ese ejercicio a las nuevas necesidades y expectativas sociales vinculadas con la problemática de la salud/enfermedad.

De todos modos, algunas definiciones de la crisis, elaboradas en un plano de generalidad mucho mayor, parecen adecuarse a esta perspectiva de transformaciones que generan necesidades y la redefinición de las prácticas dirigidas a satisfacerlas.

Si tomamos la definición de Lechner, por ejemplo, cuando afirma que desde el punto de vista del *statu quo* la situación de crisis se expresa como fracaso u obstáculo de una *élite* para controlar el desarrollo social, descubrimos que buena parte de la explicitación de la crisis de la medicina pasa por la percepción de la pérdida de liderazgo, por la necesidad de procurar nueva legitimación a una situación de predominio.

Si en cambio nos remitimos a Poulantzas, con su idea de condensación de contradicciones, no podemos dejar de pensar en la forma particular como los médicos argentinos se plantean las contradicciones inherentes a aquella modalidad de ejercicio que se identifica con el calificativo de "liberal". No sólo el desarrollo técnico, que en la perspectiva médica de la época aparece como determinante, sino también las condiciones sanitarias generalizadas, las carencias y superposiciones en la distribución de los servicios, el aumento de las demandas, en sentido cuantitativo y cualitativo, y las crecientes dificultades para satisfacerlas, hablan ya de la contradicción inherente a una medicina pensada solamente como práctica que se ejerce de individuo a individuo.

Por otra parte, aunque centremos nuestro interés en los problemas relacionados con la organización de la práctica médica y su capacidad para dar



respuesta a nuevas demandas sociales, no podemos dejar de preguntarnos por qué cambian o se incrementan esas demandas, y por qué varía la posibilidad o la disposición del conjunto social para satisfacerlas.

Esto nos lleva a considerar el particular período de la historia argentina en el que nuestra problemática específica se inserta. Ya en otras oportunidades hemos intentado caracterizarlo como una etapa de transición entre dos modelos de organización social bien definidos: el modelo centrado en la producción agropecuaria, con Estado cuasi prescindente y en el cual el crecimiento está orientado hacia el exterior, y el modelo industrializador / distributivo, que se basa en el desarrollo del mercado interno y está regulado por el difícil equilibrio del Estado de compromiso.

Pensar estos años -1920 a 1945- como una "etapa de transición" es enfatizar el agotamiento del modelo de articulación entre sociedad civil, sistema político y aparato estatal, que se implantara con relativa eficacia a partir de 1880. Hablar de "transición" no significa retomar la perspectiva de Germani, de un proceso cuya salida está de alguna manera prefijada. Por el contrario, tiende a considerar períodos de inestabilidad -en los que la sociedad argentina observa y analiza de manera crítica sus instituciones fundamentales y discute formas de organización alternativas- precedidos y continuados por otros en los que la balanza se inclina hacia una mayor estabilidad de tales instituciones. Hablar de "transición" y no solamente de "crisis" supone precisar que la superación de la etapa conflictiva no pasa por un retorno a la situación anterior; por el contrario, se logra en virtud de una redefinición de las relaciones sociales fundamentales, de la configuración de nuevas modalidades de articulación entre Estado, sistema político y sociedad civil.

Creemos que las páginas que siguen brindarán algún tipo de apoyo para fundamentar esta hipótesis de orden general en la microhistoria de las relaciones centradas en la medicina y su respuesta a la enfermedad.

Nuestra intención, tal vez sea necesario aclararlo, es dejar hablar a los protagonistas y servir solamente de intérpretes para mostrar cómo se expresan, en esos años, los problemas relacionados con la organización social de la práctica médica. Por otra parte es indudable que la función de intérpretes implica en este caso la selección de los temas, el privilegiar algunas cuestiones, un ordenamiento que supone cortes y superposiciones en el desarrollo de los procesos, en fin, todo lo relacionado con la construcción de un objeto de trabajo investigativo. Que nos definamos como intérpretes no significa que nos declaremos prescindentes, sino todo lo contrario. Simplemente conduce a señalar que en buena parte de este libro se leerá el discurso de la medicina de la época, y que nuestra palabra sólo se introducirá para aclarar temas, ordenar procesos, establecer conclusiones.

## CAPITULO PRIMERO

### EL "MALESTAR" MEDICO. DIFERENTES PERCEPCIONES DE LA CRISIS.

En términos muy generales podría afirmarse que los años que transcurren entre 1920 y 1940 constituyen el período de consolidación del gremialismo médico. En nuestro país pueden rastrearse antecedentes aislados de formación de asociaciones de defensa de los intereses profesionales desde fines del siglo XIX, pero en la década del 20 surgen las primeras instituciones destinadas a perdurar. El proceso parece acelerarse en los años 30 a partir de la conformación de federaciones provinciales -en un movimiento que intentaremos precisar más adelante- hasta culminar en 1941 con la consolidación de la Federación Médica de la República Argentina, organismo de tercer nivel con continuidad institucional hasta el presente.

Acompañando ese proceso de fortalecimiento de la perspectiva gremial médica, a lo largo de la década del 30, "crisis" es la palabra que se utiliza con más frecuencia para caracterizar la situación de la profesión -y ocasionalmente de la misma Medicina-. Crisis económica, crisis política, crisis ética, crisis de civismo, crisis de orientación: la incorporación de calificativos supone diferentes evaluaciones de las causas y las consecuencias de una situación que generalmente escapa a definiciones conceptuales más precisas. Otras expresiones colocan el mismo problema en diferentes planos de análisis: malestar profesional, plétora, tiempo de vacas flacas, miseria del gremio, bancarrota del profesionalismo, mercaderes del templo, médicos cazadores de clientes.

Gremialistas, funcionarios, docentes universitarios, políticos, intelectuales, los médicos que se ocupan del problema en las páginas de revistas especializadas, mítines, conferencias radiotelefónicas, coinciden en el nombre de la entidad mórbida -y de allí la referencia generalizada a la existen-

cia de un "malestar" - pero discrepan cuando se trata de precisar su etiología, manifestaciones, pronóstico y, como consecuencia, en la propuesta de una terapéutica. En la polémica -directa en ocasiones, en otras apenas manifiesta- muestran un fragmento, seguramente muy pequeño, del "torbellino ideológico" que, según la expresión de uno de ellos, caracteriza a la Argentina del momento (1).

Las formulaciones no siempre son claras, los excesos retóricos, frecuentes, las contradicciones no faltan, así como tampoco las identificaciones mecánicas con procesos ocurridos en otras esferas o con situaciones -bien o mal conocidas- existentes en otros países. Resulta difícil caer en la tentación de "etiquetar" el pensamiento médico en ese período particularmente conflictivo de la historia argentina. A lo sumo se podría, tal vez, diferenciar entre sus exponentes a aquéllos claramente nostálgicos del pasado de quienes miran hacia el porvenir y, entre éstos, los que se preparan para enfrentar tiempos difíciles y los que confían en el carácter progresivo de las convulsiones que perciben en el desarrollo societal.

Las dificultades para identificar vertientes ideológicas claramente definidas en los diagnósticos referentes a la "crisis" no invalidan, sin embargo, el intento de agruparlas según algunas líneas de clivaje relativamente netas. La primera diferenciación que proponemos agrupa, por un lado, aquellas expresiones que encaran los problemas profesionales como parte de procesos más generales inherentes a las sociedades contemporáneas, y, por otro, las que se dedican a analizar las condiciones del trabajo médico en sí mismas. En algunos textos ambas perspectivas se complementan; sus autores, después de reconstruir las situaciones "macro", pasan a describir sus consecuencias sobre la actividad profesional. Otros, en cambio, se limitan a analizar las dificultades inherentes a la práctica médica, negando o minimizando la incidencia de procesos de carácter más general, y consideran los factores disruptivos como agentes que operan "desde afuera" de una situación de equilibrio. Dentro del primer grupo es posible establecer una segunda línea de diferenciación, considerando la índole de los factores a los que se atribuye mayor peso en la conformación de la crisis. A continuación intentaremos caracterizar esquemáticamente cada una de las corrientes así esbozadas, en primer lugar porque aportan elementos para nuestra propia valoración del problema, y en segundo término porque cada una de esas perspectivas fundamenta propuestas políticas y organizativas para superarlo.

### Crisis de valores, crisis ética

En esta perspectiva el origen de la crisis se remite a la conmoción de los valores tradicionales provocada por el estallido de la Primera Guerra. "Estamos en el crepúsculo de una época histórica", sostiene Pedro Cernadas (2) en 1936, y a partir de esa afirmación el discurso toma claras reminiscencias arielianas: predominio de un individualismo saturado de espíritu utilitario, de materialismo, jerarquía basada en el dinero, valorización de la máquina por encima del ser humano, abusos del capital, corrupción de

los funcionarios públicos, decadencia del parlamentarismo, negación del cristianismo, sustitución del auténtico patriotismo por un nacionalismo cerrado y agresivo. La crisis señala el fracaso del liberalismo y su incapacidad para garantizar el orden y la estabilidad indispensables para el desarrollo humano.\*

La corrupción de los valores ha penetrado también la institución universitaria.\*\* Atrás han quedado los tiempos en que una sencilla tarima esperaba a los futuros doctores que ascendían a ella para defender su tesis, adornada tan sólo con una inscripción que sintetizaba toda una concepción del médico y la medicina: "Dios te ha instituido sacerdote del sagrado fuego de la vida"(3). A partir de 1918 las universidades prestaron más atención a la cantidad que a la calidad de los estudiantes; se acordaron títulos a granel, no había barreras de entrada ni de salida, pero sí consejeros estudiantiles que influían poderosamente en los dictámenes de los jurados (4). Las posibilidades crecientes de ascenso social tuvieron como efecto inevitable derivar hacia la universidad a "sujetos cuya educación primaria y sobre todo cuya educación moral no es la más adecuada para el ejercicio de la medicina"(5).

La perspectiva no es, sin embargo, pesimista: "se está operando insensiblemente en la presente generación del mundo entero civilizado una transmutación que nos lleva de la inquietud y el inmoralismo al orden y a la moral"(6). Una auténtica *élite* médica, impregnada de los valores tradicionales de la profesión, tendrá un papel dirigente en ese proceso, convirtiendo en realidad la profecía de Gladstone: "tiempo vendrá en que los médicos serán los guías de las naciones".(7)\*\*\*

\*En una referencia más directa a prácticas políticas contemporáneas, la Revista del Colegio de Médicos, comentando el debate sobre la situación de los hospitales municipales desarrollado en el Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires, concluía en noviembre de 1938: "En el fondo lo que está en crisis, en gravísima crisis, es la moral administrativa. Los funcionarios de la comuna detentan sus empleos con segura impunidad. Entre nosotros no se conocen los procesos por inmoralidad en el desempeño de los cargos públicos, no se echa a nadie, no se suspende a nadie... Y todo ello no es más que un episodio del mal de nuestra hora, de la crisis moral de civismo, de moral administrativa y de coraje patrio" (Rev. Col. Med. VII 71:5, noviembre de 1938)

\*\*\*"El exceso de tecnicismo y maquinismo nos ha sumido en un avaro egoísmo sin Dios" afirma el Decano Bullrich al inaugurar los cursos en la Facultad de Medicina en 1934. (Cita por BERMANN, Gregorio, "La crisis de la Medicina", S.M., XLI 20: 1501-1909, mayo de 1934, pág. 1503)

\*\*\*El Profesor titular de Medicina Legal y Deontología de la Facultad de Medicina de La Plata, José Belbey, publica en 1943 un libro sobre Charlatanismo Médico. En sus consideraciones sobre ética profesional afirma tener la segura convicción de que el momento presente constituye "la hora de los médicos; no la hora de la espada, como opinaron algunos espíritus impresionables, pasivos mentales, implorantes de violencias; tampoco la hora de los políticos, ni de los economistas, cada cual visor del problema humano a través de su anteojera. Es la hora de los médicos, de los únicos que no tienen sólo su problema, porque tienen los de la humanidad, los únicos que pueden ver en las inquietudes, en la conducta moral o inmoral de los hombres complejos psíquicos explicables: los únicos que pueden decir a los otros hombres su palabra sobre la por encima de los odios, los lamentos y las ansias"(S.M. L 18: 1036, mayo de 1943)



## Crisis económica, proletarización, desaparición del "médico/artesano"

"El médico se convierte, cada vez más, en un pequeño industrial acosado (...) las tendencias de la época, que podrían calificarse de históricas porque responden al modo de ser del orden actual, se manifiestan en forma persistente y continuada, a través de los períodos de prosperidad y de depresión. Estas tendencias, ya conocidas y extendidas en la industria, en nuestro medio profesional se traducen en las formas de explotación capitalista de la medicina, en los organismos financieros cuyos grandes recursos les permiten llevar al campo de la medicina los métodos de la gran industria: la especialización cada vez más diferenciada, la racionalización, los servicios mejorados, los precios rebajados. Como en el resto del mundo económico, aquí también la gran empresa desaloja el taller del artesano: los grandes establecimientos médicos acosan al médico independiente, al pequeño industrial." (8)

El párrafo transcrito, extraído de las Actas del Segundo Congreso Médico Gremial, reunido en 1936, es un buen ejemplo de otra perspectiva en torno de la crisis. En las Conclusiones del mismo Congreso, aparecen aún con mayor fuerza los factores económicos relacionados con el mercado y las tendencias a la concentración de la producción en grandes empresas como determinantes de la crisis profesional:

"I. La decadencia económica de los profesionales del arte de curar es consecuencia directa de la crisis mundial. (...)

"III. El ejercicio individual de la medicina está en plena decadencia, la cual se acentuará en los años venideros, hasta convertirse en algo casi imposible (...)"

"IV. Las posibilidades económicas de los médicos actuales son precarias en las presentes circunstancias, por el avance de los grandes institutos que absorben al profesional aislado y a las masas de enfermos." (9)

La argumentación es relativamente clara: como consecuencia del avance del capitalismo la libre competencia industrial se traslada a la profesión, que comienza a regirse por la ley de la oferta y la demanda. En función de

\*\*\* ¿Resistirse?. El consultorio particular es, al lado de esas concentraciones de la medicina, como el tallercito del artesano zapatero al lado de la gran fábrica de calzados. Los que se resisten [...] movidos por la esperanza de la vuelta a la edad de oro de la profesión, son víctimas, o lo serán fatalmente. Vivirán como los artesanos que se resisten a la concentración industrial: miserablemente, intranquilos, agitados, obsesionados por la caza del cliente, recorriendo a miles de expedientes de carácter comercial, trabajando mal, prestando servicios insuficientes al enfermo" (BOSIO, Bartolomé, "La tragedia del médico independiente" *BOLETIN F.G.M. Santa Fe*, II 11:2-3, diciembre de 1935, Pág. 3).

Una perspectiva similar planteaba Juan Lazarte en 1943: "La crisis que está viviendo ese conjunto, calificado bajo un mismo denominador económico, se manifiesta en sus profesiones típicas. Esa clase media, incluidos los empleados, forma la quinta parte de la población productiva de nuestro país (la clase media en nuestro país está formada por un 21% de la población); en Francia, la sexta parte. No es tan independiente como se cree (la crisis lo está demostrando) sino que aparenta serlo. ¿Dónde está la independencia de los médicos, abogados, ingenieros, proclamada a voz de cuello antes de 1929, como razón para no intervenir en las cuestiones sociales?" (LAZARTE, Juan, *Problemas de la Medicina Social*, Amicalee, Buenos Aires, 1943, Pág. 29).

ese proceso, la actividad médica sufre las mismas alternativas de auge y depresión que caracterizan al ciclo comercial en el resto del mundo. Pero existe además otro proceso paralelo, resultado de la concentración empresarial favorecida por el capital financiero que, habiéndose manifestado originalmente en la producción industrial, va absorbiendo otros campos de actividad, "y cuyo efecto es operar la separación entre los instrumentos de trabajo (el consultorio) y los productores individuales (el médico), empobreciendo a éstos y convirtiéndolos al fin en asalariados (a sueldo o porcentaje)." (10)

## Crisis política. Reconocimiento de los derechos sociales. Nuevo rol del Estado

En esta visión de la crisis se parte nuevamente de los procesos sociales de la primera posguerra, y se los asocia con el agotamiento del modelo liberal. Pero no se habla de "crepúsculo", sino de "transición". Y el centro del proceso no se pone en una crisis de valores, ni en una manifestación del fracaso de las democracias; por el contrario, se lo plantea como una "intensificación de la evolución democrática de la población." (11)

La creciente ingerencia del Estado en todas las esferas de la actividad social, su intervención en los problemas relacionados con la salud pública, el cuestionamiento de los dogmas individualistas, la socialización de la práctica médica, no son más que aspectos de un único proceso, que afecta también la perspectiva de las funciones sociales de la medicina; que es una actividad profesional y no sacerdotal, una actividad científica de utilidad social y no una simple tarea humanitaria. Existe todavía un "resabio ético" (12) que identifica consagración mística al alivio del dolor ajeno y existencia de hospitales de caridad. Esta concepción, aunque se encuentra grabada hondamente en el acervo moral de la sociedad argentina, debe ser sustituida por la idea de solidaridad social, que incluye la noción de deber social y el correlativo reconocimiento de derechos sociales reconocidos jurídicamente.

También puede encontrarse una visión pesimista de la crisis política, que habla de un retroceso de la humanidad "hacia sociedades instintivas que no evolucionan". En este caso, el autoritarismo y la negación del individuo aparecen como salidas no deseadas de la crisis: "la Rusia es un horniguero, e Italia y Alemania dos colmenas industriales, donde si todos los hombres trabajan y comen, lo consiguen al precio de la pérdida de su libertad de pensamiento y acción". (13)

## Crisis del ejercicio profesional

Cuando la explicitación de los contenidos de la crisis aborda las modalidades del ejercicio de la medicina o, más concretamente, las transformaciones del mercado de trabajo, el análisis se hace más preciso y hay más coin-

ciencias en la descripción del problema, aún cuando persistan las discrepancias en torno a causas y soluciones posibles.

Un ejercicio profesional insatisfactorio, escasamente retribuido, crecientemente mercantilizado, que en ocasiones se desliza hacia prácticas reñidas con principios éticos de aceptación generalizada, parece constituir el horizonte más o menos cercano de buena parte de la población médica.\*

El aumento significativo del número de profesionales, su concentración en las principales ciudades, la canalización de la clientela hacia las grandes instituciones públicas y privadas, que brindan atención gratuita o financiada a partir de diferentes modalidades de prepago, y las innovaciones diagnósticas y terapéuticas que encarecen y complejizan la atención, son los procesos asociados de manera más inmediata a la aparente o real contracción de la clientela privada con posibilidad de pago directo, que demanda atención en los consultorios profesionales. De cada uno de estos procesos existen evaluaciones controvertidas que sintetizaremos a continuación.

### El aumento del número de médicos, ¿plétora, mala distribución o falta de demanda solvente?

Hacia 1930 se estima una población de 6.500 médicos para diez millones de habitantes, lo que equivale a 1.523 habitantes por médico (14). Cinco años después, con cifras actualizadas en virtud del censo de 1934, 9.600 médicos y más de doce millones de habitantes suponen una relación de 1.250 habitantes por médico. Las cifras que manejan los profesionales agremiados en la Provincia de Santa Fe hablan de 450 nuevos egresados anuales de las facultades de medicina existentes en el país, y cerca de 20 médicos extranjeros que revalidan, también anualmente, su título (15). El decano Bullrich, al inaugurar los cursos de 1935, habla de "una hornada de jóvenes médicos que no baja de 600 por año". (16)

Poco expresivas resultan esas relaciones globales si no se las matiza en función de distribuciones regionales. La mayor concentración de médicos se verifica en las grandes ciudades, Buenos Aires, Rosario y Córdoba. En la primera la relación era de 600 habitantes por médico; en la provincia de Santa Fe, 1.800; en Santiago del Estero, 6.000; en La Rioja, 9.000; en For-

\*La descripción de las condiciones del trabajo profesional que transcribimos no tiene otro mérito que el de la síntesis. Reproduce un cuadro que, con diferentes tonos y matices, se despliega incansablemente en el discurso médico de la época: "El médico 'independiente' se empobrece. Busca afanosamente el cliente. Hace reclame en toda forma. Busca suplementos o los acepta. Trabaja agitado. Utiliza prácticas comerciales. Desea ardientemente que haya enfermos, muchos enfermos. Se hace ágil a la caza del cliente. Desencadena o intensifica la lucha intestina en su propio gremio. Trata de desplazar de cualquier manera al colega. No le queda ni tiempo ni voluntad para cultivarse en su ciencia y en su arte. Las necesidades económicas cada día le apremian más. Pierde el entusiasmo de su profesión, como ciencia y arte, si alguna vez lo tuvo. No puede consagrarse, deja de ser recto, poco a poco, hasta ser invadido por el pesimismo y convertirse en un indiferente o un cinico [...] Ya no consigue fijar el precio de su trabajo, es cada día más juguete de la ley de la oferta y la demanda. El estímulo mayor que le mueve es el de perfeccionarse en la caza del cliente, de esa cada vez más 'rara avis' para su consultorio" (BOSIO, Bartolomé, "La tragedia..." *op.cit.* pág. 2).

mosa había 15.000 habitantes por médico. En la gobernación de Los Andes aún no se había establecido ningún profesional. (17)

Algunos años después las tasas no muestran contrastes tan agudos: la distribución ha mejorado, o bien se han afinado los instrumentos de medición. En 1944 se habla de 13.924 médicos para 14 millones de habitantes (1.010 hab./méd.). En la Capital Federal hay 400 habitantes por profesional; en la provincia de Buenos Aires, 1.328; en Santiago del Estero, la provincia más desfavorecida, 4.350. Pero todavía no se menciona población médica para Los Andes. (18)

Año tras año, declaraciones de autoridades universitarias, discursos de apertura de clases, artículos periodísticos, reviven la polémica. ¿Existe plétora profesional? ¿Debe limitarse el ingreso en las facultades de medicina? ¿Puede mejorarse la distribución del recurso humano médico?

En 1937 el rector de la Universidad de Buenos Aires, doctor Vicente Gallo, proporciona cifras comparativas del egreso de abogados y médicos en 1916, 1926 y 1936. En el primer año mencionado se recibieron 96 abogados y 151 médicos, luego las cantidades ascienden a 126 y 353, y 150 y 417, respectivamente. (19)

Dos años antes había sido Bullrich, decano de Medicina, el encargado de conmover al gremio con un discurso en el que asociaba crisis profesional y plétora. Afirma el Decano que el número de médicos es mayor que el que realmente se necesita en función del volumen profesional; que ese sobrante, y el aumento *in crescendo* se deben al afán de ciertos sectores de la población que ansían que sus hijos consigan el diploma; que las facultades sin razón valedera, anualmente vuelcan cantidades crecidas de diplomados; que el sistema universitario adolece de defectos tales que permite una superproducción de profesionales, y que la Universidad y sus dirigentes deben poner límite a esa fabricación ininterrumpida y creciente de médicos. (20)\*

La polémica no es simple, y engloba no sólo los defectos y virtudes de la institución universitaria, y diferentes modalidades y momentos para la selección de los futuros médicos, también supone elaboradas y a veces muy agudas valoraciones de los factores que aseguran el "éxito" del joven profesional: "vocación", buena formación técnica, relaciones familiares o sociales, etcétera.

Otro plano de la discusión, más cercano a nuestro interés por desbrozar los contenidos de la "crisis", se centra en el cuestionamiento de la misma noción de "plétora". Una primera respuesta plantea, como concepto alternativo, el de "mala distribución", y nuevos desacuerdos surgen cuando se analizan sus causas: preferencia por la vida "fácil" de los grandes centros urbanos, aislamiento del médico rural, falta de intervención estatal.

\*Los partidarios de la restricción del ingreso disponen también de estadísticas internacionales que respaldan su propuesta: "Según el Bureau Internacional del Trabajo, en la Argentina la plétora médica supera a la de Yugoslavia, Polonia, Bulgaria, Suecia, Bélgica, Luxemburgo, Holanda, Francia, Dinamarca, Alemania y Letonia; iguala a la de Hungría, Suiza e Italia; y solamente es inferior a la de Inglaterra y Noruega". (CARRERA, José Luis. "Los problemas de la profesión médica: Sus soluciones (II)". *Rev. Col. Med.* IX 87: 24-25, marzo de 1940. Pág. 24).



inexistencia de una política demográfica, etcétera.

Más allá de los datos demográficos puros existen argumentos de peso que avallan el énfasis puesto en los problemas de distribución del recurso humano médico. Estadísticas provenientes de algunas provincias como La Rioja, Santiago del Estero, Catamarca, Corrientes, hablan de un porcentaje de defunciones sin certificado médico superior al 50 por ciento (21). Los profesionales, además, aportan a la polémica datos extraídos de su experiencia directa, que indican que el problema no se limita a las extensas regiones poco pobladas que conformaban buena parte del territorio nacional. Los mismos barrios pobres de Buenos Aires carecen de médicos, y en muchos establecimientos sanitarios la atención de pacientes obliga a los profesionales asalariados a largas jornadas de trabajo. (22)

Por otra parte, ¿cómo puede hablarse de plétora cuando las condiciones sanitarias del país muestran tal nivel de deterioro?. Los contingentes de tuberculosos sin medios de asistencia, los blenorragicos no atendidos, el paludismo endémico, la sífilis, el tracoma, la lepra, diezman a la población al mismo tiempo que ponen de manifiesto las necesidades de atención insatisfechas. (23)\*

¿Cómo puede esperarse que los médicos se establezcan en el interior si se tienen en cuenta las condiciones de vida de la población de la campaña? Quienes los acusan de indolencia o de apego a las comodidades ciudadanas, "se han detenido a considerar las posibilidades económicas de la peonada de los grandes latifundios, de los ingenios, de los obrajes, de los yerbales?" (24). Paulatinamente el argumento va deslizándose desde el punto de vista de la mala distribución hacia una concepción que se apoya en los límites de la demanda solvente.

"La ley de la demanda y la oferta -tomada abstractamente- será una ley, pero en los hechos, demanda, para el caso de la población, no significa demanda de médicos, sino capacidad del demandante para retribuir los servicios profesionales. Hay muchos enfermos que demandan y demandarían médicos, más médicos, pero de esos enfermos, pocos, muy pocos, o ninguno, puede retribuir al profesional." (25)

En el modelo de práctica que comienza a revelarse incapaz de satisfacer las necesidades del profesional en tanto trabajador y de la población necesitada de atención, el médico vive del enfermo, que insensiblemente va transformándose en *cliente* (26)\*\*.

\*"Se necesita del concurso de todos los médicos existentes para afrontar la solución de numerosos problemas [...] El problema de la desnutrición de una parte numerosa de la población infantil y también adulta. El de la morbilidad y mortalidad infantil. El de la tuberculosis [...] el de las enfermedades mentales, cada día más numerosas y variadas, por la complicación de la vida económico social. El de las enfermedades venéreas. El de las enfermedades derivadas del trabajo. Y un sinnúmero de renglones más". (BOSIO, Bartolomé. "El médico y la Sociedad" S.M. XLVIII 34: 476-480, agosto de 1941, Pág. 478).

\*\*En Francia existía una institución que fue anexada luego a la administración de los montes -la Louveterie- cuyos empleados no tenían otra misión que la de conseguir, por todos los medios posibles, la extinción de los lobos. El público se ocupaba poco de los lobos, porque

fesional queda sujeto a las contingencias que afectan la capacidad de pago de sus pacientes. Y urgido por sus propias necesidades vitales insatisfechas, paulatinamente se mercantiliza: compite con sus colegas en la caza de clientes, integra asociaciones con farmacéuticos o productores de fármacos, cobra honorarios irrisorios, acepta comisiones, multiplica las visitas y las prescripciones.

La profesión se "desmerece" por múltiples vías: "haciendo ilegalidades productivas o apelando a recursos poco honestos, como el 'anaana' tan en boga, ya casi aceptado, el tanto por ciento por receta, etc." Pero también percibiendo honorarios insignificantes "no ya por visita sino por intervenciones de gran cirugía, v.gr. por una apendicitis se cobra 150 pesos, incluyendo sanatorio y atención profesional (!), 300 pesos por un Wertheim. ¿Cuánto se deberá cobrar entonces por un panadizo, una uña encarnada, o por una simple visita?" (27)

¿Cómo comienza la vida profesional?

"El pobre comienza su trabajo cobrando dos o tres pesos o menos por visita. Su pudiente compañero, diez o veinte pesos a su regreso de un viaje por Europa, donde pasó 'seis meses estudiando'. Así 'especializado', tiene derecho a criticar a su ex compañero que cobra miserablemente, no pudiendo esperar que la muerte por inanición que le acecha si persevera en una tarifa mayor." (28)

La crónica de la crisis profesional supone disquisiciones filosóficas, alegatos de elevado contenido moral, anécdotas pintorescas y una cierta dosis de ironía. Pero en ese complejo entrecruzamiento discursivo es posible percibir dos encadenamientos causales diferentes. El primero es el que terminamos de describir: empobrecimiento o disminución de la clientela, mercantilización, pérdida del interés por mejorar la capacitación, deterioro de los cuidados médicos, recurso a actividades reñidas con la ética, desprestigio, mayor retracción de la demanda poblacional; el segundo pone el origen del problema en la formación universitaria, que resiente la calidad favoreciendo la cantidad, que permite el ingreso de individuos sin la necesaria formación moral.

Esta última es, sin duda alguna, la visión de quienes ven la crisis general como crisis de valores, la de quienes abogan por la restricción del ingreso universitario y afirman que la profesión debe conformar una *élite* intelectual con capacidad dirigente.\*

ya tenía a los loberos encargados de cazarlos; pero éstos cumplían su misión muy "inteligentemente": sin destruir las guaridas y favoreciendo la reproducción para no aniquilar una especie tan beneficiosa... para ellos. Los campesinos acabaron por considerarlos como los conservadores de los lobos. Y estaban en lo cierto, porque ¿de qué vivirían los empleados de la Louveterie si hubieran destruido a todos los lobos?" (BIANCO, Pedro C., *La socialización de la medicina*, Buenos Aires, 1933, pág. 16).

\*También es la perspectiva que aporta Gregorio Marañón, que visita el país en esos años. En su opinión la crisis se debe a la ausencia de una verdadera vocación por parte de los jóvenes que afluyen a las facultades para seguir estudios médicos y, por ende, a esa misma falta de vocación para ejercer luego las actividades profesionales. "Esta insuficiencia vocacional es reemplazada, en cambio, con un prematuro afán de lucro y de expectabilidad que esteriliza desde muy temprano los nobles impulsos del espíritu para realizar los fines de la profesión

En esta perspectiva, el problema se muestra agravado por las deficiencias de la enseñanza universitaria que no está preparada para la educación masiva. Los nuevos egresados, por su manifiesta incapacidad, se ven obligados a aumentar el número de los aspirantes al puesto público. La "empleomanía" distorsiona las finalidades de la enseñanza técnica que, en lugar de cumplir su objetivo de impulsar el progreso del país y aliviarlo del cáncer de la burocracia, por el contrario, la refuerza. El médico no fracasa por la crisis, sino por su ineptitud, su incapacidad, y la falta de valores morales que lo conducen a prácticas reñidas con la tradición profesional: no sólo se mercantiliza, incurre en charlatanismo prometiendo curaciones espectaculares, desvaloriza su profesión a través de una escandalosa propaganda o la búsqueda desenfrenada de clientes, sino que, además -como afirmaba hacia 1940 el Decano Profesor Gabastou- acuciado por la necesidad, va a ofrecerse complaciente a la socialización de la medicina a precios de liquidación. (29)

El doctor Sutorón, agudo humorista que ridiculiza los males de la profesión al mismo tiempo que plantea verdades que muchos de sus colegas consideran de peso, en 1938, en ocasión de un mitin organizado por el gremio para solicitar la retribución del trabajo hospitalario afirmaba: "Nunca me hubiera figurado que los médicos descendieran tanto, como es eso de abandonar su sacerdocio, claudicar en su apostolado, para pedir, como cualquier albañil, un poco más de sueldo" (30).

Pero no sólo el descrédito individual es presentado como consecuencia inevitable del ingreso masivo en una Universidad que no cumple su función social, también se plantea la posibilidad de amenazas sociales más graves: "El proletariado médico es temible por su masa, su cultura y su amargura (...) Difícil es pedir prudencia a los que tienen vacío el estómago y plétórico el cerebro" (31). Se señala que en España los médicos se constituyeron en uno de los factores del triunfo del extremismo político: empujados por el pauperismo profesional, "en uno u otro bando, pero siempre en los extremos" (32).

Lo que se discute, de una manera u otra, implícita o explícitamente, es si debe seguir considerándose a la medicina como un apostolado, patrimonio de una élite, o una función social a cargo de profesionales que no deben avergonzarse por exigir una retribución por su trabajo. La perspectiva de una potencial amenaza social encarnada en médicos mal retribuidos se explicita en algunos casos como censura a la agremiación: el prestigio de la medicina no condice con la formación de "sociedades de resistencia"\*

con sencillez, con generosidad, con un verdadero interés-intelectual y disposición para el sacrificio." (Citado por FIORI, Vicente, "Un punto de vista en el problema de la crisis médica". A propósito de un juicio del Profesor Gregorio Marañón. *Rev. Col. Med.* IX 87:42-43, marzo de 1940, Pág. 43).

\*Carlos Carulla, en un artículo aparecido en 1941, afirmaba: "hay muchos médicos mal mirados por sus colegas a causa de que hasta ahora se mostraron recalitrantes a toda tentativa de agremiación con propósitos de resistencia. Sin embargo, tienen razón aquellos. Y la razón está en lo que acabamos de decir: hay o debe haber en la medicina un contenido humano moral, incompatible con los actos de rebeldía" (Citado en "Grandeza y decadencia de la profesión médica. Una opinión sin valor" *Rev. Col. Med.* XI 97: 51-55, enero de 1941).

Muy pronto aparece en las revistas gremiales la reiterada afirmación: "Nuestra agremiación es de 'defensa' y no de 'resistencia'. Es necesario comprender que son cosas bien distintas" (33).

### El desarrollo de las grandes instituciones de atención

"Sólo se siente médico en el Hospital, allí donde da lo mejor de su ciencia y su conciencia para atender a esa policroma muchedumbre de indigentes, de necesitados, al par que de pequeños burgueses, propietarios, comerciantes e industriales que desde que se instituyera el sistema de puertas abiertas usufructúan la labor gratuita del médico del hospital.

"No obstante, con ser enorme la clientela hospitalaria, es muchísimo mayor la cantidad de personas enfermas que no se asisten en esos establecimientos. ¿Dónde concurren tantos y tantos que necesitan asistencia médica? Cada barrio de la ciudad cuenta con innumerables sociedades de socorros mutuos. Todas las colectividades extranjeras poseen sus mutualidades de asistencia médica; otro tanto ocurre con las reparticiones públicas nacionales, provinciales o comunales; con los establecimientos bancarios, con los comercios e industrias grandes o pequeñas... Y estas instituciones acogen en su seno tanto a ricos como a pobres" (34).

¿A qué atribuyen los observadores de la época este proceso de canalización de la demanda hacia las grandes instituciones de atención, o el paralelo proceso de incremento de la búsqueda de una cobertura socializada para financiar los servicios médicos?

Una corriente bastante difundida identifica el aumento de la atención en grandes instituciones con los avances técnicos de la medicina. "En la era puramente clínica, el médico bastábase a sí mismo. Sin más recursos que sus naturales medios de observación y la simplicidad de las doctrinas médicas imperantes, resolvía ante el propio lecho del enfermo todos los problemas que la enfermedad le planteaba" (35). El desarrollo de los medios de diagnóstico y tratamiento, la instalación de laboratorios y salas de Rayos X, supuso la necesaria colaboración de laboratoristas, radiólogos, anatómopatólogos, etcétera, disciplinas auxiliares de la clínica.

También se transforma -de acuerdo con esta perspectiva- la manera de abordar la atención por especialidades. Originariamente, cuando la amplitud del conocimiento acumulado por las ciencias médicas tiene como consecuencia inevitable la especialización, la concepción organicista dominante concede importancia preponderante -en la diferenciación de las áreas de trabajo- a la división en órganos y aparatos y, en algunos casos, a la consideración del mecanismo etiopatogénico. Cuando los progresos de la fisiología hacen perder todo significado al órgano y a la función aislada, al descubrirse los mecanismos de correlación e interdependencia funcional entre distintos órganos y tejidos, afirma Aristides Artusi en 1938, resulta indispensable la recuperación de la unidad vital, especialmente a partir del estudio de la endocrinología, el sistema neurovegetativo, el metabolismo, etcétera. (36)

Como conclusión de ese proceso, se pone de manifiesto lo arbitrario y artificioso de dividir la clínica en especialidades, y por ende el aislamiento



de cada especialista dentro de su propio dominio. Si lo complejo y extenso del conocimiento producido obliga al hombre a esta división del trabajo, la naturaleza de éste le impone una labor en conjunto que hace indispensable la tarea en equipo.

Según la concepción de algunos comentaristas de los problemas del ejercicio profesional, el desarrollo técnico constituye el origen de la necesaria superación del trabajo individual aislado y la consiguiente muerte del consultorio privado.(37)

Una segunda perspectiva, que analiza el proceso, reconoce la incidencia de los cambios técnicos, pero pone el acento en cuestiones de índole económico-financiera.

Se está produciendo un proceso de concentración, se afirma. Sanatorios, clínicas y hospitales privados, institutos, etcétera, adquieren un marcado carácter capitalista. Pueden ser médicos los que los dirigen, profesionales que, como no pueden dar cumplimiento total a la demanda de servicios, incorporan colegas a los que retribuyen por salario; o bien se trata de empresarios, ajenos a la profesión, que organizan esta clase de instituciones y emplean profesionales asalariados, o se asocian con médicos que, además del diploma, aportan capital.

"En los primeros tiempos de la transformación el médico se defendía enviando a su enfermo en busca de una radiografía o de un análisis, pero luego surgieron otros adelantos y paulatinamente el consultorio privado se fue despoblando(...) ha quedado únicamente para la ínfima minoría de la población, esa ínfima minoría constituida por la clase rica, que puede afrontar el gasto que significa el recorrido por diferentes especialistas y laboratorios, para traerle después a su médico un legajo de documentos expedidos en cada uno de los destinos que le fue indicado, previo desembolso del monto que para ello se requiere."(38)

Según Nicolás Capizzano, dirigente del primer sindicato médico, ese encarecimiento de la atención se refleja en el aumento del mutualismo, de los beneficios de la asistencia pública y de la previsión social. Ya en 1922, en una conferencia pronunciada en Rosario, anunciaba que el futuro de la medicina pasaba por su transformación en una profesión asalariada.

Para reforzar su argumento proporcionaba algunas cifras sobre la cobertura social de la enfermedad: 700.000 socios de mutualidades, según datos del Departamento Nacional del Trabajo, y 600.000 obreros asegurados contra accidentes y enfermedades profesionales por compañías de seguros. Además, las obras particulares, municipales y nacionales de asistencia pública y previsión social, diariamente multiplicadas, "despertando en el pueblo el concepto de que el gobierno debe atender a su salud", le permitían afirmar que una tercera parte de los habitantes del país se atendía gratis en los hospitales en caso de enfermar.(39)\*

\*Es posible detectar otros intentos -probablemente no muy rigurosos- de cuantificar el problema: "En la ciudad, de cada cien enfermos (...) un 3% son ricos y pueden pagar a sus clínicos y cirujanos. Un 58% está en condiciones de pagar algo, aunque sean sumas mínimas; un 29% no está dispuesto a ningún desembolso, va a los hospitales a hacer uso de los servicios gratuitos, o a los consultorios particulares donde son atendidos de la misma manera". Una encuesta realizada en la ciudad de Córdoba arrojaba el siguiente resultado: "un 55% de los

La explicación que remite al desarrollo de los instrumentos diagnósticos y terapéuticos y a la complejización de la práctica para dar cuenta de los cambios percibidos en el ejercicio profesional, y aquella que los analiza desde la perspectiva del costo creciente de la atención médica y la difusión de la cobertura social de la enfermedad, -ya sea a través de instituciones gratuitas o diversas formas de previsión social-, pueden sin duda reconocerse como aspectos complementarios de un mismo fenómeno, y en muchos autores así aparecen.

Sin embargo, el eje del problema suele ubicarse en uno u otro de tales procesos, dando lugar así a un diferente énfasis, y, en algunos casos, a diversas propuestas para superar las dificultades o las deformaciones del ejercicio profesional.

Por último, puede identificarse una tercera perspectiva, que no reconoce los factores que afectan al ejercicio profesional como elementos internos de la misma medicina, ni como procesos sociales ante los cuales sea indispensable la búsqueda de algún mecanismo de adaptación, sino que ubica el problema en el exterior de la profesión y entre sus elementos componentes menciona un conjunto de deformaciones o aberraciones sociales que sería posible superar sin modificar las condiciones fundamentales de aquél ejercicio. En este caso el diagnóstico es terminante: se trata de una "enfermedad parasitaria externa", fácilmente curable si se decide la eliminación de los parásitos, que son "de variada naturaleza y tenacidad". La tipología propuesta se sintetiza de la siguiente manera:

"Grupo A: Médico inmigrante no revalidado

Farmacéutico o idóneo de farmacia

Estudiantes crónicos

Parteras

Enfermeros

Grupo B: Sociedades de seguro de vida y de accidentes de trabajo

Sociedades de socorro mutuo

Médicos políticos

Asistencia hospitalaria sin restricción

Grupo C: Específico nacional o extranjero

Empresas médico-bioquímico-farmacéuticas" (40)

La concepción del problema puede parecer excesivamente simple. Sin embargo, para nosotros tiene la virtud de proporcionar la enunciación exhaustiva de un conjunto de factores que a lo largo de muchos años -antes de que comenzara a hablarse de crisis o malestar profesional- fueran analizados como elementos perturbadores del ejercicio de la medicina.

No sólo una importante cantidad de artículos en la prensa especializada se dedican a especular sobre las razones de su emergencia, también un número considerable de instituciones médicas se organizan con el declarado

enfermos que solicitan los servicios profesionales particulares no pagan honorarios, el 53% de los médicos consultados tiene como complemento indispensable sueldos de empleos; el 13% vive de rentas particulares; el 33% de los médicos que contestaron la encuesta solamente pueden vivir, más o menos bien o pobremente, de su profesión" (LAZARTE, Juan, *Problemas...* op.cit. pág. 29).

objetivo de combatir la incidencia de alguno de ellos en la práctica profesional. Además, y esto es lo que resulta más significativo- conforman un listado prácticamente omnipresente de elementos disruptivos, para cuyo control se reclama, cada vez con mayor insistencia, la intervención reguladora o represora del Estado.

### La conflictiva evaluación del progreso técnico

La medicina está en crisis en tanto práctica social. ¿Está también en crisis la medicina como ciencia?

"La terapéutica totalmente empírica con sus complicados brebajes, ha sido sustituida por la terapéutica científica. La cirugía, merced a los estudios de Pasteur, Lister y Roentgen, ha emprendido un vuelo prodigioso. La morbilidad y la mortalidad han descendido notablemente (...) El descubrimiento de los sueros y vacunas, de la síntesis orgánica y de las hormonas y vitaminas ha revolucionado la terapéutica, facilitando el tratamiento de numerosas enfermedades y brindando ocupación a millones de hombres (...) La ciencia médica ejerció en la Gran Guerra una influencia tan eficaz que, por primera vez en la historia militar, las enfermedades infecciosas mataron menos hombres que los proyectiles (...) El progreso de la ciencia es el hecho más conspicuo de los tiempos nuevos (...) La ciencia no contempla la felicidad de unos pocos sino el bienestar de todos."(41)

Sin embargo, desde otro lugar se afirma:

"Encandilados por el esplendor de algunos descubrimientos sensacionales y por la eficacia de algunos métodos, se ha perdido la visión exacta de la asombrosa insuficiencia e incoherencia en que se debate el arte de Hipócrates aun en estos sus días de gloria y grandeza (...) No creo exagerado decir que el imponente aparato de la medicina moderna, incluyendo la maravillosa eficiencia, audacia y seguridad de la cirugía, modificó tan sólo la suerte de un pequeño tanto por ciento de enfermos."(42)

¿Se trata, efectivamente, de dos perspectivas antagónicas?

El reconocimiento de los avances espectaculares en los medios diagnósticos es generalizado: broncografías, colecistografías, pielografías, ventriculografías, endoscopias, permiten interrogar al interior del cuerpo humano. Es impensable el tratamiento de la tuberculosis sin la ayuda de la radiología, que permite descubrir y precisar las lesiones; en el examen del corazón y de los vasos la ortodiagrafía y la telerradiografía en diversas posiciones proporcionan un trazado cardíaco, mientras el registro gráfico de los tonos y ruidos suministra datos más precisos que la palpación y la auscultación. Precisiones semejantes se obtienen a partir de los métodos de análisis bioquímicos y de las pruebas biológicas de sangre y otros humores o líquidos. Es comprensible pues, que el técnico considere que tiene a su alcance todos los elementos indispensables para formular un diagnóstico certero.(43).

El centro de la polémica parece ubicarse en el siguiente interrogante: ¿pueden los recursos técnicos por sí solos garantizar la eficacia de la medicina como práctica técnica ejercida sobre el individuo enfermo? En algunas evaluaciones, sin embargo, comienza a dibujarse una perspectiva más amplia

del problema: ¿puede el desarrollo científico asegurar la eficacia de la medicina como práctica social?

Las respuestas no siempre son claras, y en muchas de ellas se mezclan la nostalgia del pasado, la inseguridad frente al cambio, la búsqueda de pautas que permitan la adecuación a condiciones nuevas.

Gregorio Marañón, por ejemplo, en un texto que se difunde en nuestro país a fines de los años 20, afirma que uno de los fenómenos característicos del avance contemporáneo de la ciencia es "la dilución del médico en la Medicina". Antes, el médico lo era todo, la medicina sólo le prestaba algunos pocos libros, aprendidos y luego olvidados, en su mayor parte, a los pocos meses del examen. Lo demás, "es decir, casi todo, lo ponía el empírico tesoro de la propia experiencia y el singularmente mágico poder del ojo clínico". Progresivamente, sin embargo, el componente individual en el trabajo médico ha ido reduciéndose y ha aumentado el aporte de la medicina en tanto ciencia. Desde que se descubrió el suero antidiftérico ningún médico ha vuelto a curar a un niño a quien "el garrotillo" pusiera en trance de morir. "Es el suero el que los cura, con la misma eficacia si lo inyecta un pozo de ciencia o un practicion iletrado"(44).

En la misma época, Aráoz Alfaro rescata sin embargo la necesidad imprescindible de no desdeñar ese componente individual: "la observación prolija, completa y reiterada que es necesaria para que no escapen hechos importantes, cuya falta de constatación puede hacer desviar totalmente el juicio clínico"(45) (énfasis en el original). Es indispensable desarrollar en los estudiantes la facultad de pensar, de razonar, de comparar...

"La multiplicidad de los procedimientos modernos de examen, la cantidad de novedades casi cotidianas, perturba fácilmente a los espíritus que no son muy fuertes (...) Perdidos entre el farrago de los signos acumulados, ilusionados por la falsa certidumbre de los métodos de laboratorio -falaces como todos los métodos y expuestos frecuentemente al error de técnica o a la falta de prolijidad- vese a menudo a los médicos vagar desorientados y perder (...) la sana y firme ruta que lleva al concepto general y sintético"(46).

"La función y finalidad de la medicina" se dice en otro momento, "re-basa ampliamente, en extensión y profundidad, a la de un taller de reparaciones de cuerpos humanos(...) no se puede radiografiar la angustia; el análisis químico no puede medir el dolor"(47)\*.

Finalmente, no puede olvidarse que los complejos métodos diagnósticos no están al alcance de la totalidad de la población. No todos los enfermos se benefician con ellos, ya sea porque no pueden trasladarse hasta los centros donde se practican, ya porque no pueden afrontar su elevado costo.

"Hay que multiplicar los centros diagnósticos, se dice, pero ¿cuándo podremos tenerlos en la mayoría de las ciudades? ¿Y cuántos centenares y cen-

\*Y también: "Poseemos instrumentos de precisión en número creciente (...) hacemos, gracias a ellos, numerosas observaciones útiles, pero esas observaciones (...) nada son si se las compara con los resultados de un estudio cuidadoso y paciente del enfermo por un observador sagaz que sabe interrogar a su enfermo y hacer uso de sus ojos, de sus oídos, de sus dedos y de algunos sencillos métodos auxiliares" (DESFOSES, P. "La medicina en la encrucijada de los caminos" S.M. XLI 7: 546-549, febrero de 1934, pág. 548).



tenares de médicos de campaña se verán obligados por muchos años todavía a no servirse de otra cosa que sus propios medios, recurriendo por excepción a análisis fáciles, o algunos exámenes radiológicos!" (48).

Si la respuesta no aparece con claridad, por lo menos la pregunta se está precisando. Tal vez podría formularse en estos términos: ¿Puede diferenciarse la medicina como práctica técnica de la medicina como práctica social?

### La perspectiva desde el presente

En este punto resulta indispensable formular algunas precisiones que nos permitan ordenar el trabajo futuro. Para ello el primer paso consiste en buscar respuesta a una cuestión planteada, pero no resuelta, en los textos que analizamos: ¿De qué hablan los médicos cuando hablan de "crisis"?

En primer lugar, podría decirse que hablan de un intenso proceso de cambios. Cambios relacionados con su práctica. Cambios relacionados con la sociedad en la que dicha práctica se integra.

¿Por qué los cambios aparecen como críticos? Porque, cualquiera sea el grado de certeza que se esgrima frente a sus causas, pocas seguridades pueden computarse con respecto a su dirección. Y menos todavía en cuanto a la posición relativa que ocupará cada individuo o grupo en un tejido social cuyas mallas parecen progresivamente abrirse, desintegrarse, perder su capacidad de contención, fracasar en su misión de mantener un ordenamiento relativamente estable.

¿Cómo afectan dichos cambios a los médicos en tanto miembros de una profesión? Prácticamente en todos los elementos que constituyen a la profesión como tal:

- a) en la definición de un área específica de eficacia técnica;
- b) en la reestructuración de mecanismos sociales que permitan vincular las necesidades de la población con la capacidad de intervención de los profesionales en condiciones de satisfacerlas (ya se trate de una operatoria de mercado, de la intervención del Estado a partir de la organización de servicios propios, o de prácticas individuales o sociales de prevención del riesgo de enfermar);
- c) en el reconocimiento social de la eficacia de esa práctica y, por lo tanto, en el necesario contralor de aquellas acciones de sus miembros que puedan incidir desfavorablemente en ese reconocimiento, restar legitimidad a la intervención;
- d) en la búsqueda de formas organizativas que permitan defender los intereses profesionales ante los organismos del aparato estatal o ante otras instituciones, cuando sea necesario superar situaciones conflictivas;
- e) en las relaciones con el Estado, en tanto garante del derecho de la profesión a reclamar un ámbito exclusivo de práctica y poseedor de la capacidad jurídica para definir los límites de dicho campo; en su capacidad para intervenir como regulador de los mecanismos de mercado, o para establecer servicios o instituciones financiadoras que desvinculen la práctica profesional de esos mecanismos; y, finalmente, como núcleo crecientemente

visible de una red más o menos estable de relaciones de poder en la cual la profesión procura insertarse.

¿Existe contemporaneidad entre la emergencia de dichos cambios y la percepción generalizada de una situación de crisis?

Plantearemos como hipótesis provisoria que los cambios que mencionamos son anteriores a que la condición profesional se defina como crítica. Definición que los documentos de que disponemos parecen ubicar a partir de 1930.

Una segunda hipótesis procurará relacionar dichos cambios con el agotamiento de un modelo de ejercicio profesional que se consolida en los últimos años del siglo XIX, y ya en las primeras décadas del XX comienza a evidenciar límites en su capacidad de intervención y control de las condiciones de salud/enfermedad de la población a su cargo.

# 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



No solo falta el contexto de verificación, tampoco hay un contexto de descubrimiento, revelado en la ausencia de referentes empíricos y referencias bibliográficas, salvo en un caso. Como esta es una contravención grave de las normas internacionales para la publicación de trabajos, requiere una explicación o al menos un intento de justificación. Es la siguiente: estoy profundamente convencido de que todo libro es un plagio, que solamente decimos o escribimos lo que otros antes dijeron o escribieron; al mismo tiempo, al admitir la ausencia de los dos contextos que garantizan la cientificidad de una afirmación, acepto por anticipado la crítica en el sentido de que este no es un libro científico. Siendo así, las citas están de más por dos razones: porque no tengo nada que justificar y porque admito como propios los pensamientos ajenos. Mi único aporte —si acaso— es el intento de mostrar, a través del particular ordenamiento e integración de las cosas que han sido dichas antes por otros, cuáles son las conclusiones a que me lleva mi proceso de pensamiento.

En la portada se habla de muchos colaboradores anónimos. No los menciono porque el riesgo de injusticia sería grave —la misma razón me lleva también a evitar los agradecimientos—, por lo que solo listaré las principales instituciones donde se debatieron las ideas centrales que forman parte del libro: Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (IMS/UERJ), Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, sección Xochimilco (UAM-X), Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES/UCV), Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario (CESS/AMR), Centro de Estudios para la Transformación Argentina de la Fundación Banco Patricios (CETRA/FBP) y Departamento de Planificación de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

No solo por las instituciones mencionadas es este un libro latinoamericano. Las experiencias recogidas en muchos de los países del continente son su materia viva. También debo señalar que las compañeras y compañeros de esos países no solamente han contribuido con su aporte intelectual, sino con el cariño y la amistad que dan pleno sentido a la vida.

aparición debido a las condiciones duras impuestas por la dictadura de Pinochet, aunque más probablemente debido al agotamiento de la propuesta contenida en el método OPS/CENDES, que no resistió la confrontación con la realidad. El cierre del Centro no puede quedar como mera formalidad burocrática; debe ser efectivamente terminado, no solo en su materialidad, sino en su ideología, de la que soy parcialmente responsable. Por lo tanto, me corresponde poner ese punto final, para despejar el camino hacia otras propuestas que no eludan sistemáticamente, como lo hicimos en el pasado, la confrontación con la realidad viva, la que transcurre todos los días en la calle, la historia que construimos paso a paso. Por tal razón, este libro comienza con una autocrítica, ejercicio por cierto difícil y doloroso, pero inevitable si se quiere lograr una aproximación a ese ideal que es la coherencia entre el pensamiento y la acción.

Autocriticarse es asumir conscientemente una responsabilidad histórica, es reconocer que en el pasado cometimos errores sobre los que es imposible volver para corregirlos, porque han producido su inevitable impronta sobre la historia actual. Si no podemos corregir lo que hicimos, ¿de qué vale volver la vista hacia atrás? ¿Para qué examinar el pasado si es inmodificable? ¿Qué bien puede resultar de reconocer lo malo pretérito? ¿Es que intentamos acaso lavar nuestras culpas en una suerte de expiación liberadora —a la manera de la confesión religiosa— que nos devuelva limpios y puros para poder seguir ejerciendo nuestro derecho a pecar? ¿O se trata de hacer prevalecer nuestras tendencias vitales —nuestro *eros*— sobre las negaciones del *pathos*, para lo cual la introspección y el autoconocimiento parecen ser condiciones necesarias?

A mi entender, la autocrítica puede tener repercusiones individuales, ligadas a las visiones religiosas o psicoanalíticas, pero su significación social está muy por encima de esa determinación egoísta. Para completar mi interpretación, diré que la autocrítica también está por encima —siempre según mi manera de verla— de su versión política, la que considera que es un deber de la militancia —en los partidos de izquierda— en la que lo que se autocrítica es no haber seguido la línea correcta establecida por los órganos de conducción partidaria.

Ni psicoanálisis, ni religión, ni política. ¿Entonces qué?

Mi autocrítica se basa en el reconocimiento de no haber comprendido adecuadamente la historia en que se insertaban —en algún período del pasado— las acciones de un grupo social al que yo pertenecía. Por lo tanto, no se trata de un hecho individual sino de un fenómeno social; el hecho de que sea realizado por un individuo (como lo son, en cierta medida, todos los hechos de la vida) es solo una más de las muchas manifestaciones de la necesaria integración de nuestras vidas como individuos con nuestras vidas como historia. Yo fui no solamente una parte de esa historia que viví, sino un constructor —pequeño, como cada uno de nosotros, pero constructor— de ella.

La autocrítica tiene que mostrar todo eso y reflexionar sobre ello, en particular sobre la fuente de los errores cometidos —el desconocimiento de la historia que estaba transcurriendo—, para incitar a la conciencia social a tener cada vez más presente el hecho elemental de que nuestra cotidianidad es la materia permanente con que la historia construye el pasado, el presente y el futuro. Visto de esta manera, no tiene ninguna importancia el rol desempeñado en esa cotidianidad, el papel que un individuo, cada individuo, ocupa en el funcionamiento de la sociedad, puesto que lo históricamente trascendente es la conciencia social. En ese nivel, todas las conciencias son equivalentes, esto es lo que hace de la autocrítica no un ejercicio de masoquismo —el autocastigo placentero—, sino un deliberado intento de conformar un proceso reflexivo colectivo que fortalezca la capacidad de diálogo entre los múltiples componentes individuales de la conciencia colectiva y, más allá de ello, estimule la intersubjetividad necesaria para un verdadero progreso social.

Habiendo puesto en claro —espero— el sentido que doy a esta autocrítica, volveré la mirada al pasado para mostrar lo que considero algunos de los errores cometidos en la propuesta del método OPS/CENDES. En varios de los trabajos que contiene este volumen —en realidad en todos ellos— el tema se retoma desde otros ángulos: el histórico, el científico, el político, pero sin hacer referencia a la responsabilidad que me cupo en la formulación del método.

Una de las raíces de los problemas surgidos consistió en que el método de planificación propuesto era una traslación demasiado rígida del método que se utilizaba en la planificación económica, aunque es menester mencionar que esta última tampoco alcanzó los resultados esperados en su ámbito de aplicación. De modo que uno de los primeros errores fue la aceptación del campo de la salud como un campo que entraba, sin especificidad, en el dominio de lo económico. Este señalamiento apunta a una dificultad importante en el desenvolvimiento de las relaciones entre disciplinas profesionales distintas, en las diferentes versiones de la multi, inter o transdisciplinariedad; en nuestro caso, el equipo de seis personas firmantes del informe estaba constituido por cinco médicos de distintas orientaciones y un economista; sin embargo, fue la disciplina económica la que dominó la formulación definitiva. Más allá de esta dificultad, el problema de las disciplinas apunta a la necesidad de una reflexión más profunda sobre la ciencia en general, sus ramas y sus relaciones recíprocas entre sí y con la vida social.

También se cometieron errores en lo específico sanitario, en parte derivados del error anterior. Para verlo, deberemos recordar los puntos centrales de la propuesta. El método se basaba en un diagnóstico de la situación que incluía un triple análisis: 1) el de los daños y sus factores condicionantes; 2) el de los recursos, su forma de organización o instrumentación con sus correspondientes rendimientos, y 3) el de las relaciones que se generaban entre daños e instrumentos o la asignación de los recursos a los daños.

El punto 1 incluía una agrupación —para poder hacer del conjunto algo manejable— de las categorías utilizadas en la clasificación internacional de enfermedades y causas de muerte, reduciendo el conjunto de causas a unos treinta daños, en base a criterios aproximados de homogeneidad epidemiológica, es decir, a cadenas similares en la producción de cada una de las enfermedades que se agrupaban en un daño. Ese tratamiento laxo —por decir lo menos— de la determinación epidemiológica —aun en sus términos más tradicionales— hacía que la consideración de las causas no pudiera realizarse de manera rigurosa, obligándonos a incluir una noción a todas luces ambigua: los factores condicionantes. Además, las tradicionales dificultades de medición de la morbilidad nos obligaron a excluir del diagnóstico nada menos que a las enfermedades, cuando estas no se manifestaban en su forma extrema y definitiva, como muerte. A pesar de la discusión amplia sobre este aspecto, su reconocimiento no eliminaba el indudable sesgo que constituía su no consideración.

El punto 2 —la instrumentación— era y sigue siendo el más válido de la propuesta, pues se fundamenta en una lógica de la proporcionalidad entre diferentes recursos que no está sometida a otras determinaciones, aunque admite numerosas variantes. Una vez definido cierto proceso de trabajo para realizar una actividad, quedan definidos también los recursos para llevarla a cabo; si la tecnología o el proceso cambian, se rectifican también las proporciones de los recursos que lo componen. Esa relación puede normatizarse, rediseñarse o modificarse paulatinamente para aproximarse a algún óptimo, pero su lógica, la de la proporcionalidad, no cambia. Esto es lo que hace del cálculo de los recursos el núcleo sólido de cualquier propuesta de planificación tradicional y no solo en el campo de la salud.

El punto 3 —la asignación de recursos a los daños— constituía el lugar de encuentro entre los problemas de salud y los recursos que se aplicaban para combatirlos. Ex-



presaba, en consecuencia, las políticas de salud, entendiendo como tales las prioridades que —en los hechos— se asignaba a los problemas presentes. El procedimiento de asignación, si bien conceptualmente sencillo, era extraordinariamente complejo en la práctica, debido a las dificultades de estimación para muchos de los parámetros de comportamiento utilizados, tales como la distribución de un recurso entre diversos usos (por ejemplo, el agua para distintas formas de consumo, para uso industrial y para salud).

Las imprecisiones, sesgos y errores cometidos en los puntos 1 y 3, se acumulaban hasta el punto de transformar la supuesta evaluación rigurosamente cuantitativa en un cuadro de números que no expresaban ninguna realidad. Aunque los números hubieran sido los correctos, la ausencia de consideración de la morbilidad, junto a la escasa confiabilidad de los registros de mortalidad, el abultado volumen de subregistro y las causas desconocidas o mal definidas —con frecuencia las más numerosas en muchos países o regiones— hacían del difícil ejercicio un esfuerzo estéril y ridículo.

El otro gran componente metodológico consistía en la formulación de planes a partir del diagnóstico realizado. El principio sustentador de esa formulación era el de la optimización, es decir, el intento de aproximarse a una asignación interna de recursos que maximizara las ganancias obtenidas en términos de salud o minimizara los costos (entendiendo la conjunción o en su carácter inclusivo). Esta asignación interna dejaba pendiente varias cuestiones importantes que se resolvían con procedimientos *ad hoc*, entre ellos la asignación global de recursos al sector.

El procedimiento metodológico era aproximadamente el siguiente: 1) utilizando el punto 1 del diagnóstico se montaba un ordenamiento de ataque a daños, la selección de prioridades; 2) los recursos se reasignaban dentro de los instrumentos, cambiando las proporcionalidades halladas en el diagnóstico (punto 2 anterior) para lograr una composición instrumental normalizada que maximizara su eficacia si fuera posible, o al menos su eficiencia, y 3) se reasignaban los nuevos instrumentos normalizados a los daños priorizados modificando el ordenamiento encontrado en el punto 3 del diagnóstico para alcanzar la optimización buscada.

La asignación de prioridades se realizaba mediante una fórmula analítica compuesta por cuatro variables: la magnitud del daño, medida por su tasa de mortalidad; la trascendencia, que consistía en una evaluación, realizada para cada situación concreta analizada, acerca del valor social que se asignaba al grupo principalmente afectado por el daño; la vulnerabilidad, que era una característica del daño definida como la capacidad de actuar sobre el mismo con las técnicas actualmente disponibles; el costo, que era una medida del gasto necesario para evitar una muerte con la mejor combinación de técnicas disponibles. El cálculo era simple, limitándose a multiplicar las tres primeras variables y dividir por la cuarta; el resultado daba el orden de prioridad buscado en términos cualitativos (o sea, un daño que resultara con un número doble de otro no tenía el doble de prioridad sino que simplemente estaba antes en la escala).

La normalización instrumental comenzaba durante la fase diagnóstica, al plantearse como una evaluación de la situación actual, buscando contestar la pregunta de si con el mismo volumen de recursos podían haberse obtenido mejores resultados. La elección de un instrumento normal se hacía en base a varios procedimientos que incluían la comparación internacional, la comparación interregional o local, la consulta a expertos y el diseño. Se establecían metas de normalización para cada uno de los años del plan.

La reasignación de instrumentos normalizados —según el grado de normalización alcanzada en cada año— a los daños priorizados, se hacía en un volumen que permitiera reducir la mortalidad hasta donde fuera posible según la vulnerabilidad del daño. Esto exigía introducir una cuestión adicional que era la combinación de técnicas, al existir

más de una manera de combatir un daño, por ejemplo mediante vacunación y asistencia médica, cada una de las cuales tenía distintos instrumentos, eficacias, eficiencias y, por lo tanto, impactaba de manera diferente la reducción de la mortalidad buscada, incluyendo las relaciones entre las técnicas mismas, ya que la utilización de una de ellas modificaba los requerimientos de uso de las otras.

Es posible que la descripción realizada exima de la necesidad de señalar la inviabilidad del procedimiento propuesto, pero no eludamos la cuestión. En cuanto al punto 1 —la asignación de prioridades— la utilización de la mortalidad ya fue señalada como una grave carencia al eliminar los daños no letales, lo cual quiere decir que la gripe, por ejemplo, o los dolores musculares y óseos —las lumbalgias— tendrán prioridad nula, siendo responsables de la pérdida de millones de horas de trabajo, muchas más de las que ocasionan enfermedades mortales; este hecho, reconocido en el discurso de la propuesta, no encuentra expresión en el contenido concreto de la misma. La segunda variable, la trascendencia, no permite la inclusión del caso anterior, pues se refiere a grupos sociales, lo cual no es incorrecto pero abre el camino para definir que las personas cuya edad supera el límite de actividad para el trabajo, u otros grupos en situación similar (niños, por ejemplo), quedarán fuera de la priorización; el resultado fue que esta variable no se utilizó nunca —diría que afortunadamente— en ninguno de los planes formulados que yo conozca.

La vulnerabilidad, definida con más precisión como la probabilidad de disminución de mortalidad de un daño, categoriza las enfermedades en tres grupos: erradicables ( $V=1$ ), irreducibles ( $V=0$ ) y reducibles ( $0 < V < 1$ ). El problema central consiste en la medición de los parámetros correspondientes a las varias enfermedades en esta última categoría, admitiendo que la de las irreducibles sea no vacía (la de erradicables no lo es). Ello significa que la categoría de irreducibles (casi todos los tipos de cáncer, por ejemplo) tendrá prioridad cero según la fórmula de cálculo propuesta, lo cual llevaría a una asignación nula de recursos para esos daños. Por último, la variable costo, entendida como el gasto necesario para evitar una muerte, implica mediciones de una complejidad tal que hacen de su estimación un juego de azar (al menos en los países subdesarrollados dependientes); para medir el costo de evitar una muerte por difteria mediante la técnica de vacunación, hay que calcular el costo de cada vacunación (hay varias opciones técnicas), estimar su eficacia (el número de niños que no enferman porque fueron vacunados), y la letalidad que hubiera tenido ese grupo de no haber sido vacunado. ¡Y este es uno de los casos más sencillos! Además, la estimación debe hacerse según la combinación de técnicas utilizadas, ya que dado que la vacunación no elimina la morbilidad hay que usar las técnicas asistenciales (e incluir cálculos como la diferente mortalidad de niños vacunados o no vacunados); dejamos a la imaginación del lector el seguir los intrincados vericuetos procesales y la acumulación de errores que se pueden generar en cada uno de los pasos seguidos.

Lo menos criticable de la fase de formulación que estamos comentando es la normalización, tanto de instrumentos como de actividades, al menos en sus aspectos técnicos que es donde estamos centrandó la atención por el momento; más adelante volveremos sobre esto desde otro punto de vista. Lo que podemos señalar aquí como crítica —autocrítica— de la normalización en el método OPS/CENDES, es la forma en que se establecían las metas anuales, mediante una interpolación lineal entre el punto de llegada al cabo del período del plan —la situación objetivo— y el punto de partida —el año cero— en el momento del diagnóstico. Hay también algunas dificultades con los procedimientos promediales y las metas de actividades, pero son de menor entidad y fácilmente subsanables.

Es distinto lo que ocurre con el tercer punto, la reasignación de recursos a los

daños, en la formulación del plan, porque aquí confluyen el conjunto de las dificultades, sesgos y errores señalados hasta ahora. A todos estos problemas se agrega uno adicional que, si todo lo anterior fuera resoluble —y no lo es— opondría una nueva valla insalvable para el éxito de la realización del plan. Se trata del cálculo en términos reales, solo posible de realizar para algunos recursos, en particular los recursos humanos, categoría esta criticable por otras razones y que, sin embargo, debe ser traducida también a términos financieros, puesto que el plan se concretiza en una formulación presupuestaria. La expresión financiera a precios corrientes, únicos válidos para formular presupuestos, presenta grandes dificultades en países con tasas de inflación altas —digamos, que superen el 50% anual—, como son desde hace décadas todos los latinoamericanos subdesarrollados y dependientes, y no solo por la dificultad de estimar la inflación futura, sino porque las tasas elevadas distorsionan el esquema de precios relativos. En estas condiciones, si el cálculo anterior —el de recursos reales y daños— era ilusorio, este se transforma en presupuesto ficción para países que solo existen en la mente —¿afebrada?— de los planificadores.

Conscientes de algunas de las dificultades técnicas que surgían al atenerse estrictamente al método propuesto, el capítulo sobre formulación intentaba corregir en forma parcial los errores cometidos introduciendo sesgos al margen del procedimiento metodológico, los cuales quedaban en manos de los políticos. Sobre ellos recaía la responsabilidad de decidir todo aquello que el plan no contemplaba, como, por ejemplo, el mantenimiento de los niveles de erradicación alcanzados para las enfermedades erradicables (puesto que si su magnitud era cero no aparecían como prioridad), o la necesidad de atender la demanda efectiva (lo cual volvía a hacer inútil todo el ejercicio anterior), o las decisiones sobre inversiones, o la distribución interregional (aquí hubo que introducir un criterio de justicia distributiva, de lo contrario, alguna región podía no recibir asignación alguna), o la asignación global al sector (introduciendo criterios para planes mínimos —que no se deteriore el nivel de salud alcanzado— y máximos —lo más que se pueda alcanzar dadas las vulnerabilidades y todos los otros condicionamientos— además de planes intermedios). Todos estos criterios adicionales al núcleo conceptual metodológico echaban —cada uno de ellos— una vez más por tierra la viabilidad de la formulación propuesta.

Hasta aquí la crítica técnica; pero hay más, mucho más.

Hay que reconocer que el método despertó un enorme interés. Desde antes de la publicación mencionada, su difusión en los cursos que se realizaron entre 1962 y 1968 consiguió movilizar la adhesión fervorosa —acrítica para ser más académicos— o la aceptación razonada de la mayoría de quienes se sometieron a su contagio. También desde esos comienzos hubo propuestas de complementación que incorporaban enfoques no contemplados en la versión original. Dos de ellos tuvieron particular relevancia: el que reubicaba el problema dentro del ámbito institucional —apenas mencionado en el método— y el que lo planteaba como un fenómeno político —de conflicto político— totalmente desconocido para el método OPS/CENDES.

Ambos enfoques fueron incorporados de inmediato a la investigación, a la docencia, y parcialmente a la asesoría, y, a pesar de las obvias insuficiencias de sus formulaciones iniciales, ya nunca dejaron de estar presentes en las diversas versiones del método que llegaban a aplicarse en los países de la Región.

El análisis de las instituciones consistía en el examen de su comportamiento en cuanto a la producción de actividades —número de consultas, internaciones, inspecciones o lo que fuera— y, sobre todo, en la ejecución presupuestaria —incluida las fuentes de financiamiento— a lo largo del tiempo, lo cual permitía conocer la tendencia seguida. Este examen, si bien permitía localizar las acciones en el espacio institucional, no

prestaba la menor atención a lo específicamente organizativo, ni siquiera dentro de la más tradicional teoría de organizaciones; era solamente una descripción —casi un simple listado— de las instituciones principales —no todas— que por definición componían el sector salud.

La incorporación de lo político presentaba dos aspectos interesantes. En primer lugar, el hecho mismo de incorporación de lo político en su verdadero carácter de conflicto y no como se utilizaba conceptualmente —y se sigue utilizando— con el significado de una orientación general de las actividades; en segundo lugar, esa incorporación se realizó dentro de un enfoque sistémico, reforzando una tendencia que ya existía en el esquema inicial, pero sin el rigor metodológico que introdujo esa nueva propuesta.

Lo que no supimos visualizar en la incorporación de lo institucional es la insuficiencia de la visión administrativa por una parte, y, sobre todo, la carencia de una visión actual sobre el funcionamiento organizacional, lo cual era expresivo —a mi juicio— de una actitud prejuiciosa y despreciativa en lo tocante a esas cuestiones, consideradas menores o secundarias, para utilizar calificativos generosos. No vacilo en adjudicar a esa arrogancia, a esa falta de humildad, una buena parte de responsabilidad en el fracaso.

En cuanto a lo político, el acierto de su introducción estaba contrapesado por el objetivo confesado con que se lo hacía: la búsqueda de apoyo para las decisiones que tomaba el gobierno. Es decir, lo político en cuanto conflicto de la sociedad, no era estudiado como fenómeno en sí, sino como una manifestación que debía ser manipulada para viabilizar decisiones; era la búsqueda del equilibrio funcional. No es de extrañar, entonces, que el enfoque sistémico fuera el procedimiento elegido, copiado de un autor norteamericano: el sociólogo —politólogo— funcionalista David Easton.

Los avances —como pueden ser legítimamente considerados— que constituyeron la incorporación de lo administrativo y lo político transformaron la técnica de la planificación de salud en una formulación tecnocrática, es decir, en una técnica que implica una autoridad, más que un poder de decisión.

Hasta aquí, entonces, la autocrítica tecnocrática. Falta aún lo más difícil.

A estas alturas de su desarrollo, aproximadamente el año 1969, el método está completo en su formulación definitiva y se utiliza para la docencia no solo en cursos internacionales promovidos por la OPS, sino que es adoptado por casi todas las escuelas de salud pública del continente.

Después de más de diez años de exilio voluntario pasados en Venezuela, Estados Unidos y Chile, regresé a Argentina en 1971, donde me incorporé a la lucha política que, desde el peronismo, intentaba reconstruir la base participativa y antimperialista del movimiento popular. La historia de lo acontecido durante esos años es de sobra conocida, pero es posible que la correcta interpretación de su significado requiera un mayor distanciamiento —en el tiempo y en el sentimiento— que el que nos ha sido permitido hasta ahora a los argentinos. Sin embargo, es necesario señalar que los errores cometidos desde el movimiento popular no pueden desdenarse; esos errores fueron muchos y en algunos de ellos fuimos partícipes. Desde lo que interesa aquí, que es ayudar a reconstruir el pensamiento sobre salud, nuestro error fue la separación entre lo científico y lo político. Cuando rechazábamos lo científico por tecnocrático nos volcamos a la política como forma antagónica de aquello, sin darnos cuenta lo que las fases anteriores nos estaban poniendo ante los ojos: que lo científico y lo político son el anverso y reverso de una inseparable moneda, cuya cara o ceca son solo las formas de presentación que adquieren en distintas circunstancias, y que no entenderlo así lleva a cometer errores en ambos terrenos. Y errores cometimos. Errores que condujeron al sufrimiento —de noso-



tros mismos y de otros a quienes arrastramos en el error— que ya no puede apartarse de nuestras vidas.

Después, fue otra vez el exilio: ahora Brasil, México, de nuevo Venezuela, espacio para la reflexión sobre toda esa historia, para la reconstrucción del pensamiento interrumpido, para nuestra propia reconstrucción que, en buena medida, es este libro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE

# I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

25 a 28 de junho de 1987

RELATÓRIO FINAL

Ministro da Saúde

LUIZ CARLOS BORGES DA SILVEIRA

Secretário Nacional de Programas Especiais de Saúde

CELSO FETTER HILGERT

Divisão Nacional de Saúde Mental

RIDETTE JULIETA GOMES DE CARVALHO



Brasília  
Centro de Documentação do Ministério da Saúde  
1988



© 1988. Ministério da Saúde  
Série D: Reuniões e conferências, 5

Centro de Documentação do Ministério da Saúde  
Esplanada dos Ministérios - Bloco "G" - Térreo  
70058 Brasília / DF  
Telefones: (061) 226-8286 e 226-8275  
Telex: (061) 1752 e 1251

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

---

Capa: Carlos - 1949, Museu de Imagens do Inconsciente  
Centro Psiquiátrico Pedro II - Rio de Janeiro

---

Promoção:

- Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde / Divisão Nacional de Saúde Mental
- Ministério da Previdência e Assistência Social / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- Ministério da Educação / Secretaria de Educação Especial

Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987.  
I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final / 8. Conferência Nacional de Saúde. - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988  
43 p. - (Série D. Reuniões e conferências, 5)

**A** I Conferência Nacional de Saúde Mental contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade. Sua estruturação constou de três temas básicos, a saber:

- I - Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental
- II - Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental:
- III - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Os participantes, sob a forma de grupos de trabalho, debateram os referidos temas, resultando das discussões um documento que foi apreciado e votado em assembléia final e transformado no presente relatório.

---

## Sumário

---

<b>Apresentação .....</b>	<b>9</b>
<b>Tema I</b>	
• <b>Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e         doença mental .....</b>	<b>11</b>
<b>Tema II</b>	
• <b>Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental .....</b>	<b>15</b>
A - Princípios gerais .....	16
B - Princípios básicos .....	16
C - Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços .....	17
D - Política de recursos humanos .....	20
<b>Tema III</b>	
• <b>Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do         doente mental .....</b>	<b>21</b>
A - Recomendações à Constituinte .....	21
B - Reformulação da legislação ordinária .....	22
<b>Anexo</b>	
• <b>Proposta de política de saúde mental da Nova República .....</b>	<b>27</b>



---

## Apresentação

---

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, representa um marco histórico na psiquiatria brasileira, posto que reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal.

Por outro lado, permite que se reúnam as diferentes categorias profissionais ligadas à área específica, bem como partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade para que, num esforço coletivo, viabilizem o intercâmbio de informações para a melhoria da qualidade assistencial, num processo participativo e democrático.

Esta oportunidade não pode ser desperdiçada. As aparentes contradições entre o discurso científico e o discurso político nada mais são do que importantes elementos propulsores do processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral, cuja consolidação tem início nesta I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Evaldo Gomes Leite Vieira  
Presidente da Conferência

---

## TEMA I

---

### ECONOMIA, SOCIEDADE E ESTADO: IMPACTOS SOBRE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria.

Tal modelo acarretou a expulsão de enormes contingentes populacionais do campo para a periferia dos grandes centros urbanos, consolidando a formação de grandes latifúndios.

Esta população rural, expropriada de suas terras, migra para as grandes cidades em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Esse fluxo migratório que interessa ao modelo econômico adotado, liberou um imenso contingente de mão de força de trabalho, gerando um vasto exército de reserva, determinando uma grande demanda na procura de emprego, barateando, assim, o valor da mão-de-obra e aumentando, ainda mais, o lucro (a taxa de mais valia) das classes dominantes, proprietárias do capital e dos meios de produção, agravando, em consequência, as condições de subemprego, desemprego e baixa remuneração da maioria da classe trabalhadora.

Esta situação determinou, por sua vez, a precariedade das condições materiais de vida da maioria da população brasileira.

Por outro lado, pelas circunstâncias assinaladas, de enorme disponibilidade da força de trabalho no mundo capitalista, além da multiplicação do ritmo de produção, a luta pela melhoria das condições de trabalho fica seriamente comprometida. Daí ser a jornada de trabalho, em nosso país, uma das maiores dentre as nações mais industrializadas do mundo capitalista.

Com efeito, como importantes e significativos estudos mostram, este quadro determina um extenso e grave perfil de morbidade em nosso país e um elevado número de mortes e acidentes no trabalho: dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, de 1980, revelam 12 mortes e mais de 3.000 acidentes diários de trabalho (números sabidamente subestimados).

Uma política de saúde realmente comprometida com as reais necessidades de saúde da população tem que, necessariamente, se referenciar nestes aspectos essenciais da nossa conjuntura.



Assim, o conceito de saúde deve ser ampliado e, ainda, passar por uma mudança significativa destes determinantes das condições materiais de vida.

Neste sentido, não basta apenas a reformulação do setor saúde para obter melhorias na expectativa de vida da população brasileira, é fundamental que esse novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado.

Por isto, a formulação da proposta de Reforma Sanitária, como estabelecida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, traduz um significativo avanço na luta pelo direito à saúde em nosso país: haja vista que o princípio construtor de suas resoluções se norteou segundo estes pressupostos.

Dai a necessidade de reafirmarmos nesta Conferência Nacional de Saúde Mental a implantação da Reforma Sanitária brasileira, segundo as diretrizes apontadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção de controle da insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real.

O governo, que se constitui na direção do Estado, espelha os interesses das classes empresariais que contribuem na sua manutenção política, o que leva a uma posição contraditória do Estado e estabelece o divórcio entre o seu discurso e sua prática social.

Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos "incapacitados" para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista.

Assim sendo, os trabalhadores de saúde mental podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica. É urgente, pois, o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e a sua revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando a sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas.

O trabalhador de saúde mental precisa romper o ciclo vicioso, onde se ganha mal e se trabalha mal, combatendo a violência nas instituições e unindo esforços com a sociedade civil para uma libertação institucional. lutando por melhores condições de salário e de trabalho associadas às melhorias das condições institucionais e de vida.

É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde.

---

## TEMA II

---

### REFORMA SANITÁRIA E REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

#### A - Princípios gerais

1. Para a concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios, deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde.
2. Considerando-se a importância da implantação da Reforma Sanitária no país, faz-se necessária a discussão exaustiva do seu significado por parte de todos os segmentos da população, de maneira que não seja instituída por decretos, desconsiderando os movimentos sociais necessários à transformação das ações concretas do setor saúde em geral e da saúde mental em particular.
3. Deve-se, na implantação dessa reforma, ter garantidos pelo Estado os espaços de participação efetiva da população organizada no processo de sua elaboração e implementação, através dos seguintes pontos levantados:
  - a) formação de Comissão de representantes de todos os segmentos da sociedade para o estabelecimento de um processo de Reforma Sanitária segundo as reais necessidades da população, de forma a assessorar a Assembléia Nacional Constituinte e a reformulação da legislação ordinária.
  - b) participação da população, em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde em geral e da saúde mental em particular, assim como dos estabelecimentos de prestação de serviços.
  - c) criação de uma Comissão de Saúde Mental com representantes de todos os estados da Federação, representantes estes eleitos por profissionais de saúde mental e de entidades da sociedade civil, na definição da política de saúde em geral e da saúde mental em particular.

## B - Princípios básicos

1. As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal.
2. O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde. Enquanto não se atingir a meta de estatização, os prestadores e produtores de bens e serviços passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, seguindo a política estabelecida pelo Sistema de Saúde e regidos por contrato de direito público, garantindo-se o controle dos usuários neste setor através de seus segmentos organizados.
3. Será permitida a implantação de estabelecimentos para prestação de serviços de saúde de forma liberal, sem qualquer forma de subsídios, isenção, credenciamento, contrato ou convênio que envolva recursos do setor público, inclusive a realização de desconto na declaração de imposto de renda no item assistência médica e psicológica.
4. Deverá ser garantido neste sistema a participação, em nível decisório, de setores organizados da sociedade civil quanto à formulação, gestão, controle e avaliação das políticas de saúde em geral e da saúde mental em particular.
5. Os recursos para o financiamento do Sistema Nacional de Saúde serão provenientes da receita tributária da União, estados, municípios e Distrito Federal, nunca inferiores a 10% do PIB, e se constituirão num Fundo Único de Saúde, a ser administrado de forma colegiada pelos órgãos públicos e entidades representativas da sociedade. Os recursos da Previdência Social, atualmente destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por recursos dessas referidas fontes.
6. A indústria farmacêutica será estatizada. Para tanto, passa a constituir monopólio do Estado a importação de matéria-prima químico-farmacêutica, a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e outros insumos essenciais para o setor. O Estado deverá assegurar o desenvolvimento de uma indústria química de base, sob seu controle, com vistas a garantir a soberania nacional no setor químico e farmacêutico. Deverão, ainda, ser fortalecidas as indústrias estatais de equipamentos de saúde.
7. As ações de proteção, segurança e higiene do trabalho, que visam evitar doenças e acidentes decorrentes do trabalho, passam a fazer parte do Sistema Único de Saúde.

8. Garantia de um processo de democratização e descentralização do set sob coordenação em nível federal e de forma a impedir a transferência de poder municipal de formas antidemocráticas e autoritárias de decisão, objetivando a democratização das instâncias periféricas ao poder central.
9. A normatização das ações de saúde se dará no nível federal, cabendo ao estadual e, principalmente, ao municipal a função de organização das diversas forças e ações que deverão compor e nortear a nova estrutura sanitária. As ações no âmbito da saúde devem ser decididas ao nível da comunidade local.
10. É da responsabilidade do Estado a questão da formação de recursos humanos, que deverão ser adequados ao contexto de novas políticas de assistência, dando prioridade, cada vez mais, à integração entre as universidades públicas e os serviços públicos na área de ensino e pesquisa em saúde mental.

## C - Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e consequente reorganização dos serviços

### 1. Com referência ao modelo gerencial:

- 1.1. Formação de Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), de modo a permitir a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas e estabelecimentos.
- 1.2. Toda unidade de saúde em geral e de saúde mental em particular deverá constituir uma comissão de usuários para discussão, acompanhamento e fiscalização no tocante às questões administrativas.
- 1.3. Representatividade paritária da comunidade propiciando efetivo poder decisório, de controle e fiscalização no processo de municipalização dos serviços de saúde.
- 1.4. Democratização das instituições e unidades de saúde, privilegiando o poder local e contemplando:
  - direção colegiada;
  - eleição de direção e chefia;
  - participação paritária da comunidade;
  - assembléia de funcionários;
  - participação da comunidade e funcionários na elaboração dos programas de trabalho;
  - democratização das informações.



- 1.5. Garantia de transparência da organização, administração e utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como pesquisas e produção científica dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde, de forma a permitir a conseqüente avaliação e fiscalização por parte dos usuários.
  - 1.6. Garantia de fiscalização nas atividades de ensino e pesquisa em saúde mental, realizados junto à clientela, no tocante ao consentimento do cliente para sua realização.
  - 1.7. Garantia de distribuição em qualidade e quantidades suficientes, bem como supervisão e controle de substâncias psicotrópicas nos serviços públicos, assim como o controle da prescrição em todos os serviços privados.
2. Com referência ao modelo assistencial:
- 2.1. Reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização.
  - 2.2. A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica.
    - 2.2.1. Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais.
  - 2.3. Em regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais, desde que obedecidas as seguintes observações:
    - a) que não haja prejuízo do programa de reformulação do espaço dos hospitais psiquiátricos dentro de um programa integrado de assistência;
    - b) que se estabeleça uma estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificadora, peculiar dos serviços específicos;
    - c) que se lute pela ruptura com a prática da internação hospitalar, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais.
  - 2.4. Em todos os distritos sanitários onde se verifique demanda significativa, as emergências de hospitais gerais públicos devem ter um programa especial para as emergências psiquiátricas, considerando aquelas como porta de entrada exclusiva e extinguindo as emergências em hospitais psiquiátricos.
  - 2.5. Regulação das unidades de internação psiquiátrica a partir do centro de saúde, ambulatoriais e pólos de emergência da rede pública.
  - 2.6. Reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/eficiência e condições de atendimento com avaliação e controle rígido de internação e tempo de permanência dos pacientes.
  - 2.7. Desenvolvimento de um censo para revisão da população de internos em estabelecimentos psiquiátricos, fiscalizado por todos os setores organizados dos trabalhadores de saúde mental, do movimento sindical e popular.
  - 2.8. Implantação de programa de recuperação da população internada cronicada, partindo-se para criação de espaços de habitação co-gêridas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental.
  - 2.9. Implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido.
  - 2.10. Descentralização e maior capacitação técnica dos ambulatoriais da rede pública, visando melhor poder de resolubilidade.
  - 2.11. Implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, propiciando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificidade de cada categoria.
  - 2.12. Revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em saúde mental, no sentido de se impedir a disseminação de práticas de controle social pela impregnação ideológica do saber. Que esse processo se dê a partir da discussão que articule os setores saúde e educação, incrementando a utilização de práticas multiprofissionais.
  - 2.13. Incremento da reabilitação profissional do egresso de hospitais psiquiátricos na rede de serviços do INAMPS.
  - 2.14. Promoção da saúde mental através de integração das ações específicas com outros programas assistenciais de saúde, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil.

## D – Política de recursos humanos

A definição de uma política de recursos humanos para o setor deverá ter como princípios básicos:

- democratização do acesso, através de admissão feita exclusivamente por meio de concurso público;
- critérios públicos de lotação e remanejamento de funcionários;
- carreira multiprofissional com estabelecimento imediato de plano de cargos e salários para todas as instituições do setor público de saúde;
- garantia de um contrato de trabalho com salário digno e incentivo à dedicação exclusiva com remuneração compatível;
- garantia, dentro da carga horária contratual, de espaço para atualização, pesquisa, supervisões técnicas de equipe e contato dos profissionais com suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho, avançando no processo de organização dos trabalhadores nos seus locais de atuação, com vistas ao desenvolvimento de ações identificadas com o interesse e organização dos usuários;
- garantia à comunidade de usuários do acesso à informação sobre o preenchimento de vagas nos cargos públicos de saúde, com a participação nas decisões de necessidade dessas contratações;
- estabelecimento de uma política de interiorização de recursos humanos através de incentivos salariais e funcionais que garantam a fixação de profissionais nas cidades interioranas, zonas periféricas, rurais e de difícil acesso;
- proibição da ocupação de cargos de direção e chefias do serviço público por proprietários ou sócios de estabelecimentos da rede privada de assistência em saúde;
- que os critérios para o exercício das chefias sejam pautados em competência técnica para tal função, não sendo privativo de nenhuma das categorias envolvidas;
- isonomia salarial e de jornada de trabalho dos profissionais e funcionários de nível elementar, médio e superior, dos serviços públicos federais, estaduais e municipais;
- as universidades deverão assumir o seu papel de pólo de formação e reciclagem dos profissionais e agentes de saúde, democratizando e integrando órgãos formadores e órgãos assistenciais para uma transformação curricular compatível com a formação de recursos necessários à rede pública assistencial em saúde mental, em consonância com os princípios estabelecidos no conjunto das deliberações desta Conferência.

## TEMA III

### CIDADANIA E DOENÇA MENTAL: DIREITOS, DEVERES E LEGISLAÇÃO DO DOENTE MENTAL

O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico.

A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização freqüentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos.

Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor.

A construção social do processo saúde-doença recomenda prudência ao se caracterizar comportamento alternativo de inserção social como doença mental, evitando a utilização do saber e das técnicas médico-psicológicas para a prática de discriminação e dominação.

O Estado deve buscar formas de reconhecer os espaços não profissionais criados pelas organizações comunitárias, como espaços promocionais de saúde mental.

#### A – Recomendações à Constituinte

1. Que seja encaminhada à Comissão de Sistematização da Assembléia Nacional Constituinte, a solicitação de inclusão de um parágrafo terceiro ao item 1º do atual relatório da Comissão de Saúde, que passaria a ter o seguinte teor:

#### DA SAÚDE

Art. 1º – A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.



§ 1º – O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com suas necessidades.

§ 2º – A lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto neste artigo.

§ 3º – Todas as pessoas, independente da natureza de sua deficiência ou doença, gozam plenamente de todos os direitos e estão sujeitos aos deveres consignados nesta Constituição e legislação que reconheça suas especificidades.

1.1. Ainda com relação ao processo constituinte, reforçamos o "projeto de iniciativa popular", que assegurará a possibilidade de técnicos e usuários, através de suas entidades representativas e mediante ampla mobilização popular, apresentarem, em futuro próximo, projeto de lei modificando os dispositivos jurídicos ora em vigor.

1.2. Que se inclua no Título II dos Direitos e Liberdades Fundamentais, capítulo dos Direitos Individuais, no artigo 6º, menção à saúde: Onde se lê: "... a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida", leia-se "... a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida e à saúde". Tal proposição é coerente com o artigo 261 que consagra a *saúde* como um direito, tido por todos como fundamental. Como o projeto de Constituição (§ 5º, do artigo 6º) pune como crime inafiançável qualquer discriminação atentatória aos direitos e liberdades fundamentais, tal menção à saúde mais se justifica.

1.3. Que se inclua no texto constitucional:

Art. – Por motivo de doença ou deficiência não serão toleradas quaisquer medidas ou preceitos discriminatórios, segregacionistas ou punitivos, excetuados os casos em que condutas ou estados patológicos possam acarretar riscos à incolumidade física das pessoas, ou danos ao patrimônio, ou resultarem de atos delituosos.

1.4. Quando da revisão da legislação ordinária consubstanciada no Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, devem ser incorporadas as conquistas de direitos dos indivíduos e os atuais avanços de organização e de técnicas no setor. Também deverão merecer cuidados a revisão dos textos específicos no âmbito do Direito Civil, Sanitário, Trabalhista, Previdenciário, Penal e no campo da Deontologia.

## B – Reformulação da legislação ordinária

A Conferência Nacional de Saúde Mental entende que a extensão de direitos civis, sociais e políticos a todos os indivíduos cria a necessidade constitucional de imediata substituição das leis específicas vigentes. Para tanto, recomenda-se:

### 1 – Com relação à legislação civil

Modificação da legislação que regula as questões relativas às interdições e aos estados de incapacidade civil ("aos loucos de todo o gênero"). A interdição deverá estar restrita quando houver ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física.

### 2 – Com relação à legislação penal (Código Penal Brasileiro)

Estabelecimento de penalidade àqueles que, em última análise, determinam o tipo e modo como se dá o processo produtivo, que reconhecidamente causam danos à saúde física e mental dos trabalhadores.

A legislação ordinária deverá fazer uma revisão acerca da questão da inimpugnabilidade.

Que se aprofunde a discussão sobre os manicômios judiciários, visando sua extinção ou profunda transformação.

A questão da definição da periculosidade deverá merecer especial atenção por implicar em juízo de valor e dar margem ao uso indevido da saúde mental e dos seus profissionais para o cerceamento da liberdade individual e da opção de forma de vida das pessoas.

A definição de uma pessoa como 'perigosa' não deve ter o caráter de definitivo julgamento. Sua elaboração deve estar subordinada aos objetivos de uma sociedade democrática, justa, igualitária e capaz de garantir os direitos humanos fundamentais. É conveniente que os diversos especialistas do campo das ciências humanas, sensíveis à comunidade em seus anseios, contribuam para essa avaliação, assegurando que não se estabeleçam julgamentos ligados a qualquer tipo de preconceito.

### 3. Com relação à legislação sanitária e psiquiátrica

1. Ao Poder Público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. A questão da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado.

A internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios da internação, envolvendo, neste ato,



defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente.

2. A decisão sobre diagnóstico, tratamento e regime de tratamento é da responsabilidade da equipe assistencial multiprofissional, e pode ser legalmente questionada pelo cliente, familiares ou entidades civis.
3. Que se garanta ao usuário o direito de acesso ao prontuário, de acordo com uma avaliação das condições de sua autodeterminação e capacidade de entendimento.
4. Que os doentes tenham o direito de escolher o tipo de tratamento e o seu terapeuta, associando, no entanto, a participação efetiva de uma equipe multidisciplinar, possibilitando ao doente o conhecimento da natureza das indicações e contra-indicações do seu tratamento.
5. Que os critérios de funcionamento hospitalar, relação de leitos por técnicos, sejam estabelecidos considerando as características próprias de cada faixa etária; assim como o direito ao atendimento multiprofissional.
6. Que se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária (por exemplo: *habeas-corpus*, comunicação automática à autoridade judiciária competente, criação de tutela provisória para estes pacientes), visando a possível reversibilidade do estado de internação no período máximo de 72 horas.
7. Que sejam criadas estruturas que proporcionem a reinserção no trabalho, através de Centros de Reabilitação, sendo o trabalho protegido de tal forma que se torne dispensável a aposentadoria compulsória.
8. Que na legislação previdenciária a concessão de auxílio-doença aos casos de doenças mentais submeta-se a critérios técnicos rigorosos e que a perícia médica realizada pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) tenha especialistas próprios (e não credenciados), com a obrigatoriedade de imediata inclusão dos doentes em tratamento de reabilitação nos Centros de Reabilitação Profissional.
9. Que os Centros de Reabilitação Profissional tenham equipe multiprofissional de saúde mental para atender especificamente os pacientes encaminhados pela perícia médica.

4. Com relação à legislação sanitária e psiquiátrica da criança e do adolescente

#### CONSIDERANDO:

1. O atual estado de ausência de política de saúde mental para a infância e adolescência, a carência de recursos humanos especializados e a ausência de legislação específica;

2. Que cerca de metade da população brasileira é formada por crianças e adolescentes, sujeitas a tutela e sem possibilidade legal de exercer seu livre arbítrio;
3. As atuais deficientes condições de funcionamento da rede assistencial pública;
4. A sobreposição dos interesses econômicos na existência e expansão dos hospitais psiquiátricos privados;
5. A deformação conceitual vigente que considera menores sem lar, 'meninos de rua', como futuros delinquentes ou psicopatas.

#### PROPOMOS:

1. Que se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle;
2. Que aos menores, a partir dos 16 anos, seja facultado requerer contra sua internação;
3. Que se garanta, aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o direito ao espaço lúdico;
4. Que os critérios de funcionamento hospitalar e relação de leitos por técnicos sejam estabelecidos, considerando as características próprias de cada faixa etária, assim como o direito ao atendimento multiprofissional;
5. Que as medidas terapêuticas para utilização em menores sejam revistas criteriosamente, limitando ou proibindo a utilização de psicofármacos e outros procedimentos (eletroconvulsoterapia, por exemplo) de utilidade duvidosa de potencial pernicioso ao processo de desenvolvimento e integridade física e mental dos menores;
6. Que as internações psiquiátricas realizadas por decisão do Juizado de Menores sejam necessariamente submetidas à avaliação de uma equipe de saúde mental;
7. Que aos menores submetidos à internação sejam garantidos os direitos de proteção semelhantes aos dos pacientes adultos, estudando-se mecanismos de controle e proteção que evitem uma discriminação acessória a partir de sua minoridade e condição de tutelados;
8. Em relação à internação de menores marginalizados, que esta seja feita mediante a avaliação de equipe multiprofissional e com ordem judicial.

## 5. Com relação à legislação trabalhista

### CONSIDERANDO:

1. A importância da fadiga e da tensão psíquica na determinação dos acidentes de trabalho, amplamente reconhecida;
2. Que numerosos estudos comprovam que uma série de aspectos organizacionais do trabalho desempenham ação na instalação e desenvolvimento de distúrbios mentais, psicossociais e psicossomáticos;
3. O conhecimento científico atualmente existente sobre os prejuízos decorrentes para a saúde a partir da implantação de sistemas automatizados;
4. Que a especificidade de determinadas situações de trabalho, pela complexidade de interação de fatores morbígenos e ou tensiógenos, derivados da organização, ambiente e conteúdo/natureza do trabalho, exigem estudos ergonômicos e modificações efetivas dos efeitos psicossociais sobre os trabalhadores;
5. Que em diversos países as legislações têm levado em conta os agravos que o trabalho em regime de turnos alternados e de trabalho noturno trazem para a saúde física, psíquica e psicossocial, e que um ponto essencial destas evoluções de legislação tem sido contemplar um maior período de repouso e de recuperação do cansaço;
6. A necessidade de manutenção na vida social e produtiva dos portadores de doenças mentais.

### PROPOMOS:

1. O reconhecimento de que a doença mental esteja ligada às condições em que ocorrem as atividades produtivas;
2. Que se crie dispositivo legal que garanta a manutenção do emprego aos indivíduos acometidos de algum tipo de sofrimento psíquico e submetidos a tratamento;
3. Que os exames de sanidade física e mental não sejam, por lei, instrumentos de exclusão da vida produtiva, mas sim que adequem as limitações físicas e mentais do trabalhador às atividades que este possa desempenhar satisfatoriamente;
4. Punição do empregador que mantenha condições de trabalho reconhecidamente insalubres e deletérias à saúde, com o estabelecimento de responsabilidade legal pelos prejuízos eventualmente produzidos;

5. Que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social. É dever do Estado garantir a reabilitação e reinserção social do doente mental e sua colocação no mercado de trabalho;

6. Reformulação do seguro-desemprego e sua ampliação, de forma a assegurar a sobrevivência digna dos trabalhadores e sua família, para evitar que este recorra à tática de psiquiatrização como forma de subsistência;

7. Inserir em uma nova Consolidação das leis do Trabalho (CLT), formulações que garantam:

a) Diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica: através da *diminuição das jornadas de trabalho* e do *aumento dos períodos* de tempo livre (folgas e férias), de acordo com a natureza das atividades;

b) Períodos de descanso durante a jornada cotidiana, destinados também a permitir a preservação da atividade mental autônoma. Tais intervalos deverão ser em número e duração suficientes para tais finalidades, em conformidade com as necessidades determinadas pela carga de trabalho exigida em cada posto;

c) Em se tratando de atividades reconhecidas como especialmente desgastantes do ponto de vista psíquico, diversificar essas atividades;

d) Para a prevenção da fadiga mental será obrigatória, sempre que solicitada pelos trabalhadores - através de seus Sindicatos, Comissões de Fábrica, Comitês de Saúde ou da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPAs) - a formação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e de tensão psíquica. Tais grupos deverão sempre ser constituídos, paritariamente, por técnicos especializados e trabalhadores do local, devendo-se necessariamente, ao final dos estudos, formular sugestões para modificações - cuja implantação deverá ser acompanhada pelos trabalhadores em todas as suas etapas;

e) Os prazos e as alternativas de modificação das condições organizacionais e ambientais deverão ser objeto de negociação entre a empresa e os trabalhadores;

f) A duração normal do trabalho, para os empregados que trabalham em regime de turnos alternados e para os que trabalham em horário fixo noturno, não poderá exceder 35 horas semanais;

g) Que se retire da CLT o alcoolismo como causa de demissão e que nenhuma outra dependência seja causa de exclusão do trabalho.

# LA REFORMA PSIQUIATRICA EN ANDALUCIA 1984-1990

## Instituto Andaluz de Salud Mental CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

JUNTA DE ANDALUCIA

Año de edición, 1988



# CAPITULO 1.

## LAS BASES DE UNA NUEVA POLITICA SANITARIA EN SALUD MENTAL

Con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial tiene lugar, en la mayoría de los países desarrollados, la puesta en marcha de diferentes procesos de transformación de las estructuras de asistencia psiquiátrica. A pesar de los importantes matices diferenciales existentes, en cuanto a orientación y desarrollo efectivo, entre las reformas emprendidas en países como Francia, Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Países Nórdicos y, posteriormente, Italia y España, hay en todas ellas una característica común que permite hablar de la generalización de un mismo fenómeno social: la búsqueda de alternativas a una organización asistencial basada en el Manicomio.

Surgidas a partir de orientaciones muy diversas (sociológicas, políticas, sanitarias, económicas, etc.) y con un objetivo inicial de racionalización, modernización y humanización de la asistencia a los enfermos mentales, tales procesos, que empiezan a recibir el nombre genérico de "Reforma Psiquiátrica", engloban posicionamientos ideológicos y técnicos basados en una auténtica crisis general de lo que podemos llamar asistencia psiquiátrica tradicional. Crisis que engloba, al menos, dos aspectos diferenciados: la constatación técnica de la ineficacia del Manicomio para el tratamiento de los problemas de Salud Mental de la población, y la crítica a la conceptualización tradicional de la enfermedad mental y de los procedimientos socialmente admitidos para enfrentarse a ella, considerados inadecuados e inadmisibles, en el contexto de una sociedad democrática.

Utilizando un concepto de la moderna filosofía de la ciencia, podemos hablar del surgimiento de un nuevo paradigma teórico: la SALUD MENTAL COMUNITARIA. Sin una definición explícita unánimemente aceptada, sino más bien con diversas formulaciones concretas, hay un núcleo conceptual común desde el que se desarrollan nuevos modos de analizar los problemas de la salud y la enfermedad mental y se proponen modelos alternativos, tanto funcionales como institucionales, para intentar solucionarlos.

Esta evolución, que podríamos llamar "interna" al campo psiquiátrico, coincide con un paralelo proceso de transformación del contexto sanitario en el que, al menos formalmente, se inscribe aquél. Proceso en el que se va desarrollando una consideración ecológica de la salud que concede un papel relevante a los aspectos psicosociales, a la vez que se formulan nuevos principios de organización de los sistemas sanitarios basados en el concepto de la ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Se configuran así los elementos básicos que hacen necesaria y posible una nueva Política Sanitaria en el Sector de la Salud Mental, cuyos rasgos más característicos (por sus implicaciones teóricas, de organización de servicios y de práctica asistencial) resumimos a continuación.

## 1.1. LA SUPERACION DEL MANICOMIO

Un aspecto central en la definición de una nueva política sanitaria en salud mental es el desarrollo de una alternativa al Manicomio, institución definitoria de la asistencia psiquiátrica tradicional. En un planteamiento simplificado, se trata en último término de elegir entre dos alternativas contrapuestas: su completa sustitución por una nueva red de servicios de base y orientación comunitaria, o, en un planteamiento más conservador, su modernización, transformándolo, bajo la denominación más aséptica de "Hospital Psiquiátrico", en un elemento más dentro de esa red de servicios.

Opción que sólo puede tomarse a partir de un análisis, tanto del funcionamiento tradicional de los Hospitales Psiquiátricos, como de las experiencias históricas que se han venido planteando para su sustitución. En definitiva, mediante un análisis de las posibilidades, condiciones y riesgos de su superación.

### 1.1.1. LA CRISIS DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA TRADICIONAL

A pesar de las diferencias de muy diversa índole existentes en la actualidad entre distintos sectores profesionales y sociales con respecto a los problemas de salud mental, lo que es evidente para la práctica generalidad de los mismos, es la inadecuación de un modelo asistencial basado en concepciones sociales arcaicas e identificable a través de una figura institucional clave, negativamente valorada: el Manicomio. Fracaso que abarca la doble dimensión de dicho modelo al incidir, por un lado, sobre la conceptualización tradicional de la enfermedad mental y de los objetivos sociales de la asistencia psiquiátrica y, por otro, sobre el papel de la institución que la define. Aspectos o dimensiones del problema en evidente interconexión.

Esa concepción tradicional de la asistencia psiquiátrica, a cuya crisis asistimos hoy, es heredera de una tradición social para la que la locura es más una inexplicable y peligrosa conducta social desviada, de la que es preciso defenderse, que un problema de salud al que hay que intentar aportar soluciones.

Centrada en un número relativamente reducido de trastornos mentales graves (los más distorsionantes socialmente) y en una población desfavorecida (la que menos posibilidades tiene de manejarlos sin grandes dificultades visibles), el desconocimiento con respecto a los factores determinantes de aquéllos y la práctica ausencia de técnicas de intervención eficaces, han reforzado históricamente esa conceptualización inicial y orientado la actuación sobre los mismos hacia la segregación de sus portadores, colocando los objetivos de reclusión y custodia por encima de cualquier otra consideración.

Ejercer esa función de control social, sobredeterminante de cualquier objetivo específicamente sanitario, es el papel que le ha venido correspondiendo al Manicomio, posteriormente rebautizado como Hospital Psiquiátrico, ya sea como único recurso asistencial, ya sea como institución central de una red cuyos elementos acaban funcionando como meras agencias reguladoras del acceso al mismo.

Y es esa función social la que explica las características concretas del Hospital Psiquiátrico tradicional como institución marginadora, que no sólo no resuelve los problemas de los pacientes sino que los agrava con un síndrome propio —el INSTITUCIONALISMO— a través de una serie de efectos peculiares: el aislamiento social, la masificación, la indiferenciación de problemas (enfermedades, carencias sociales, delitos, etc.) entre su población, y el estigma social que se adscribe a sus desgraciados usuarios.

Aspectos ambos (función de control social marginador y efecto yatrogénico añadido por la institución) que han venido siendo objeto de multitud de análisis críticos, desde las perspectivas de la teoría sociológica, las consideraciones políticas democráticas y las disciplinas sanitarias y específicamente psiquiátricas y psicológicas.

### 1.1.2. LAS ALTERNATIVAS ACTUALES AL MANICOMIO

Si prácticamente nadie puede hoy, con un mínimo de rigor científico y sensibilidad democrática, defender los planteamientos asistenciales tradicionales ni plantear, por consiguiente, la pervivencia del Manicomio como tal, caben, sin embargo, distintas posiciones con respecto al dilema transformación-sustitución del Hospital Psiquiátrico tradicional. Posiciones que se basan en la valoración del peso relativo de los distintos factores negativos de su funcionamiento, así como en la del de sus distintos condicionantes externos e internos. En definitiva, en la valoración de las posibilidades reales y las condiciones de su superación en contextos sociales concretos.

De hecho, asistimos hoy a la configuración de dos posturas diferenciadas a este respecto, en el seno de lo que podemos llamar "comunidad psiquiátrica internacional" (incluyendo en el referente de este término tanto a los profesionales de la psiquiatría y psicología clínicas como a los planificadores y administradores sanitarios en este área).

Por un lado, lo que podríamos llamar "postura resignada" con respecto a la pervivencia del Hospital Psiquiátrico, característica, entre otros, de los países del Centro y Norte de Europa, Estados Unidos y Canadá. A partir de una extrapolación, en nuestra opinión, superficial, del análisis de los resultados de algunas de las más importantes experiencias de Reforma Psiquiátrica (básicamente de la llamada desinstitucionalización americana de los años 60 y 70 y de la Reforma italiana de los años 80, considerada globalmente) se constata la dificultad de hacer desaparecer los Hospitales Psiquiátricos y se apuesta, resignadamente, por una transformación de los mismos mediante la introducción de factores de corrección: la "modernización" de su funcionamiento y su integración en una red más amplia de servicios.



Por otro lado, y en contraposición a ésta, fundamentalmente en algunos países del Sur de Europa, se ha venido conformando una corriente con planteamientos menos resignados con respecto al Hospital Psiquiátrico. Apoyándose en un análisis diferente de las experiencias anteriores y como continuación de las luchas antiinstitucionales de las dos últimas décadas, en determinadas regiones de Italia, España y, aunque en menor medida, de Portugal y Grecia, se desarrollan experiencias alternativas que van demostrando la posibilidad de sustituir dicha institución por una red de servicios comunitarios.

Situándose dentro de este último campo, hay varios elementos que hacen racional y razonable la apuesta por una nueva estructura de servicios de Salud Mental que prescinda del Hospital Psiquiátrico:

- a) La necesidad de plantear alternativas cada vez más garantizadoras de la autonomía individual y colectiva de los ciudadanos, para dar respuesta a sus distintas necesidades de atención; lo que implica una actuación de orientación desinstitucionalizadora.
- b) El efecto negativo de las características más relevantes de los Hospitales Psiquiátricos, como son la hospitalización prolongada (que implica el aislamiento del medio social normal), su carácter monográfico (que fomenta la estigmatización y marginación social) y la atención indiferenciada a problemas diversos (que favorece la masificación y dificulta la actuación específica sobre cada uno de ellos).
- c) La práctica imposibilidad de encontrar una función sanitaria al Hospital Psiquiátrico, no contaminada con su papel de reservorio social y comparativamente más eficaz que otros dispositivos alternativos específicos (p. ej.: la hospitalización activa prolongada, que puede ser necesaria en una minoría de pacientes).
- d) El análisis riguroso de las experiencias internacionales que permite situar correctamente las raíces de los fracasos (objetivos economicistas, descoordinación y ausencia de servicios sanitarios públicos en U.S.A., falta de desarrollo de servicios alternativos en algunas regiones italianas y otros países; escaso interés político por el proceso y dificultades de dismantelar un sector de gran peso económico y social en los países del resto de Europa, etc.) a la vez que las condiciones de éxito (desinstitucionalización sin abandono de los pacientes, coordinación entre política general y presupuestaria, y desarrollo eficaz de una red de servicios alternativos).

En definitiva, y como resumen, apostar hoy por una sociedad sin manicomios resulta no sólo un objetivo coherente con los principios que rigen en una sociedad democrática, sino también una necesidad asistencial —desde un planteamiento sanitario de los problemas de salud mental de la población—, y una posibilidad real si se garantiza el cumplimiento de determinadas condiciones. Condiciones que afectan tanto a una correcta desinstitucionalización de la población actualmente internada como al desarrollo de una red alternativa de servicios.

## 1.2. NUEVOS CONCEPTOS SOBRE LA SALUD Y LA ATENCION SANITARIA

Paralelamente a la crisis, que acabamos de resumir, de las concepciones y servicios tradicionales de la asistencia psiquiátrica, se viene produciendo, también en las últimas décadas y más o menos en los mismos países, un proceso más amplio de puesta en cuestión de las concepciones social y profesionalmente consagradas con respecto a los problemas y servicios generales de salud de las poblaciones humanas.

Esta crisis general afecta fundamentalmente a los países occidentales desarrollados y se manifiesta en relación tanto con los procedimientos de actuación de la tecnología médica tradicional, como en la viabilidad económico-administrativa del proceso de desarrollo de los servicios sanitarios que le sirven de base.

Así, la interrupción constatable de la tendencia anterior al aumento progresivo de los valores positivos de los indicadores habituales de salud (esperanza de vida, mortalidad general e infantil, etc.), asociada a la variación de los patrones epidemiológicos (aumento de prevalencia de patologías crónicas y relativo control de las enfermedades infecciosas clásicas, rebrote de patología infecciosa específica, etc.), pone de manifiesto la inadecuación actual de los procedimientos clásicos de la medicina. Desarrollados frente a las patologías infecciosas agudas, de orientación curativa, base hospitalaria y tecnificación y especialización creciente, esos procedimientos parecen poco adecuados para hacer frente a las nuevas patologías. Sin hablar de la conciencia creciente de sus efectos yatrogénicos específicos y su contribución, más difícil de evaluar, a la desresponsabilización social, pérdida de autonomía y deshumanización que fomentan.

Al mismo tiempo y paradójicamente, esa incapacidad de hacer frente a los nuevos problemas origina un desarrollo creciente de los servicios sanitarios que termina siendo inviable, especialmente en el contexto de la crisis del llamado "Estado del Bienestar": incrementos presupuestarios crecientes, complejidad de la gestión económica y de personal, aumento del poder corporativo, etc.

De esta forma, y en un sentido similar al que utilizamos al hacer referencia a la crisis conceptual y organizativa de la asistencia psiquiátrica, podemos hablar aquí de la emergencia de un nuevo paradigma teórico en el tema de la organización de asistencia sanitaria pública. Paradigma, que podemos denominar de modo similar "SALUD COMUNITARIA", y del que nos interesan dos aspectos básicos: el nuevo concepto de salud y el principio organizativo de la Atención Primaria de Salud.

### 1.2.1. SALUD MENTAL Y SALUD

Uno de los elementos más o menos implícito en la emergencia de esas nuevas concepciones sanitarias es el cambio de enfoque sobre el propio concepto de lo que es la salud y la enfermedad, aspectos con los que los sistemas sanitarios deben trabajar. En ese sentido, enlazando con ideas desarrolladas, entre otras referencias históricas, por los primeros pensadores decimonónicos de la Medicina Social (como VIRCHOW), y



con distintas formulaciones concretas, se confluye en lo que podemos denominar, concepto ecológico de la salud, que básicamente mantiene:

- a) Que la salud y la enfermedad, deben ser vistos como los dos polos de un fenómeno esencialmente colectivo o poblacional, aun cuando tenga manifestaciones individuales concretas.
- b) Que ambos son resultados de la interacción activa y multiforme entre las colectividades humanas y su entorno, entendiéndose éste como la articulación de factores de muy diversa índole socialmente sobredeterminados.
- c) Que ese fenómeno unitario salud-enfermedad, presenta aspectos o componentes biológicos, psicológicos y sociales (tanto en sus causas como en sus manifestaciones), susceptibles de diferenciación teórica pero imposibles de manejar por separado.

Estos conceptos, que dan lugar a un nuevo enfoque del conjunto de los problemas de salud, son particularmente aplicables a las patologías crónicas, actualmente las de mayor prevalencia en los países desarrollados. En ellas es, en efecto, patente el aspecto gradual de la enfermedad, su carácter poblacional, su etiología multifactorial y el importante papel que desempeñan los aspectos psicosociales en su etiología y manifestaciones y en los procedimientos a desarrollar para su control.

Nuevo contexto teórico que hace posible, por otra parte, la consideración de las enfermedades mentales como un elemento más a incluir dentro de los problemas de salud. Y ello, sin renunciar a sus aspectos específicos en aras de una concepción "médica tradicional" más o menos biologicista, ni defender la inadecuada y estéril dicotomía "orgánico-psíquico" en que se han venido refugiando los análisis supuestamente no reduccionistas de la psiquiatría y la psicología.

## 1.2.2. LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Esta transformación conceptual tiene, como fácilmente puede verse, importantes implicaciones en el terreno de las intervenciones sobre los problemas de salud, que pueden formularse como elementos definitorios de una nueva política sanitaria general. Política que, consecuentemente, debe asumir:

- a) Su subordinación a una política más general de salud como marco que engloba —pero va bastante más allá—, las intervenciones específicamente sanitarias.
- b) La articulación de esas intervenciones sanitarias en una orientación integral de enfoque preventivo, incluyendo los niveles clásicos de la prevención (fomento y protección de la Salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación).
- c) La atención global a las necesidades de salud de los colectivos poblacionales —"comunidades"— como contexto obligado para el desarrollo de las intervenciones individualizadas.
- d) El papel activo e indispensable de la propia comunidad autorresponsabilizándose e interviniendo, a distintos niveles, en el cuidado de su propia salud.

Líneas de política sanitaria a partir de las cuales el análisis del fracaso e inviabilidad del desarrollo reciente de los sistemas sanitarios (tanto en los países desarrollados como, mucho más evidentemente, en los restantes), cristaliza en un nuevo concepto, oficializado por la O.M.S. en la ya un poco mítica Conferencia Internacional de ALMA-ATA sobre Atención Primaria de Salud.

En un apretado resumen del tema, lo que ese relativamente nuevo concepto viene a plantear es la necesidad de reorientar el desarrollo de los sistemas sanitarios mediante la potenciación de su nivel primario. Concebido como puerta de entrada y eje del mismo, éste debe ser capaz de generalizar al conjunto de la población una serie integrada de prestaciones básicas, científicamente fundadas, socialmente aceptables y contando con la autorresponsabilización y participación de la comunidad, como señala la sobradamente conocida Declaración.

Lo que se pretende es, en definitiva, racionalizar las intervenciones sobre los niveles de salud de la población, sin magnificar el papel que corresponde entre ellos a las específicamente sanitarias y haciendo pivotar estas últimas sobre la disponibilidad generalizada de unos servicios básicos de "nuevo tipo"; accesibles al conjunto de la población, integrados en su propia estructura y capaces de identificar las necesidades sanitarias de su área de actuación, aquéllos deben maximizar el uso de los recursos con que cada comunidad cuenta (incluyendo evidentemente su propia y específica intervención técnica) para hacer frente a la gran mayoría de problemas de salud, que no requieren, para su manejo eficaz y eficiente, de una gran especialización ni dotación tecnológica.

Funciones que exigen, paralelamente, reorientar el papel de los servicios sanitarios especializados, como elementos de apoyo a la Atención Primaria (y no como elemento esencial del sistema, tal y como han venido funcionando tradicionalmente) para intervenir sobre los aspectos que desborden las posibilidades de intervención de ésta.

Una vez más aquí, y del mismo modo que el nuevo contexto conceptual ofrecido por la consideración ecológica de la salud permitía, como hemos visto, la integración de los problemas específicos de salud mental, el nuevo contexto institucional definido por la Atención Primaria de Salud integra los cuidados de atención a dichos problemas. Tanto la atención básica a los problemas psiquiátricos específicos como la valoración y manejo de los aspectos psicosociales del conjunto de problemas de salud, pasan a ser, con pleno derecho (1), competencia de los servicios sanitarios de primer nivel, como lugar en que se produce el primer contacto de la población con el sistema sanitario. Y la actuación de los dispositivos específicos de atención a la Salud Mental cobra así un nuevo significado, no tanto de protagonista directo, cuanto de elemento de apoyo especializado a la intervención básica del Equipo General de Salud.

(1) Ya lo eran en la práctica, como luego tendremos ocasión de comentar.

### 1.3. UNA ALTERNATIVA COMUNITARIA PARA LA ATENCION A LA SALUD MENTAL

De la confluencia actual de las dos tendencias paralelas que hemos intentado resumir —crisis de la asistencia psiquiátrica tradicional y crisis de los conceptos y servicios sanitarios generales— surge una nueva conceptualización de los problemas de salud mental que presenta también, como no podía ser menos, importantes implicaciones asistenciales.

En lo que respecta al aspecto conceptual de lo que hemos denominado paradigma comunitario de la salud mental, hay cuatro rasgos fundamentales a resaltar, por contraposición a la orientación tradicional, y en el marco de la definición de una nueva política sanitaria:

1. La consideración de los trastornos mentales como alteraciones de la salud susceptibles, por tanto, de recibir una atención preventiva, curativa y rehabilitadora.
2. La necesidad de tener en cuenta, tanto a la hora de la aproximación conceptual como de la intervención, el conjunto de los problemas de salud mental de la comunidad y no sólo aquellas alteraciones de la misma de mayor gravedad y/o repercusión en términos de conflictividad social.
3. La necesidad de diferenciar, en lo que respecta al abordaje de estos problemas, las competencias específicas del sistema sanitario (la resolución de los problemas de salud mediante su prevención, tratamiento y rehabilitación), de otras históricamente asociadas al mismo pero incluíbles en los campos de actuación, ya sea del Sistema de Servicios Sociales (la resolución de diferentes carencias sociales asociadas a los problemas psiquiátricos y el apoyo paliativo a la integración social de las personas incapacitadas), ya del Sistema Judicial y Penitenciario (el control de determinadas conductas que se consideran transgresoras de las normas sociales).
4. La importancia del entorno social próximo para el surgimiento, desarrollo y resolución de los problemas.

Las implicaciones que este nuevo enfoque tiene, en la organización y funcionamiento de los servicios para la atención a la salud mental, suponen un no menos importante cambio de perspectiva. En definitiva, lo que se plantea es el desarrollo de una red de servicios sanitarios y sociales que prive de sentido al Hospital Psiquiátrico al permitir:

1. Diversificar la oferta asistencial, adaptándola a la diversidad de los problemas, y articulándola en niveles de progresiva complejidad y especialización.
2. Situar el núcleo del sistema y el mayor número posible de dispositivos en el ámbito comunitario, en adecuadas condiciones de accesibilidad e integración en la estructura de la población.
3. Integrar el conjunto de los servicios específicamente sanitarios en el marco del Sistema Sanitario General, en el nivel que corresponda a cada uno, en una ordenación coherente con el papel de la Atención Primaria de Salud.

4. Desarrollar estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos actuantes en un mismo ámbito poblacional, garantizando la continuidad de atención a cualquier problema a lo largo de sus diferentes situaciones y fases evolutivas.

Principios sobre los que existe un amplio consenso internacional y sobre cuya eficacia comparativa con el Hospital Psiquiátrico, de cara a mejorar la situación de los pacientes sin descompensaciones del entorno y a un coste razonable, existen importantes evidencias.

### 1.4. NECESIDAD Y CONDICIONANTES DE LA PLANIFICACION

Uno de los componentes esenciales de las orientaciones basadas en los conceptos de la Salud Comunitaria es la planificación, es decir, la necesidad de utilizar una metodología específica, que permita partir del estado de salud de la población y adecuar progresiva y ordenadamente los recursos sanitarios a sus necesidades.

Concebido como un procedimiento de base científica que hace posible tener en cuenta el conjunto de determinantes de los problemas de salud y facilitar su resolución, aumentando la eficacia específica de los servicios y actuaciones sanitarias, el proceso de planificación se desarrolla cíclicamente a lo largo de diversas fases. Desde la identificación de los problemas, la determinación de prioridades, la fijación de objetivos y el diseño de estrategias para conseguirlos, hasta la puesta en marcha de los programas concretos (basados en esas estrategias) y su evaluación; punto de partida, a su vez, de un nuevo ciclo. Sin caer en ningún tipo de valoración mítica, la planificación aparece hoy, en el sistema sanitario y en otros, como un elemento indispensable para el progreso, a múltiples niveles, de los servicios y actuaciones. Su desarrollo presenta, sin embargo, dificultades evidentes y, de entre ellas, hay dos que interesa destacar por sus especiales implicaciones en el proceso actual de Reforma Psiquiátrica.

Una tiene que ver con factores, en cierta medida, previos al proceso de planificación en sentido estricto, aunque inevitablemente condicionantes del mismo. Por un lado toda planificación necesita, obviamente, planificadores, es decir, un equipo de profesionales conocedores tanto del campo sobre el que se va actuar (en este caso los problemas y servicios de atención a la Salud Mental), como de la metodología de trabajo específica de la planificación. Profesionales escasos en nuestro país y especialmente en un sector hasta ahora bastante marginal del Sistema Sanitario como es el de la salud mental. Lo que implica una tarea de "formación de los planificadores" que en muchas ocasiones debe hacerse, en gran parte, paralelamente al propio proceso de planificación. Al mismo tiempo, tampoco puede perderse de vista la inclusión del proceso de planificación en el marco de una política sanitaria global. Política necesariamente previa en cuanto tal al mismo y legitimada, en principio, en tanto que resultante del funcionamiento de los mecanismos democráticos del poder político (y, evidentemente, sometida a evaluación indirecta a partir de los resultados de la evaluación específica del proceso programado).



La otra dificultad, aún no resuelta satisfactoriamente, guarda relación con el propio concepto "de problema de salud". Tanto este concepto, en cuanto estado individual o colectivo de deficiencia de salud, como su traducción operativa, la "necesidad" —lo que se requiere para solucionarlo— están sujetos a una pluralidad de definiciones que hacen difícil su medición. Así la definición del experto o técnico, la percepción del paciente o colectivo implicado, o sus expresiones en términos de demandas de servicios, constituyen elementos no siempre coincidentes, y entre los que no resulta fácil elegir a la hora de identificar la situación sobre la que se va a actuar.

Dificultad que se amplía por el papel que los propios servicios sanitarios existentes tienen en todas esas definiciones. Y se acentúa en un campo, como el de la salud mental, en el que tan difícil resulta establecer definiciones operativas objetivables y asumidas por todos; y en el que, además, el papel de los servicios tradicionales ha contribuido a enmascarar los problemas, sobrecargándolos de prejuicios y añadiéndoles factores yatrogénicos a veces tan importantes o más que sus características iniciales.

De ahí que resulta indispensable, para poder realizar una correcta aproximación al conocimiento de las necesidades de salud mental de la población, plantearse, como proceso previo, la transformación de la estructura de servicios que hasta el presente bloqueaba, no sólo el desarrollo de medidas para la atención programada a esos problemas, sino incluso su correcta identificación.

Planificación, pues, a realizar inicialmente desde una perspectiva más organizacional que poblacional, de cara a dar pie a la actuación sobre los efectos yatrogénicos del sistema antiguo (y especialmente a su prevención), a la vez que nos permite iniciar una mejor identificación de las necesidades de la población a la que los nuevos servicios deben atender. Base para el desarrollo posterior de programas de salud progresivamente más ajustados a dichas necesidades.

## 1.5. CONCLUSIONES

A lo largo de las últimas décadas se han producido cambios decisivos en el enfoque de los problemas de salud y en el planteamiento de la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios generales. De modo paralelo, aunque, en idéntico sentido y, posiblemente, respondiendo a un proceso social común, los conceptos de salud y enfermedad mental han evolucionado incluyendo la necesidad de sustituir las estructuras tradicionales de asistencia psiquiátrica.

Un elemento clave de todo este entramado, tanto conceptual como de servicios, es el Manicomio, institución arcaica enraizada en una visión social estigmatizante de la locura. Elemento que es necesario y posible sustituir por una red alternativa de servicios, como primer paso para una más correcta aproximación a las necesidades de salud mental de la población. Por otra parte y en el contexto actual, el desarrollo de un Sistema Sanitario organizado conforme al principio de la Atención Primaria de Salud, ofrece el marco más adecuado para la articulación de esa nueva red de servicios.

Ese es pues el propósito general de una nueva política sanitaria en salud mental, que debe plasmarse en un Plan de actuación con unos objetivos y una estrategia que se concretan a partir del análisis de la situación que se pretende transformar.





