

Estas notas no están específicamente destinadas a ningún grupo autoidentificable. En especial, no está destinado a la comunidad universitaria, aunque tal vez tenga para la misma alguna utilidad al ver reflejado aquí, críticas vagamente formuladas o difusamente sentidas.

Se trata nada más que de algunas reflexiones que sintetizan mi pensamiento, elaborado durante años de discusiones, lecturas, experiencias parciales en el terreno de la salud, y una militancia política que se hace necesaria cuando todo lo demás pierde relevancia, y se transforma en un modo de vivir, y nos transforma, poco a poco, en otros hombres con una nueva conciencia.

Este trabajo sí está especialmente dedicado a mis compañeros. A los que en estos dos últimos agitados años lo fueron sin retaceos, aunque con dudas, con esperanza, con desaliento. Con todos ellos espero encontrarme en la misma trinchera, en las luchas que a no dudar lo habremos de seguir librando.

Introducción

Los cursos comunes a varias carreras que se iniciaron en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires al comenzar el año lectivo de 1974 presentaron una característica importante. Ella fue la introducción de una nueva materia con la forma de "unidades temáticas", agrupadas bajo la común denominación de "Medicina Social". Sin entrar a analizar en detalle los vaivenes experimentados ante este desarrollo, es necesario consignar que el intento realizado trascendía la tradicional efalta de importancia de materias tales como Enfermería Sanitaria, Demografía, Bioestadística, etc., que se atravesaban en los otros cursos que debía cumplir obligatoriamente el estudiante de medicina. Esa trascendencia tiene una antigua historia y es de ello de lo que queremos hablar aquí, no porque importe para la Facultad de Medicina de Buenos Aires, sino porque es la base sobre la que tiene que hacerse el futuro desarrollo de la salud del país.

El hecho de haber elegido esta manera de introducir el tema se debe a que me tocó en suerte impulsar la decisión de incorporar esa temática, junto con otras reformas, en los estudios de la Facultad.

Problemas metodológicos

Nuestra penetración cultural es completa cuando nuestra manera de pensar responde sin cuestionamientos a las formas aceptadas y convvincentes con que piensan los países dominantes. Esto es independiente de que existan o no errores lógicos, formales o dialécticos, en esa manera de pensar, ni tampoco que las conclusiones a las que se arribe sean las más convenientes para la situación, o la intención, e de los países dominantes.

La afirmación anterior parece echar una sombra de duda sobre la supuesta objetividad de la ciencia, sobre los usos de la verdad, como si una siniestra conjura imperialista impidiera nuestro desarrollo utilizando para ello conocimientos teóricamente inobjetables y avalados por rigurosas demostraciones que no se pueden poner en duda, so pena de atacar uno de los pilares de la actual fábrica social. Desmontar este mecanismo es una de las maneras de luchar por la independencia en el terreno de la ciencia y la cultura, en nuestro caso de la salud.

Veamos algo de método. Al enfrentar un problema social lo primero con que chocamos es el gran número de aspectos diferentes que debemos manejar, lo cual nos lleva de inmediato a la necesidad de proponer algún ordenamiento que alivie el esfuerzo de pensar en muchas cosas simultáneamente. Es decir, de todos los aspectos que hay que considerar, con sus numerosos matices y características, es menester elegir aquéllos que más destaquen para ordenar en torno a ellos todos los elementos del problema y llegar, a partir de ese ordenamiento, a la solución buscada. Esto es, ante la imposibilidad de considerar aisladamente todo lo que interviene en un problema social debemos elegir ejes de clasificación que nos faciliten la tarea de enfocar el problema, ordenarlo, analizarlo, si es posible experimentar con él y llegar por fin a propuestas para manejarlo.

Puede parecer una trivialidad, pero lo cierto es que en casi cualquier disciplina lo primero que debemos hacer al intentar el estudio de un problema es clasificar los elementos del mismo. Pero esto impone una primera decisión que no es en absoluto trivial porque implica un enfoque, un punto de vista inicial que impregna todo el desarrollo ulterior del estudio que se va a realizar, y porque en el caso de las ciencias sociales en especial, está completamente influenciado por fuertes contenidos ideológicos, que pasan tanto más disimulados cuanto más dependientes somos, o mejor, cuanto más colonizada se encuentra nuestra conciencia.

Para que no queden dudas respecto de lo que afirmo: digo que cuando adoptamos o aceptamos un eje de clasificación, estamos adoptando a aceptando una posición ideológica con respecto al tema en discusión. En nuestro caso específico esto lo afirmo respecto de la salud.

Por eje de clasificación entiendo la idea directriz que permite orientarnos acerca del punto de vista o lugar de observación desde el que vamos a examinar el fenómeno. Esta ubicación tiene un significado que vamos a intentar desentrañar con algunos ejemplos.

La medicina utiliza generalmente una clasificación de los problemas de salud, cuyo eje es el de las enfermedades que pueden padecer las personas. Pero este eje no es simple ya que las enfermedades pueden, a su vez, observarse desde distintos puntos de vista. Los que se utilizan generalmente son la etiología, la patogenia, las características anatómicas y la localización. Todos estos criterios, y otros, aparecen en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte que desde hace muchos años elabora y actualiza un Comité Internacional. La etiología identifica a la causa de la enfermedad, o mejor dicho, al agente directo que desencadena el proceso fisiopatológico que conduce al estado que llamamos enfermedad. En el caso de una enfermedad infecciosa o parasitaria esto significa el germen o el parásito que da nombre a la misma, tal como amebiasis o tuberculosis. El factor etiológico no es necesariamente un germen o un parásito; los traumatismos, o las diversas afecciones esenciales revelan etiologías, o su desconocimiento, en enfermedades no infecciosas. En otros casos en que el factor etiológico no es inmediatamente perceptible, se avanza algún paso y se apunta a un elemento importante dentro del mecanismo patogénico de la enfermedad. Así en el caso de la hipertensión renal y de la anemia ferropriva.

El enfoque etiopatogénico tiene dos características importantes: en primer lugar, identifica a las enfermedades como entidades independientes, con existencia propia, pero que además les ocurren a individuos particulares, o sea, que cuando una persona entra en contacto con cierta cantidad de bacilos de Koch se enferma individualmente de tuberculosis. Cuando algún mecanismo no del todo identificado desencadena la producción de ciertas sustancias por el riñón de una persona, esta se enferma de hipertensión. La segunda característica es que esta clasificación orientó, y sigue orientando, la investigación terapéutica hacia la obtención de drogas que contrarrestaran específicamente la acción de los agentes etiológicos de una determinada y muy específica e individualizada enfermedad.

Un segundo eje de clasificación, recientemente puesto de relieve por un grupo de muy distinguidos sanitaristas del hemisferio norte liderados por el norteamericano Kerr L. White, destaca otros elementos más en relación con lo que ocurre con las personas, partiendo de la idea de que son éstas las que en algún momento perciben que algo anda mal con su organismo, lo cual las lleva eventualmente a buscar el auxilio de la medicina. Es decir, se destaca la importancia de los síntomas tal como son percibidos por el paciente. Un estudio que está siendo llevado a cabo en varios países fundamenta una severa crítica a los criterios utilizados en la clasificación internacional. Lo que interesa destacar aquí es que el criterio de clasificación de los problemas de salud por síntomas apunta, por una parte, a hechos objetivos percibidos por pacientes individuales, e identificables como tales hechos por el médico, cuya relación con el paciente está implícita en este eje de clasificación. Por otra parte, al identificar así los problemas se está centrando la resolución de los mismos en la atención médica y en una forma particular de la misma que es la que caracteriza al sistema, los establecimientos y, en fin, la modalidad de la atención médica en los Estados Unidos de Norteamérica. Para resumir, este eje de clasificación es correcto (por lo menos para el país mencionado) si se acepta el enfoque de la ciencia como resolución de problemas ("problem solving") y si no se quiere cuestionar la situación de la sociedad en su conjunto.

Un tercer eje o conjuntos de ejes de clasificación, son los que responden a una orientación más social del problema. En este terreno existen múltiples posibilidades, la mayoría de ellas totalmente inexploradas. Voy a mencionar aquí y sólo a manera de ejemplo dos clasificaciones muy elementales, simplemente porque fui el responsable de su formulación en otros tantos trabajos escritos hace algunos años. El primero de ellos clasificaba a todas las enfermedades en sólo tres categorías: erradicables, reducibles y no reducibles. Los criterios para incluir una determinada enfermedad en una u otra categoría no eran muy precisos. Se decía, por ejemplo, que erradicable era toda aquella enfermedad que, digamos, en los últimos cincuenta años hubiera desaparecido entre las causas de muerte de los países adelantados (sin señalar cuál es el criterio que permite decir de un país que es adelantado). Las reducibles eran las que habían disminuído, como porcentaje, entre las causas de muerte y las restantes eran las no reducibles.

El segundo eje que quiero mencionar estaba constituido por una clasificación

desagregación de las enfermedades reducibles de la anterior clasificación, en los siguientes seis grupos: 1) de origen hídrico, 2) de origen nutricional, 3) maternoinfantiles, 4) prevenibles por vacunación, 5) prevenibles por medidas higiénicas y 6) tributarias de atención médica. De nuevo, los criterios de inclusión son lo suficientemente laxos como para no resistir los embates críticos de un epistemólogo principiante, amen de las obvias superposiciones entre las categorías, etc.

Sin embargo, lo que interesa destacar en estas dos clasificaciones es que no están centradas en lo que ocurre con cada individuo y además, en un sentido muy general, orientan rápidamente hacia lo que conviene hacer en cuanto a política de salud, sobre todo si en lugar de las tradicionales tasas de mortalidad o morbilidad se utilizan los porcentajes correspondientes. Los estudios comparativos hechos con estos criterios muestran con claridad interesantes diferencias entre países (y posiblemente entre regiones dentro de un mismo país).

Insiste en que estos ejemplos no agotan ni de lejos el tema y que no son los que yo mismo elegiría de ponerme a estudiar el problema hoy y aquí. Tal vez comenzaría a explorar algo así como enfermedades de las villas, de las fábricas, de la escuela, de los cuarteles, de los barrios residenciales, del campo, etc. Volveremos sobre esto.

Medicina científica

La segunda mitad del siglo pasado es un período glorioso para la historia de la medicina científica. Dos gigantes como Pasteur y Koch demostraron con experimentos simples pero fundamentales el origen microbiano de las enfermedades infecciosas. El rigor de sus trabajos ha quedado como ejemplo clásico de investigación científica. El progreso que sus descubrimientos desencadenaron es probablemente mayor que el atribuible a cualquier otra causa conocida en la actualidad. Ese rigor y ese progreso no pueden ser disminuidos ni oscurecidos por ninguna circunstancia.

Es menester reconocer que una gran idea fuerza arrastra tras de sí un movimiento importante, que cuando se da en el terreno de la ciencia condiciona tanto las circunstancias del progreso como la potencialidad de su eventual retardo.

La afirmación de Pasteur de que no había generación espontánea de vida dió origen a una polémica cuyos últimos coletazos están lejos de haberse extinguido. Pero mucho más importante, en el terreno

de la salud, fue el descubrimiento de que determinadas enfermedades eran producidas por microorganismos definidos. Esto dió origen a dos consecuencias de extrema importancia: el descubrimiento de vacunas preventivas de la aparición de enfermedades infecciosas y la noción de la etiología específica de las enfermedades. Las consecuencias no se detuvieron allí. La orientación de la terapéutica en base a drogas también recibe un fuerte impulso a partir de esa noción de especificidad.

Mientras Pasteur y Koch ponían las sólidas bases sobre las que se iba a asentar el desarrollo de la medicina científica en los cien años siguientes, surgía un coro de voces opositoras que se aferraban tenazmente al pasado reivindicando la vieja tradición hipocrática. Nada menos que Virchow se encontraba entre los que desconocían la responsabilidad de los microbios en la generación de las enfermedades cuyas consecuencias conocía tan bien. Pero lo que afirmaba la oposición a la ciencia rigurosa estaba fundamentado en una larga y cuidadosa observación de la interacción entre la gente y su entorno.

Es inútil, o por lo menos ocioso, intentar hoy revitalizar esa polémica. ¿Acaso no aceptarían, tanto Koch como Pasteur, la afirmación de que "en determinadas circunstancias" los bacilos de Koch producen en el hombre una enfermedad conocida como tuberculosis? Si así fuera, nuestra tarea se vería reducida a examinar cuál es el contenido de esas circunstancias en cada etapa histórica, y en especial para nosotros hoy y aquí, o sea en un país cuyo principal problema es la lucha por la liberación.

La ciencia no admite compromisos, en el convencimiento de que existe una verdad que hay que descubrir. Esta afirmación, que en algún momento fue aceptable para la gran mayoría de los "científicos", hoy no la acepta casi nadie que se haya detenido a meditar brevemente en el problema. En el caso de la polémica que estamos analizando no hubo compromiso. Virchow perdió y ganaron Koch y Pasteur. Cambió el paradigma de la medicina y la generación multicausal de las enfermedades se transformó en la etiología específica de las mismas. De aquí no se puede hacer ninguna inferencia acerca del "reaccionarismo" de Koch o el "progresismo" de Virchow (+), pero si se puede contrapo

(+) La tendencia a adjudicar estos calificativos no siempre corre por cuenta de jóvenes de "cabeza caliente". Aún cuando se trate de temas por demás "científicos", nada menos que en la Encyclopaedia Britannica (edición 1970, tomo 23, página 35) figura la siguiente frase: "...Tuvo un papel protagónico en la salud pública y la reforma médica, pero en ciertos aspectos de la bacteriología (v.gr. tuberculosis y difteria) mostró un irracional conservadurismo." Pocas líneas después afirma que fue retado a duelo por Bismarck como consecuencia de su activismo político. En el artículo sobre Virchow.

ner este triunfo de la ciencia parcial con un apoyo experimental riguroso, al fracaso del enfoque global que erró científicamente al no saber incorporar a su esquema los nuevos conocimientos que estaban surgiendo.

El significado del triunfo de la ciencia parcial ha sido señalado ya en párrafos anteriores. Resumiendo diremos que dió origen a la actual medicina "científica", a la etiología específica de las enfermedades y en consecuencia a los actuales criterios de clasificación, a una línea terapéutica basada en drogas que controlan o el agente específico de la enfermedad o las consecuencias que desencadena en el individuo enfermo. Como es obvio, también nos trajo, para bien o para mal, a la actual situación de salud de la mayoría de los países del mundo.

La última afirmación requiere una brevísima aclaración. El mejor indicador de salud es la estructura demográfica. Esta estructura ha cambiado, en los últimos cien años, sobre todo en los países que más y más precozmente han gozado de los beneficios de la medicina científica. La estructura de la pirámide demográfica ha cambiado en el sentido de producirse un aumento importante de la esperanza de vida al nacer por disminución de la mortalidad infantil, pero prácticamente no se ha modificado la esperanza de vida a una edad avanzada, digamos a los sesenta o setenta años. La pirámide no ha "crecido", se ha transformado más bien en un rectángulo. En pocas palabras, esto significa eliminación de enfermedades infecciosas como causa de muerte, pero mantenimiento del desgaste y el deterioro que las condiciones de vida imponen a la población en general.

Me interesa volver a destacar que, de todas las consecuencias señaladas, la más importante, a mi juicio, es la que determina los actuales criterios de clasificación de enfermedades, porque es la que condiciona todos los demás elementos que hacen de nuestra medicina una medicina dependiente.

Epidemiología y patogenia

Las definiciones de salud y enfermedad implican el concepto de normalidad. Los esfuerzos y las elucubraciones, a los que no he sido ajeno, por desentrañar el contenido de esa normalidad, sólo han conseguido demostrar lo escurridizo de la misma. Por lo tanto voy a elucidar esa discusión y dar por sentado que todos sabemos lo que es una enfermedad y qué significa estar sano, en el sentido más vulgar del

término. Esto lo hago no sólo por la dificultad del tema, sino para seguir la línea que me impone una concepción de la ciencia, sobre todo en el terreno social, como el tratamiento de problemas que, de comienzo, se presentan como complejos y mal definidos (+).

La enfermedad es un estado al que se llega porque algo sucede en el entorno de un grupo de personas, frente a lo cual algunos individuos de ese grupo responden, de manera tal que son llevados a la condición de "enfermos". Lo que sucede en el entorno es la epidemiología, en tanto que el transcurso en el individuo entre "sano" y "enfermo" se llama patogenia.

Con el simple propósito de identificar la ubicación de ciertas disciplinas, digamos que corresponde a la ecología el estudio de los sistemas (o conjunto de partes componentes) en que varias especies de animales, vegetales y minerales comparten una situación de relativo equilibrio dinámico.

Desde otro punto de vista, es fácil percibir que la epidemiología tiene que ver más con lo que ocurre en la sociedad, considerada ésta como el ecosistema humano, en tanto que la patogenia tiene que ver con los individuos que forman parte de esa sociedad. Y aquí llegamos al punto en que podemos comenzar a desenredar esta muy confusamente enredada madeja.

Un enfoque de ciencia parcial podría llevarnos a establecer una separación, por ejemplo, en ese límite indudable que es cada individuo, asignándole a la medicina la responsabilidad de lo que ocurre una vez desencadenado el proceso patogénico (con alguna extensión hacía etapas previas para permitir la prevención de algunas enfermedades especificadas). Esto es lo que, en términos generales, la medicina ha venido haciendo. En este caso quedaría para los ecólogos, epidemiólogos, ingenieros y otros profesionales, el estudio y el manejo de lo que ocurre en el entorno social.

La medicina no es individualista porque los médicos somos malos y egoístas, sino porque hemos sido educados en estas concepciones que son aceptadas y recompensadas por un sistema social que no puede funcionar sino dentro de esta concepción.

(+) En un trabajo anterior definía como complejidad a la existencia de numerosos componentes, cada uno de los cuales a su vez con muchos atributos, todos ellos ligados de manera múltiple y en muchos casos circular. En cuanto a "mal definido" quiere decir que las relaciones que existen entre componentes y atributos no tienen una representación muy precisa o única, en el sentido que no hay un único valor que sea el verdadero valor de esa relación, entre otras cosas porque las condiciones que rodean a la relación no son nunca iguales y a veces ni siquiera es fácil decir cuales son esas condiciones.

Para una medicina de liberación, esto es, una medicina que desmonte, pase a paso, los mecanismos de la dependencia, es inescapable enfrentar el problema de la salud y la enfermedad desde un punto de vista global, que no parcialice o interrumpa el conocimiento al financiamiento en los países capitalistas, diría sin embargo que como discusión de los problemas de salud el énfasis me parece un poco consideración a los elementos endógenos y exógenos que hacen de cada individuo una totalidad con su ambiente y sus circunstancias sociales, que tenga imaginación e independencia para pensar, en sus actuales circunstancias históricas, cuáles son los elementos que debe tomar en consideración o, dicho de otro modo, con que criterios va a categorizar la situación de salud de su población.

La distinción no es académica. Para mostrarlo realicemos una comparación imaginaria entre las derivaciones a que nos puede llevar el enfoque global y la situación actual.

Ya hemos dicho, pero no está demás repetirlo, que a partir de la concepción de la etiología específica y su consecuencia, el desencadenamiento de una patogenia definida, se estructuró una concepción de la medicina con sus consecuencias en la enseñanza y, lo que es más importante, en la organización de los servicios de salud, especialmente centrados en el problema de la atención médica. Esta concepción individualista (y creo que ya no es necesario aclarar el sentido que doy a este término) dió origen a una medicina también individualista y por consiguiente mercantilizada (+).

Supongamos ahora que nos vamos al otro extremo y utilizamos únicamente el criterio epidemiológico para clasificar enfermedades. Las categorías podrían ser algo así como lo siguiente: enfermedades del trabajo, de las villas miseria, de la superconcentración urbana, de las zonas rurales, del hacinamiento, de la hospitalización, de la contaminación del agua, de las escuelas, etc., etc. Estos puros nombres sugieren ya una cantidad de cosas, y es en este sentido nuestra afirmación de que desde la categorización inicial de un problema se pueden percibir los contenidos ideológicos con que se lo enfrenta.

(+) Para demostrarlo es suficiente señalar que el principal problema que se planteó este tipo de medicina estuvo durante mucho tiempo en torno a la pregunta: ¿quién paga la cuenta?, curiosamente similar al "who pays the bill?" norteamericano. En la actualidad esa pregunta se ha transformado más bien en: ¿quién se queda con el dinero?, sobre todo en nuestro país como consecuencia de las discusiones acerca de las leyes de Servicio Nacional Integrado de Salud y de Carrera Sanitaria Nacional. Con lo importante que son los problemas de financiamiento en los países capitalistas, diría sin embargo que como discusión de los problemas de salud el énfasis me parece un poco fuera de lugar.

Como es obvio, en este tipo de clasificación el acento se pone sobre el medio en que el hombre actúa, trabaja, estudia, se entretiene, vive. Los estudios de medicina y de las otras disciplinas de la salud se verían indudablemente afectados, ya que en lugar de mostrar principalmente los mecanismos de la enfermedad en un individuo enfermo, habría que mostrar las condiciones que hacen que un grupo de personas afronte un riesgo mayor que otros grupos ante cierto tipo de trastornos. En lo que corresponde a servicios de salud, resulta claro que una vez creada la conciencia necesaria frente a esta nueva concepción de la salud, los servicios se orientarían hacia una medicina más destinada a cuidar los mecanismos adaptativos del hombre y más orientada a intentar disminuir los riesgos a que se ve sometido permanentemente.

Pongámonos ahora en una situación que contemple ambas circunstancias. Aclaremos, no en el límite de ambas y que este no es un problema de fronteras, sino en un lugar desde donde podamos ver lo que ocurre en el ambiente y en el individuo que reacciona de una manera perjudicial para sí mismo frente a esas condiciones. Es decir, en lo que hemos llamado el enfoque global. Aquí la clasificación tendría que señalar simultáneamente el componente epidemiológico y el etiopatogénico. Algunas de sus categorías podrían ser, por ejemplo: enfermedad de las villas con componente principal broncopulmonar, traumatismo por insuficiente seguridad en el trabajo, neurosis de superconcentración urbana, etc. Lo que no es necesario es la frondosidad de la actual clasificación internacional; lo imprescindible es el agregado de la situación frente a la cual el individuo responde con un incontrolado proceso de desadaptación que es lo que conocemos como enfermedad. Los cambios en la enseñanza pueden deducirse fácilmente de esta concepción y son los que se han intentado introducir durante los años 73 y 74 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires. Mucho habrá que andar todavía por ese camino y mucho que pelear frente a la resistencia o la incomprensión de los detentadores del poder médico.

Más interesante que las modificaciones en la educación es lo que puede ocurrir en la organización y la prestación de los servicios de salud. Pero antes de entrar en ese delicado punto creo pertinente una aclaración. Sé perfectamente que no estoy diciendo nada nuevo, ya que son muchos los médicos que conocen la diferente evolución de una neumopatía en un chico de la villa y en otro de un barrio acomodado, y también muchos los docentes que lo enseñan, sin en

trar en el dictado de cursos de epidemiología, medicina del trabajo, etc. De lo que aquí se trata es de crear el estado de conciencia necesario en el pueblo para que la medicina contribuya realmente al proceso de liberación.

Ciencia y política

"..oigo las voces del pueblo
que canta mejor que yo.."
Atahualpa Yupanqui

Cualquier ciencia, y en especial cualquier ciencia social, está basada en innegables fundamentos ideológicos, sean estos conscientes o inconscientes. Creo haber anotado suficientes elementos que avalan esta afirmación. Para los no convencidos existe una amplísima bibliografía sobre el tema de manera que no voy a abundar sobre el mismo. Osea, doy como un hecho aceptado que toda la ciencia es política. Esto no es más que una reafirmación de lo que he dicho antes al plantear, en el terreno de la salud, que existe una medicina para la liberación, lo cual es una declaración eminentemente política.

¿Hace falta señalar que no puede haber liberación sin participación popular? No, no hace falta, porque es evidente que el sentido de la liberación es, en parte importante al menos, precisamente ese: la liberación es condición necesaria para que el pueblo pueda tomar su destino en sus manos, para que pueda decidir sin estar condicionado por circunstancias que hacen de su participación formal una mera caricatura. En este sentido la liberación, del imperialismo externo y de la oligarquía interna, implica la participación del pueblo.

En el problema que estamos tratando esto tiene implicaciones muy concretas desde sus primeras instancias. Porque vistas las cosas con este lente los criterios de verdad de la ciencia no pueden ser sino aquéllos que sirven para la liberación del pueblo. O sea que esos criterios de verdad tienen que ser debatidos por el pueblo para que de esa manera la ciencia refleje correctamente la ideología popular. Más concretamente, creo que una vez que este tema se haya hecho carne en el pueblo, es este el que tiene que decidir, en asamblea, cuáles van a ser las categorías que van a servir para clasificar las enfermedades que padece, por lo menos en cuanto a los grupos que corresponden a la parte epidemiológica del proceso. Y ya a esta altura de la discusión debería comenzar, yo al menos, a utilizar otra nomenclatura para no seguir induciendo la idea de la existencia de las enfermedades como esencias platónicas.

Además de esta participación político-científica, cabe al pueblo y a sus organizaciones un importante papel en el desarrollo de la

enseñanza de las ciencias de la salud, vista de la manera que estamos haciéndolo aquí. Porque ¿quién mejor que un villero para explicar y mostrar cómo se vive y qué ocurre en una villa?, ¿quién mejor que un obrero para señalar los riesgos de una fábrica, para evidenciar el aburrimiento y la alienación de la cinta de montaje y de los ritmos inhumanos? El mejor profesor no es el que más conocimientos abstractos posee sino el que tiene una experiencia más directa, y en consecuencia rica, de vida personal.

Por último existe aún la importantísima función que le cabe al pueblo en la prestación de los servicios de salud. Pero este aspecto volveremos a dejarlo en suspense para cerrar con el mismo estas notas.

Es interesante especular acerca del cual podría ser la función principal de la conducción de la política de salud, en caso de adoptarse al enfoque global que postulamos aquí. Creo que en el período de transición, o sea desde que se acepte la revisión hasta que el enfoque global sea una realidad operativa, hay dos funciones claras sobre las que hay que tomar decisión: la educación médica y la educación sanitaria.

Por educación médica entiendo a la de todos los miembros del equipo de salud, tanto la de quienes se están formando o se inician en este momento, como el readiestramiento de todos los que están en funciones (especialmente incluidos los profesores de las facultades de medicina). Obviamente es más fácil lo primero que lo segundo, ya que en cierto sentido aquéllo se ha comenzado a hacer. El readiestramiento, si bien difícil, no es imposible. La carencia de personal adiestrado puede ser una objeción seria que debemos comenzar a superar, utilizando todos los efectos multiplicadores que pueden generarse a partir de una buena enseñanza. Hay que tomar la seria decisión de hacerlo y destinarle todo el personal apto para ello. La carencia de fondos no es un pretexto válido cuando se destinan miles de millones de pesos para la realización de congresos tan ostentosos como inútiles para el propósito de liberación.

El esfuerzo va a ser más fértil sin duda con los actuales estudiantes, por una doble razón en primer lugar porque para los jóvenes plantear la enseñanza como medicina para la liberación tiene más atractivo que plantearla con propósitos profesionalistas o, en el peor de los casos, caritativos. Pero además porque la demografía profesional indica que estamos llegando y tal vez superando el grado de saturación de alguna de las profesiones de las ciencias de la salud.

El nuevo enfoque permitiría absorber un mayor número de profesionales en nuevas tareas que deberían desarrollarse (+).

Así como considero a la educación médica como el más serio problema coyuntural de la política de salud, entiendo que es la educación sanitaria el principal problema de fondo, o sea el que nos permitirá en definitiva resolver el enigma de una medicina no dependiente.

Las formas que debe asumir la educación sanitaria, esto es los lugares donde debe impartirse, sus destinatarios y sus contenidos, serán más claros una vez discutidos cuáles entendemos que podrían ser las funciones a cumplir. Algunas de ellas ya han sido definidas, tal por ejemplo la de decidir las categorías epidemiológicas de la clasificación que se utilizará. Esta función es permanente en la medida que nuevos desarrollos sociales así la requieran.

Existen otras dos funciones a través de las cuales se efectiviza la transferencia de poder al pueblo en el terreno de la salud. Son las de información y de control y ejecución de las acciones de salud. Lo que sigue es un esquema que podría, eventualmente, servir como propuesta de discusión.

Sistema de información

Tanto el contenido de los párrafos bajo este acápite y el que está a continuación, son reproducción parcial de documentos redactados antes del 25 de Mayo de 1973.

Deberá estructurarse de manera que se ligue estrechamente a las instancias de decisión, en base a una concepción epidemiológica para la cual un paciente es sólo un eslabón de una cadena que comienza generalmente mucho antes de su episodio patológico. Este episodio es considerado como la manifestación de que "algo" en la sociedad está impidiendo el adecuado funcionamiento adaptativo de los individuos y que ese algo debe ser identificado y modificado (además de curar al paciente, por supuesto). En esta concepción hay dos niveles que deben ser contemplados: el problema inmediato y las tendencias de más largo plazo, con sus diferentes necesidades de decisión y tiempos de respuesta.

Para los problemas inmediatos se postula la creación de una instancia organizativa en los establecimientos periféricos del sistema. Este servicio, que llamamos de inteligencia epidemiológica, reci

(+) Una brevísima digresión para señalar que entiendo que la función de la Universidad es llegar a una enseñanza que cubra a la totalidad de la población, independientemente de los cálculos de oferta y demanda de mano de obra calificada. Claro que esto implica importantes cambios en la Universidad y en la sociedad global.

be, busca y analiza datos acerca de los desequilibrios que están ocurriendo permanentemente en una comunidad: desde focos epidémicos hasta accidentes o situaciones que impliquen un riesgo para la población (por ejemplo: acumulación de basuras, existencia de vectores, falta de señalización vial, etc.) Para esta tarea es necesario contar, en cada establecimiento, con equipos compuestos por varios profesionales (epidemiólogos, enfermeras de terreno, trabajadores sociales, etc.); siendo además imprescindible la participación popular en su carácter de origen de datos en los puntos más periféricos del sistema de información. Este servicio de inteligencia estará conectado con instancias de decisión a nivel del servicio asistencial periférico, lo cual le permitirá transmitirle la información necesaria para corregir las anomalías detectadas, o solicitar esa corrección a las instituciones responsables (aislar un foco, ordenar la colocación de un semáforo, mandar recoger la basura, pedir una movilización popular para eliminar las moscas, etc.).

En cuanto a las tendencias de más largo plazo deberán ser analizadas en otro componente del sistema de información que es el de vigilancia epidemiológica. Como no hace al tema en discusión no lo trataremos aquí.

Tampoco trataremos varios de los puntos de origen y vías de transmisión de la red de información, para limitarnos parcialmente a un sólo aspecto: el medio. Este debe ser entendido en sentido amplio como todo lo que rodea a las personas en su lugar de vivienda, de trabajo y de reunión o esparcimiento; incluye los aspectos naturales tanto como los contruídos por el hombre, además del resultado de su actividad productiva, pero también su propio ambiente humano, o sea su comunidad. Lo importante es que quien recoja los datos del medio sea básicamente el pueblo organizado para ello. La razón es nuevamente ideológica, sintetizada en que "sólo el pueblo salvará al pueblo" o si se lo quiere fundamentar técnicamente es fácil ver que nadie va a tener más interés en generar información que quien sufre las consecuencias de no disponer de la misma, además de que nadie está en mejores condiciones de producir un dato que quien está más próximo al hecho que ese dato simboliza. Esta es una de las formas en que el pueblo efectiviza su derecho a cuidar de la salud propia y su obligación a cuidar la de los demás.

La agregación y canalización de la información que se recoja se puede hacer a través de los organismos de masas correspondientes, en especial aquéllos que se estructuran en torno a la participación popular en salud. Por ejemplo: los obreros y empleados de un esta-

blecimiento productivo, los habitantes de un barrio, los usuarios de lugares de recreación. Cada uno de esos grupos debe erigirse en los sensores más periféricos del sistema de información respecto del medio. Los datos que tienen que recoger son todos aquéllos que signifiquen un riesgo para la salud (por ejemplo: acumulación de basuras, existencia de vectores, máquinas o funciones proclives a producir accidentes o lesiones, ausentismo a las campañas de vacunación o control de ciertas enfermedades incipientes, existencia de personas que sean potencialmente contagiantes de infecciones, consumo de drogas, etc.). La información, via comité de fábrica, o de barrio, debe llegar al servicio de inteligencia epidemiológica que decidirá su canalización posterior.

Organización popular

También en carácter de propuesta para discusión, estos párrafos son reproducción del documento "Para una política de salud".

...Lo que es más importante es la participación de la comunidad para la que se proponen las siguientes instancias organizativas: el grupo de trabajo, el comité de cuadra, la asamblea de la comunidad y el comité de fábrica.

El grupo de trabajo es una institución intermedia por su conformación, ya que cuenta con asesoramiento permanente, o participación, del personal de salud que trabaja en los establecimientos más periféricos del servicio. Se reúne periódicamente para discutir, en un nivel semitécnico, los problemas de salud que presenta la comunidad, a partir de un informe del equipo de salud (se refiere a personal profesional que trabaja en los establecimientos periféricos, ligados al servicio de inteligencia epidemiológica). El grupo, del que participan los líderes de cuadra, tiene una función pedagógica, ya que estos líderes llevan los problemas discutidos al comité, pero también actúa como recolector de los problemas comunales.

El comité de cuadra funciona en forma permanente difundiendo las conclusiones del grupo de trabajo, promoviendo la participación en las tareas que se decida emprender y controlando el cumplimiento de las normas, cuando esté a su alcance. Es el sensor más periférico del sistema de información y se integra con trabajo voluntario.

La asamblea de la comunidad se reúne por citación de los comités de cuadra para discutir los objetivos y metas que se van a proponer a los niveles de decisión. Analiza las propuestas de los grupos de trabajo y de los comités de cuadra y una vez tomada decisión la

eleva a las instancias superiores, provinciales, regionales o nacionales, según el caso, para su consideración y sanción definitiva. Es en consecuencia el organismo de la comunidad a través del cual se instrumenta la participación del pueblo en las decisiones de salud.

El comité de fábrica se forma con los obreros de cada establecimiento para ocuparse especialmente de problemas de accidentes, higiene y enfermedades del trabajo. Tiene delegados en los grupos de trabajo.

A nivel de los establecimientos de salud también se crearán instancias que tiendan a consolidar la máxima participación popular. Estas pueden ser, por ejemplo: comité de higiene y limpieza, comité de trato, de alimentos, y otros más específicos de salud tales como un comité de fallecidos, otro de calidad y uno técnico.

El comité de higiene y limpieza estará constituido por personal del servicio y de la comunidad (puede ser nombrado por los comités de cuadra). Funciones: controla todos los días la limpieza del establecimiento, propone soluciones cuando lo juzga necesario y ayuda en la implementación de las mismas.

El comité de trato, formado por una delegación de los comités de cuadra, vigila y analiza el comportamiento del personal hacia las personas que requieren sus servicios. Se reúne periódicamente para recibir denuncias e imponer sanciones que pueden ir desde una amonestación hasta un pedido de traslado con constancia en la hoja de servicios.

El comité de alimentos tiene una función y una composición similares al de higiene y limpieza, referido específicamente a la comida.

El comité de fallecidos tiene una composición mixta ya que está formado por técnicos y delegados de la comunidad a partir de los grupos de trabajo. Está encargado de analizar, en primera instancia, todos los fallecimientos que se produzcan en el área que le corresponda. Pide investigaciones en los casos dudosos. Presta especial atención a las muertes maternas y de menores de un año.

El comité de calidad es también mixto y está destinado a analizar los problemas de la calidad de atención que se presta: precocidad y certeza del diagnóstico, resultado del tratamiento, etc. Sugiere medidas para corregir errores o llenar deficiencias. Puede pedir el retiro de personal que considere ineficiente.

El comité técnico está formado exclusivamente por personal profesional de los servicios de salud, con cualquier nivel de capacitación. Se reúne periódicamente para discutir problemas técnicos del

servicio que presta y que van, por ejemplo, desde la forma de hacer la asepsia o antisepsia, hasta la posibilidad de utilizar una técnica nueva (en algunas de las cuales puede ser más crítica la tarea de los profesionales no médicos del equipo de salud), previa explicación de los problemas que implica. Este mismo comité se ocupa de discutir previamente los problemas que se van a llevar al grupo de trabajo y analiza las proposiciones de la asamblea de la comunidad que van a ser elevadas al nivel de decisión.

Los comités de higiene, trato, alimentos y técnico deben existir en todos los establecimientos del país, cualquiera sea el nivel de complejidad de los mismos. Los de fallecidos y de calidad sólo a nivel de hospital periférico hacia el centro.

Final

Creo que los dos últimos acápites resumen adecuadamente una propuesta para un período de transición, incluidos los contenidos de la educación sanitaria y su difusión.

A partir de allí, debe ser la organización del pueblo quien tome la palabra.