

Voces

en el Fénix

SALUD



LA CONCEPCIÓN CAPITALISTA DE LA MEDICINA SOLO PODRÁ SER ENFRENTADA POR LA PROFUNDIZACIÓN Y EL DESARROLLO DE ENFOQUES COMUNITARIOS APOYADOS POR EL PODER POLÍTICO.

CONTRA VIENTO Y MAREA

sumario

n°70

agosto 2018

editorial

LA SALUD: UN ASUNTO DE LA
POLÍTICA Y DE LOS PUEBLOS

Abraham Leonardo Gak



HORACIO BARRI Y JOSÉ ESCUDERO Salud colectiva. Problemas y propuestas. Epidemiología Comunitaria (EPICOM) **6** **HORACIO BARRI Y NORMA FERNÁNDEZ** Participación popular en salud. Epidemiología comunitaria **12** **GIANNI TOGNONI** Actualidad de la epidemiología comunitaria (EPICOM) en los escenarios globales **26** **JOSÉ CARLOS ESCUDERO** Reflexiones sobre la construcción de poder político en el territorio por medio de la Epidemiología Comunitaria **34** **JUAN CANELLA** De como una conducta racional en los medicamentos puede financiar la Epidemiología Comunitaria **40** **VIDA KAMKHAGI Y OSVALDO SAIDON** Grieta y subjetividad, una clínica **48** **DÉBORA TAJER** El aborto como problema de salud pública **54** **DANIEL GOLLÁN** Gestionar la salud pública en un marco estructural desfavorable **60** **VICENTE DE GEMMIS** Experiencias innovadoras en salud mental. Del zoo al arte: “Del invento a la herramienta” **66** **HÉCTOR SEIA** A cien años de la Reforma de 1918. La Reforma y otras cosas **72**

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Decano

César Humberto Albornoz

Vicedecano

José Luis Franza

Secretario General

Gustavo Montanini

Secretario Académico

Pablo Rota

Secretaria de Hacienda y Administración

Carolina Alessandro

Secretario de Investigación

Adrián Ramos

Secretario de Bienestar Estudiantil

Marcelo Conti

Secretario de Graduados

Rubén Arena

Secretario de Posgrado y Relaciones Institucionales

Catalino Nuñez

Secretario de Transferencia de Gestión Tecnológica

Omar Quiroga

Secretario de Relaciones Académicas Internacionales

Humberto Luis Pérez Van Morlegan

Secretaria de Doctorado y Posdoctorado

María Teresa Casparri

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Claustro de Graduados

TITULARES

Gabriela Verónica Russo

Luis Alberto Cowes

Rubén Arena

María Jose Canals

Claustro de Alumnos

TITULARES

Mauro Roberto Sartori

Carla Joana Kranevitter

Antonio Benito Ambrune

Ena Ailin Andrada

SUPLENTES

Roberto Darío Pons

Daniel Roberto González

Juan Manuel Oro

Adrián Zappia

SUPLENTES

Julian Gabriel Leone

Jonatan Rafael Barros,

Antonella Cesare

Ignacio David

Voces en el Fénix
es una publicación
del Plan Fénix

ISSN 1853-8819

Registro de
la propiedad
intelectual en
trámite.



Los artículos
firmados expresan
las opiniones
de los autores
y no reflejan
necesariamente
la opinión del
Plan Fénix ni de
la Universidad de
Buenos Aires.

staff

DIRECTOR

Abraham L. Gak

COMITE EDITORIAL

Eduardo Basualdo

Oscar Oszlak

Fernando Porta

Alejandro Rofman

Ricardo Aronskind

COORDINACIÓN TEMÁTICA

Horacio Barri y

José Carlos Escudero

SECRETARIO DE REDACCIÓN

María Sol Porta

PRODUCCIÓN

Paola Severino

Erica Sermukslis

Tomás Villar

CORRECCIÓN

Claudio M. Díaz

DISEÑO EDITORIAL

Martín Marpons

DESARROLLO Y DISEÑO DEL SITIO

Leandro M. Rossotti

Carlos Pissaco

Córdoba 2122, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teléfono 5285-6819. www.vocesenelfenix.com / voces@vocesenelfenix.com

LA SALUD: UN ASUNTO DE LA POLÍTICA Y DE LOS PUEBLOS

Ancestralmente, la concepción de salud implicaba actuar frente a la manifestación de la enfermedad. Esta premisa era generalizada, más allá de las distintas posiciones en relación con el grado de intervención que debía tener el Estado a la hora de satisfacer las necesidades de la comunidad.

Con el avance del tiempo y los sucesivos cambios en la sociedad, la salud, al igual que la educación, pasó a ser considerada un derecho inalienable de todas las personas.

El Estado tiene la responsabilidad absoluta e indelegable de cuidar las necesidades en salud de toda la población tanto en la atención médica como en la provisión de medicamentos, librándose del condicionamiento de los propugnadores del mercado.

Desde luego que, cuando se trata de elaborar políticas en salud, hay que tener en cuenta el avance explosivo del conocimiento científico y el desarrollo de concepciones que dan un lugar prioritario a la prevención como herramienta esencial al momento de implementar un sistema de salud integral. Ya no se trata de actuar a posteriori para minimizar los daños, sino de hacerlo de manera previa, para generar contextos en los que la salud sea una constante y la enfermedad, una excepción.

La necesidad de ampliación de derechos y libertades vinculados a la salud hoy pone en primer plano la legalización del aborto seguro y gratuito que, más temprano que tarde, se incorporará a nuestra legislación porque ya es una demanda popular masiva.

La problemática de la salud mental y la concentración de la distribución de medicamentos requieren también un tratamiento urgente, de modo de estar a la altura de una sociedad que precisa de la intervención estatal para no padecer el abandono, la marginalidad y la exclusión de una vida plena.

Dentro de la estructura económica desfavorable que hoy atravesamos, la resolución de estos problemas se convierte en un hecho político.

Como respuesta a las nuevas necesidades de la sociedad nacen distintas corrientes que intentan dar respuestas. Una de ellas es la epidemiología comunitaria, que busca introducir los saberes y prácticas de las comunidades en el abordaje sanitario. Tal como señala el Dr. Tognoni, estamos frente a un trabajo de articulación entre los saberes comunitarios hoy marginalizados y el conocimiento técnico.

En el planteo de este tema podemos enunciar las siguientes conclusiones:

- a) La atención de la salud pública es un tema político, en el que el Estado tiene una responsabilidad central e indelegable.
- b) Es indispensable la construcción de un sistema racional en la producción de medicamentos, que hoy podemos calificar como inaccesible para vastos sectores y, en muchos casos, superabundantes e innecesarios para otros.
- c) La atención de la salud y la educación de todos quienes habitan nuestro país requiere la disposición de recursos que deben calificarse como una inversión imprescindible del gobierno de turno y no como un "gasto", susceptible de ser objetado o disminuido.

ABRAHAM LEONARDO GAK
(DIRECTOR)





SALUD COLECTIVA. PROBLEMAS Y PROPUESTAS. EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA (EPICOM)

EL ACTUAL MODELO DE ATENCIÓN DE LA SALUD, DOMINANTE EN ESTA ETAPA DEL CAPITALISMO FINANCIERO, TIENE COMO EJE EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MÁS QUE EL CUIDADO Y LA PREVENCIÓN. DESDE LA REFLEXIÓN Y LA PRÁCTICA, ESTE NÚMERO PROPONE ALTERNATIVAS.

por HORACIO BARRI. *Médico. Diplomado en Salud Pública. Ex presidente de la Sociedad de Salud Pública de Córdoba. Miembro fundador y actual presidente del Movimiento por un Sistema Integral de Salud (MOSIS). Miembro fundador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Miembro fundador del Grupo Argentino por el Uso Racional del Medicamento (GAPURMED). Ex secretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba*

por JOSÉ CARLOS ESCUDERO. *Médico sanitarista y sociólogo. Ex jefe de Estadísticas Vitales y de Salud de Argentina, ex investigador de OMS, ex Profesor Titular de las universidades Metropolitana (México), UN de Luján y UN de La Plata (Argentina). Convencional Nacional Constituyente (1994). Actualmente, Profesor Emérito y Consulto de UNLu, Profesor Extraordinario Consulto de UNLP*





Queremos resaltar la labor constante y de referencia del Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria, resultado de la colaboración de diversas instituciones de servicios de salud y académicas de la provincia de Córdoba, Argentina, y el Instituto de Investigaciones Farmacológicas “Mario Negri” de Milán, Italia. Agradecemos muy especialmente el incansable trabajo de Analía Sampaoli, Osvaldo Canelo, José Gasparini y Enrique Ventureira.



La salud individual y la Salud Colectiva configuran un campo de conocimiento amplísimo que va desde problemáticas puntuales que afectan a un solo individuo hasta los conflictos que resultan de un mundo globalizado epidemiológicamente y cada vez más vinculado por las cadenas de valor supranacionales del capitalismo financiero. Un ejemplo reciente es la condena por ecocidio a Bayer Monsanto dictada en La Haya por el Tribunal Permanente de los Pueblos, que ya está teniendo derivaciones en la Justicia legal internacional.

Hace casi 40 años, para enfrentar esta situación, la OMS propuso un cambio paradigmático de modelo médico, al que llamó Atención Primaria de la Salud (APS), y convocó a los gobiernos de todo el mundo a adherirse. Significaba colocar el centro de las prioridades en la causalidad de los problemas que generan el desbalance en el proceso de salud/enfermedad y que tienen que ver con las condiciones y medio ambiente de vida y trabajo o no trabajo de las poblaciones.

Esto es muy importante porque la lógica vigente hasta ese momento, priorizando el tratamiento de las enfermedades, ocultaba y desplazaba la causalidad. No se trata de ignorancia, sino que desde el Complejo Médico Industrial (productores de medicamentos y aparatología) y el Complejo Económico Financiero (aseguradoras privadas, gerenciadoras, etc.) se trabaja activamente para esta concepción, en función de su lógica de lucro. La concepción de la APS era revolucionaria sobre todo porque proponía facilitar la participación popular en los sistemas de

salud, que hasta entonces eran manejados solo por “expertos” y, por lo tanto, alejados del padecimiento de los problemas concretos que viven las mayorías populares. Hoy, luego de 40 años, vemos que solamente se permitió la participación popular en algunas acciones y no en la discusión de las decisiones a tomar frente a los problemas de salud colectivos. Esto sucede porque el interés del poder financiero mundial es que el eje siga siendo el tratamiento de las enfermedades, que les permite usar cada vez más las mercancías que producen para tratarlas, en lugar de trabajar para su erradicación.

Aún se la sigue llamando APS, pero ahora significa Atención Médica Primaria, o sea que lo único que conserva de la idea original es llevar la atención médica lo más cerca posible de los lugares de vida de la población. Una propaganda cada vez más sutil enfatiza sobre el progreso y la ciencia como su sostén, tratados como verdades absolutas. Esto ha llevado a algunos científicos a decir que “la medicina es una tecnicatura” porque no genera conocimiento sino que, en general, utiliza acríticamente lo que le propone el mercado, tanto para los diagnósticos como para los tratamientos. Y no hay quejas populares, no puede haberlas, pues el “conocimiento” aparece guardado bajo siete llaves por “expertos” y, sobre todo, protegido por el miedo a la muerte, a la que la medicina parece ser la única capaz de postergar. Para poder cambiar estos criterios hegemónicos se debería transitar por un camino de preguntas correctas: qué nos pasa; a causa de qué; qué podemos hacer sobre esas causas; hacerlo y medir el impacto de las acciones. Sería entonces cuando se



Ante una oferta potencial de problemáticas enorme, decidimos enfatizar la Epidemiología Comunitaria, para echar a volar el razonamiento en forma compartida, porque estos problemas que analizarán los autores no se solucionarán solo comprendiendo, sino también pensando en acciones transformadoras.

transformaría la APS en Epidemiología Comunitaria. En este tercer número monográfico sobre Salud de Voces en el Fénix, los coordinadores individuales de los dos anteriores sobre el tema (7 y 41) hemos aunado nuestros esfuerzos. Ante una oferta potencial de problemáticas enorme, decidimos enfatizar la Epidemiología Comunitaria, para echar a volar el razonamiento en forma compartida, porque estos problemas que analizarán los autores no se solucionarán solo comprendiendo, sino también pensando en acciones transformadoras.

El primer artículo, “Participación popular y Epidemiología Comunitaria”, de Norma Fernández y Horacio Barri, es una síntesis que aborda el tema desde la experiencia concreta en nuestro país durante estos últimos 25 años: cómo se fue configurando y con qué resultados y perspectivas. La EPICOM es el resultado de llevar adelante una visión novedosa: la epidemiología puede y debe ser abordada tanto en el ámbito comunitario como en el accionar de los trabajadores de la salud, que encontrarán así una repotencialización en el intercambio con la población. La tan mentada concientización no se logra solo con modelos racionales preestablecidos, sino con prácticas que atraviesen el cuerpo todo a través de la experiencia.

“Actualidad de la EPICOM en los escenarios globales” pertenece a Gianni Tognoni, quien a finales de los años '70 del siglo pasado fuera uno de los impulsores de la APS desde la OMS. Fue también uno de los primeros en reconocer que en la práctica se había transformado en otra cosa, y propuso la Epidemiología Comunitaria como alternativa superadora, trasladando el ob-

Si se usara una política científicamente racional en el uso de los medicamentos, se ahorraría tanto dinero como para implementar políticas basadas en la Epidemiología Comunitaria.



servatorio epidemiológico desde los centros de gobierno a las comunidades, allí donde se producen y sufren los padecimientos... Ahora hace un balance de lo ocurrido con esa propuesta en el contexto de las últimas décadas, reflexionando que la experiencia combinada del trabajo en salud, derechos humanos y de los pueblos documenta uno de los vacíos más evidentes de la situación actual.

Por su parte, José Carlos Escudero, en “Reflexiones sobre la construcción de poder político en el territorio por medio de la Epidemiología Comunitaria”, analiza los cambios y reacomodamientos territoriales que están ocurriendo y cuáles serían los posibles futuros escenarios en la salud mundial a partir de la transformación del capital productivo en otro esencialmente especulador. No escapa a este análisis el rol que cumplió el desplazamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de su papel rector de la salud mundial, por parte del Banco Mundial (BM) a partir de comienzos de la década de los '80. Describe las

dos estrategias actuales enfrentadas: la del capitalismo financiero volcado a la salud (CFVS) y la de los Movimientos Populares Contrahegemónicos (MPC) que reivindican la salud como un derecho humano no mercantil, entre los que coloca a los que reivindican y practican la EPICOM y a los que propone sumarse, haciendo además reflexiones sobre el “territorio”, en el cual se ejercen acciones de salud dentro de una estrategia de control espacial, que puede inclusive llegar a ejercerse en un contexto de defensa ante alguna agresión armada extranjera.

“De cómo una conducta racional con los medicamentos puede financiar políticas basadas en la EPICOM” es el trabajo de Juan Canella, que analiza la perversión del mercado especulador en este esencial campo, con precios abusivos y Estados ausentes de su rol de regulación y control. La medicalización de la vida y la medicamentación de la salud son los elementos centrales de esta estrategia que emplea la industria de los fármacos, destaca. Si se usara una política científicamente racional en el uso de los



medicamentos, se ahorraría tanto dinero como para implementar políticas basadas en la Epidemiología Comunitaria. Historias de vida –en este preciso momento de espanto, confusión y zozobra en la sociedad argentina– se ven reflejadas en el trabajo de Vida Kamkhagi y Osvaldo Saidon, que titulan “Grieta y subjetividad, una clínica”. Es un análisis sobre las canalizaciones desafortunadas que hacen amplios sectores de la sociedad argentina ante la angustia y frustración que les provoca la pérdida del empleo en la restauración de proyectos neoliberales, junto a las consecuencias devastadoras en su salud psíquica y en sus vínculos provocadas por las políticas de penalización de la protesta social, con su carga de temor, frustración e impotencia. Débora Tajer toma un tema de notable actualidad al que ella viene dedicándose desde mucho antes que las calles fueran ocupadas por infinidad de mujeres: “El aborto como problema de salud pública”. Recorre este escenario que ahora emerge como un gran *iceberg* y compara otros contextos con el nuestro,

identifica problemas tanto anteriores como actuales e imagina futuros posibles. El debate instalado con fuerza arrolladora por millones de ellas, jóvenes ante todo, acompañadas por sus antecesoras y por cada vez más hombres, se incorpora como una cuestión antipatriarcal, pero simultáneamente anticolonial y anticapitalista. En síntesis, es la construcción de legitimidad que arrastrará a esta actual y retrógrada legalidad. Como dice Débora, la cuestión se superará cuando comprendamos que no estamos hablando de problemas morales sino de falta de derechos. El ex secretario de Salud Comunitaria y luego ministro de Salud de la Nación en el último gobierno popular, Daniel Gollán, reflexiona sobre la gestión y la política, en su “Gestionar la Salud Pública en un marco estructural desfavorable”. No solo se trata de los marcos en los que funcionan cada uno de esos espacios, sino las dificultades que generan la extrema fragmentación y la creciente cantidad de actores con capacidad de decidir o incidir en su funcionamiento. Sobre todo, se refiere al mercado y su capacidad de manipulación cultural sobre el sentido común de las poblaciones, basado en el criterio de que lo prioritario pasa por los tratamientos y no por lo preventivo sobre lo causal. Lo que relata Vicente de Gemmis en “Experiencias innovadoras en Salud Mental, del Zoo al arte, del invento a la herramienta”, se refiere a la práctica de trabajar con niños y adolescentes con problemas emocionales que estaban alojados en hospitales psiquiátricos, para que “se cuidaran cuidando”: desarrollaron tareas como aprendices junto a los cuidadores de animales del Zoológico. Esto, que corresponde a una EPICOM espontánea, o sea algo que se sale de los parámetros admitidos por los saberes hegemónicos en salud, e incluye “teorizar sobre una práctica” como sintetizara el Dr. Fernando Ulloa, abordó una experiencia inédita que duró más de 20 años con resultados notables, hasta que las políticas del gobierno actual la destruyeron. Héctor Seia, en “A cien años de la Reforma de 1918. La Reforma y otras cosas”, nos brinda una situada reconstrucción de aquel entonces y de la conjunción de causales que llevaron a que sucediera ese hecho histórico, pero también analiza con lucidez si cien años después queda algo vivo de la Reforma en nuestro presente, o sólo quedó en el inerte pasado. Puede así discriminar en los elementos vivos que la reflejan, como el pensamiento crítico y teorías emancipadoras como la propia EPICOM. En el lapso de unas pocas décadas la salud se ha convertido en un área central para la formación de cadenas supranacionales de valorización para el capitalismo financiero. En todo el mundo el gasto relativo y absoluto en salud aumenta, especialmente su componente capital intensivo volcado al tratamiento de individuos enfermos, mientras relativamente se reduce el gasto mano de obra intensiva en prevención, contención y reparación. Los Estados nación, crecientemente limitados por inversiones, patentes, prioridades y políticas en salud que se determinan cada vez más supranacionalmente, tienen ante sí el desafío de reforzar su soberanía sanitaria.





SURGIDA HACE 25 AÑOS, LA EPICOM PROPONE UN PARADIGMA OPUESTO AL QUE HOY IMPERA. LOS VÍNCULOS, EL DIÁLOGO ENTRE LAS POBLACIONES Y LOS TÉCNICOS, Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS COMUNIDADES PARA EL SOSTENIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD.

PARTICIPACIÓN POPULAR EN SALUD. EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA

por DR. HORACIO BARRI. *Médico. Diplomado en Salud Pública. Ex presidente de la Sociedad de Salud Pública de Córdoba. Miembro fundador y actual presidente del Movimiento por un Sistema Integral de Salud (MOSIS). Miembro fundador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Miembro fundador del Grupo Argentino por el Uso Racional del Medicamento (GAPURMED). Ex secretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba*

por LIC. NORMA FERNÁNDEZ. *Licenciada en Letras y Cinematografía. Doctoranda en Antropología Visual. Docente e investigadora de Antropología en la Universidad Nacional de Córdoba. Consultora en Derechos Humanos. Periodista y documentalista*

Introducción

Escribir sobre Epidemiología Comunitaria implica el reconocimiento inicial de que se trata de una disciplina muy reciente –unas dos décadas y media– y por lo tanto en gestación permanente. Es asumir que la escritura es colectiva, porque se basa en prácticas colectivas y en constante revisión.

Es asumir que la investigación, también permanente, no parte solo de sus premisas teóricas, sino que estas son el sostén que la nutre y modifica, pero todo se confronta con la práctica que retroalimenta el pensamiento crítico como su columna vertebral. Es mencionar que hubo una historia previa de EPICOM en otros lugares del mundo y con otros nombres (no importa cómo se denominara si se realizó una tarea compartida con la población, determinando sus padecimientos y actuando sobre ellos) o con el propio. Por ejemplo, en Ecuador se realizó el Primer Manual sobre el tema, que nos permitió ordenar y sistematizar estas ideas y prácticas. Luego, y como necesidad de contar lo propio, aparecerán el de Argentina y posteriormente el de Bolivia.

Es reconocer que lo que dijo un promotor de la salud, con educación primaria incompleta –*“la EPICOM no se entiende porque es muy simple”*–, es un comentario irónico a la academia que no aprueba lo que no surgió de sus entrañas, pero también es una verdad absoluta.

Es nombrar a Gianni Tognoni como el primero que le dio nombre y apellido, con el peso de su enorme experiencia en el campo de la epidemiología, en una mirada superadora por parte de uno de los impulsores de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Es reconocer que es una historia que se cuenta al andar.

Participación popular

(Basado en *“Protagonismo Solidario”*, de Héctor Seia, *Salud y Sociedad* N° 23. Año 1992)

Siempre se participa, como siempre se comunica, incluso no participando o no comunicando (porque de ese modo se avala lo que otros hacen).

La participación verdadera, solidaria, emancipadora, la que continúa en el tiempo, que es la que pretendemos, tiene una particularidad: comienza con un ¡no!, a lo que daña, perturba, altera. La “no participativa” es, por el contrario, aceptar o sentir “natural” lo que ocurre.

Reiteramos: para que la participación sea emancipadora debe comenzar desde el propio espacio, desde el ¡no! a lo que nos afecta en el espacio o comunidad de la que formamos parte. Por ello, la participación no se da a partir solo de modelos racionales preestablecidos, o de programas impuestos, por más bienintencionados que sean. Porque como esos mecanismos no atraviesan al propio cuerpo ni se sienten parte de la propia realidad, se derrumban rápidamente, como todo lo puramente racional. Lo cual nos debería obligar a revisar qué queremos decir con “¡hay que concientizar!”. Hay una diferencia fundamental entre imaginar y vivenciar.

Si ese ¡no! queda en uno, puede traducirse solo en indignación, depresión, pensar que nada se puede cambiar, etc., lo que inmoviliza y aísla. Por eso se debe tender a agruparse con otros en igual situación si se quiere avanzar en un proceso colectivo y autónomo, si se quiere pasar a acciones que transformen la realidad que nos afecta.

Los grupos que así se van organizando, por las mismas razones expuestas, deben y pueden contactarse con otros grupos, formando una especie de racimo, con intercambio y aportes mutuos. Si no lo hacen, pueden ser soslayados del debate público por los grupos poderosos, o destruidos directamente si se los considera potencialmente peligrosos.

Si el grupo prefiere quedarse solo, puede caer en el alternativismo y aislarse, no avanzar. Si se integra a una macroorganización (sea un partido, sindicato, gobierno, centro vecinal, asociación, federación, etc.), sin mantener en ese proceso sus particularidades, las que le dan identidad, deja de ser representativo de su realidad y por ende desaparece como tal.

En síntesis, los individuos al socializarse en grupos no deben perder su individualidad, la que les permite ser creativos y pensantes y, por lo tanto, aportar al conjunto. A su vez los grupos, al



unirse o articularse con otros, tampoco deben perder las suyas, lo que hace además que sus raíces los reconozcan como propios y los nutran.

¿Por qué participación popular en salud?

¿Porque es un derecho humano fundamental? ¿Para lograr mejores servicios asistenciales? ¿Para que el Estado se responsabilice de la salud de su población? Y tantas cosas por el estilo a las que uno puede responder que sí, porque son todas verdades/necesidades. Pero también hay que añadir “no solamente”, porque esas respuestas soslayan las causas de los padecimientos, o sea que son parte del problema, pero no su totalidad.

Aclaremos: no hay salud y enfermedad como dos cuestiones separadas, existe un proceso de salud/enfermedad dinámico en el que incide la totalidad que forma el ambiente tanto natural como social. En esa interdependencia son un elemento determinante las relaciones humanas, tanto para tejer redes solidarias como para destruirlas cuando se juegan intereses de grupos de poder. Es aquí donde aparece la determinación social del proceso de salud/enfermedad. Actualmente, los grupos económicos que dominan el mercado lo hacen de una forma nunca vista en la historia de la humanidad, al punto de poner en riesgo la continuidad de la vida.

Si no se analizan las particularidades de estos procesos no se los puede desarmar, y no resulta conveniente ni eficaz recurrir al estilo de cliché o al simplismo, que son fáciles de repetir pero que habilitan a que puedan desarmarnos uno a uno nuestros argumentos. Hoy los dueños del negocio de la enfermedad tienen multitud de profesionales de la interdisciplina que, con manipu-

lación del lenguaje y sus sentidos, crean un relato “comprable” por las poblaciones, del que daremos ejemplos más adelante. Para entendernos: analicemos cuál es el pensamiento dominante o hegemónico en el campo de la salud, por lo tanto, el que comparte la inmensa mayoría. Se cree que la salud y la enfermedad son cuestiones separadas, atribuyéndose las enfermedades al destino, o a la culpabilidad de la víctima, o a cuestiones meramente biológicas, unicasales, donde ni lo social ni lo histórico tienen responsabilidad alguna y que, por lo tanto, requieren respuestas de los profesionales que se han preparado para ello: los llamados “de la salud”, que sin embargo están preparados para tratar las enfermedades, no para sostener o fomentar la salud. Estas respuestas no parten de las preguntas previas elementales –qué nos pasa, a causa de qué y qué podemos hacer para que no nos pase–, sino de la falsa afirmación que da por “natural” a las enfermedades, con el único interés puesto en cómo tratarlas. Y como siempre ocurre cuando esto pasa, eso solo favorece al que fabrica las “soluciones”: el complejo médico industrial (productores de medicamentos y aparatología) y el complejo económico financiero (dueños de prepagas y gerenciadoras), que manejan el perverso negocio de la enfermedad. Ambos complejos lógicamente no tienen ningún interés en que desaparezcan –ni siquiera disminuyan– las enfermedades.

Los tres grandes actores de la sociedad capitalista en que vivimos son: el Pueblo, el Estado y el Mercado. Para enfrentar estas situaciones de las que hablamos, la participación de la comunidad junto a Estados populares es esencial, dado que estos se enfrentan a necesidades urgentes de la población en forma de servicios adecuados y se dan de bruces con el hecho de que es el Mercado quien pone las reglas del juego: precios, calidad, provisión o no de los productos, etcétera.

Son o deben ser, entonces, socios solidarios en esta lucha desigual. El Estado, proveyendo todo lo posible en cuanto a la atención de las necesidades, pero facilitando la participación protagónica y solidaria de la población. Sobre todo en la búsqueda compartida de las causalidades, que en general suelen estar en las condiciones y medio ambiente de vida y trabajo –o no trabajo– de las poblaciones.

La sinergia que provoca la relación pueblo/gobierno suele ser contradictoria pero no necesariamente antagonica si la resolvemos adecuadamente. La dificultad está en que mientras la comunidad necesita investigar sus problemas a partir de la lógica de lo necesario (lo que realmente puede solucionarlos, atacando las causas), el Estado practica la lógica de lo posible, urgido por atender las demandas rápidamente, sin tiempo para profundizar en las razones de los problemas para poder prevenirlos. Luego retomaremos este análisis y las posibilidades prácticas, pero antes debemos detenernos en la lógica del Mercado en el campo de la salud, porque no podríamos seguir avanzando si no conocemos cómo actúa este tercer actor, dada la gravedad que esto plantea a la vida en su conjunto.



Cómo actúa el Mercado en el campo de la salud

El Mercado que se interesa en negocios de tanta magnitud es el que corresponde a las grandes empresas transnacionales, que tienen a su servicio entidades específicas para crear consenso que facilite “oportunidades de negocios a nivel mundial”. No nos referimos aquí a las pymes nacionales, que suelen tener intereses en servicios asistenciales en el país, o sea, aquellos que se llaman “privados” a sí mismos y que deben adecuarse a las leyes y valores nacionales, sino a los que pertenecen al complejo médico industrial y al económico financiero, cuyos negocios tienen un nivel de desarrollo en economía de escala global y apuntan a los servicios de salud nacionales, que en los países desarrollados significan entre el 8 y el 12% del PBI y en los “sub” desarrollados, entre el 3 y el 5 por ciento.

Para convertir la salud de derecho en mercancía se requiere un trabajo de reconceptualización de todos los valores y principios que había venido sosteniendo la Organización Mundial de la Salud desde fines de la Segunda Guerra Mundial, cuando sugirió normas más justas y científicas para todos los países del mundo, caracterizando a la salud como un derecho social, y proponiendo sus trascendentes estrategias de Atención Primaria de la Salud y Medicamentos Esenciales.

Desde mediados de los años '80, los organismos multilaterales de crédito, con el poder que les da ese manejo de los fondos de las grandes potencias, desplazaron y subordinaron a la OMS en el dictado de políticas de salud, dado que habían encontrado este nuevo espacio para la acumulación de capital.

Con el objetivo de vencer la resistencia natural de las poblaciones a nivel mundial, que consideran a la salud como un derecho humano básico, se propusieron un trabajo a largo plazo con los gobiernos y por etapas, al que llamaron “reformas” de primera generación, de segunda generación, etc. En su instrumentación, acordaron usar un lenguaje de connotaciones positivas para la población, como “proyecto de salud a la cubana”, o denominar “autogestión” al autofinanciamiento, o “descentralización” a la desconcentración (todo lo cual reemplazaba la responsabilidad y el financiamiento estatal por “gerenciamientos” privados).

Aclaraban a los funcionarios favorables a esta iniciativa que la reforma de primera generación debía ser silenciosa y fragmentada para disminuir o impedir resistencia (quien desee conocer cómo se puede llegar a manipular sutilmente la subjetividad de las personas, puede leer un ejemplo particular en: “Gestión Social Participativa”, una propuesta alternativa ante el intento de gerenciamiento de la Obra Social Provincial de Córdoba - IPAM, 1999 (<http://www.bibliotecacta.org.ar/bases/pdf/BIT00324.pdf>).

Los **principales objetivos** de estas “reformas” son:

- a) Ubicar la atención médica en el ámbito privado, y solo bajo ciertas condiciones como tarea pública.
- b) Subordinar las políticas de salud a las prioridades del ajuste

fiscal, lo que significa disminuir y reestructurar el gasto social público.

c) Delinear políticas para amortiguar los costos sociales y políticos del ajuste, utilizando para ello a las organizaciones no gubernamentales y a las organizaciones de mujeres, desvinculando al Estado de su rol fundamental de garante de la salud de la población. En cambio, dejan como responsabilidad del Estado “casualmente” lo no redituable: 1) combate contra vectores y contaminación; 2) brindar cierta información de educación para la salud; 3) aplicación de algunas vacunas; 4) tratamientos de enfermedades muy contagiosas, etcétera.

¿Cómo logran que se concreten sus políticas? a) Condicionan los préstamos a los gobiernos; b) Dan ayuda canalizada a la ejecución de sus políticas.

Pero estas llamadas “reformas de primera generación” no son únicamente un relato del pasado. Ahora, los organismos transnacionales están intentando introducir en nuestros países las



reformas “de segunda generación” expresadas en el ofrecimiento de “cobertura universal”, es decir, seguros privados según capacidad de pago.

Es la misma lógica de los fondos buitres y los laboratorios multinacionales de medicamentos en la fijación de precios irracionales y perversos, como ha denunciado el ex ministro de Salud de la Nación Dr. Daniel Gollán (el caso del Sofosbuvir para los enfermos de hepatitis C).

Nosotros, el pueblo, debemos apoyar y defender la estrategia de “Sistema Universal” bajo la conducción de Estados populares. Es una batalla mundial donde se juega parte del destino de la humanidad.

Entendemos entonces por qué la participación popular en salud, además de las razones antes expuestas, es imprescindible. Como para nosotros la forma más adecuada es a través de la Epidemiología Comunitaria, debemos explicar de qué se trata ésta.

Para que la participación sea emancipadora, debe comenzar desde el propio espacio, desde el ¡no! a lo que nos afecta en el espacio o comunidad de la que formamos parte.

Pasos dados hacia la salud mundial

Atención Primaria de la Salud

Para entender mejor cómo surge la Epidemiología Comunitaria, conviene remontarse unos años atrás, hasta 1978 y a la ciudad de Alma Ata, de la ex URSS, donde la OMS había desarrollado una gran conferencia que contó con la asistencia de la mayoría de los países del mundo. Todos ellos firmaron una declaración que decía fundamentalmente lo siguiente: la forma de hacer salud practicada hasta ahora –con un énfasis dominante en las enfermedades y en esa parte de la organización sanitaria que está representada por los hospitales– es muy parcial, más bien distorsionante con referencia a las necesidades de salud.

La práctica de salud tiene que ser invertida y tiene que poner sus raíces en la tierra: no son las enfermedades y los hospitales los protagonistas. Las raíces y el objeto de la salud son las necesidades cotidianas de la mayoría de la gente, de la que vive enfrentándose con las prioridades elementales de la vida, de las cuales las enfermedades son solo una parte y una consecuencia. La Atención Primaria de la Salud debe ocuparse de mejorar las condiciones de vida de la gente, para evitar las enfermedades y los hospitales. Como decía el Dr. Ramón Carrillo, las enfermedades y los hospitales deberían ser la excepción, no pueden ser el centro de la atención, de los conocimientos, de los gastos. La revolución era total y parecía obvia, a tal punto que todo el mundo aplaudió y se puso a hablar de la APS como de algo bellissimo y necesario, para que se practicara de inmediato. Sin embargo, esa revolución quedó la mayoría de las veces convertida –en el mejor de los casos– en Atención Médica Primaria de las enfermedades.

Las razones de que, en los hechos, la participación popular en salud quedara reducida solo a ciertas acciones comunitarias (que la población construyera los centros de atención con su trabajo gratuito, que vendiera bonos para las cooperadoras de los servicios, etc.) y no a la participación en la toma de decisiones, fueron evidentemente políticas y económicas, debido a las presiones de los grupos de poder en todo el mundo.

Epidemiología

La revolución declarada debía ser realizada, para lo cual el instrumento más apto era el de la Epidemiología –la segunda revolución después de la clínica–, que incorpora a la visión del enfermo individual la de la sociedad en la cual se inserta, con lo cual se puede establecer a quiénes afectan las enfermedades, por qué razones y con qué características.

Es la ciencia que estudia el desarrollo y la historia de las enfermedades en las poblaciones. *Epi* (alrededor), *Demos* (pueblo), *Logos* (estudio). Algo así como estudio de lo que acontece alrededor del pueblo.

Tiene una historia larga. Se destaca como iniciático el episodio de la epidemia de cólera en la Inglaterra de 1854, cuando moría



muchísima gente. Por entonces, el médico John Snow se puso a estudiar qué tenían en común los que morían, encontrándose con que todos habían bebido en la misma fuente, por lo que se la clausuró y se cortó el brote de cólera, aun sin saber qué lo producía exactamente.

Este episodio simbólico, que todos los libros recuerdan, se continuó con estudios significativos y resultados importantes, porque la disciplina ha permitido describir cómo y cuándo se propagan las enfermedades infecciosas. También ha evidenciado muchas causas de enfermedades y su desarrollo en el tiempo y en los distintos países, ampliando cada vez más su campo de acción a tumores, enfermedades cardiovasculares, mortalidad materno infantil, etc. Fueron los estudios epidemiológicos los que establecieron el modo de transmisión de enfermedades contemporáneas de rápida propagación mortal como el sida y el ébola. La epidemiología comenzó luego a ser usada por otras disciplinas como el derecho, la economía, etc., para ampliar en cada caso el campo de observación a los contextos, iluminando zonas que nunca habían sido tenidas en cuenta.

Esta ciencia tiene un observatorio para monitorear el estado de salud de la población y constatar así la distribución desigual del proceso de salud-enfermedad. Fue por su intermedio que la OMS pudo sostener con datos categóricos la afirmación de que son los determinantes socioeconómicos los que tienen mayor gravitación en la distribución de la enfermedad y muertes prematuras. Siempre ha existido este conocimiento, que las estadísticas corroboran sin necesidad del observatorio, pero el estudio sirvió para hacer evidente lo obvio.

Sin embargo, se ha quedado solo en las manos de los epidemiólogos...

Epidemiología Comunitaria

Por eso, lo significativo de la propuesta de Epidemiología Comunitaria es hacer que el observatorio que aporta datos en una situación y lugar concreto sea manejado en forma conjunta por técnicos de salud y la comunidad, para que se informen juntos los que padecen los problemas y los que ayudan a describirlos, a fin de desentrañar las causas y las posibles formas de luchar contra ellas.

Esta es la revolución que comienza a andar: una APS de nuevo tipo, donde la participación será tanto en las acciones como en la toma de decisiones. Sigue siendo la misma ciencia epidemiológica pero que cambió de dueños y autores: empieza a ser una “empresa recuperada” por la comunidad y los trabajadores de la salud que en ella actúan.

Los protagonistas introducen nuevas preguntas a las tradicionales:

- a) El diagnóstico epidemiológico inicial –¿Qué pasa?– se transforma aquí en ¿Qué **nos** pasa?
- b) El ¿a causa de qué?, o sea, la causalidad que llevó a aquella situación, que en la epidemiología de la gestión queda en el co-

nocimiento de los técnicos o funcionarios, es aquí compartida y discutida por todos, con la premura que pone en la escena el “¡esto le pasa o puede pasar a mis hijos, mi familia, mis amigos, a mí mismo...!”. Por lo que automáticamente aparecen nuevas e iluminadoras preguntas, que también suelen quedar en el camino que sigue a la información que los técnicos elevan a los funcionarios, responsables, etc.

- c) ¿Qué podemos hacer sobre esas causas para erradicarlas o por los menos controlarlas?

d) Como ocurre la mayoría de las veces cuando comenzamos a actuar sobre los verdaderos problemas, sentimos la necesidad de evaluar si estamos en el camino correcto, por lo que surge el interrogante: ¿sirve lo que hacemos? Para lo cual será necesario hacer un nuevo diagnóstico epidemiológico que recomienza el proceso y le da continuidad y permanencia.

La epidemiología comunitaria es inherente a las democracias participativas o, en todo caso, es una manera de profundizar la democracia, pues es el aprendizaje práctico, concreto, de ejercer el pensamiento crítico. Como veremos en los ejemplos, lo liberador es comprender que, en este momento histórico del conocimiento, la mayoría de las enfermedades, de los padecimientos, tiene causas. No se trata de “destinos” inmodificables.

Las características que diferencian a la EPICOM de la epidemiología tradicional que conocemos, son:

- a) Busca la relación entre la vida de la comunidad y la ausencia o presencia de enfermedad o salud.
- b) Puede ser llevada adelante solo estando presente en la comunidad y en compromiso con la misma.
- c) Se basa en el diálogo como su instrumento fundamental de trabajo, para la construcción de instrumentos e indicadores que todos entiendan.
- d) Hace presente el contexto en el que se desarrolla la vida de la comunidad y tiene presente que no siempre puede ser cuantificado en documentos.
- e) Pone el énfasis en la valoración de los datos, para conocer lo que ha pasado en las comunidades cuando aumentan o disminuyen las enfermedades. Valora la información por su utilidad en la transformación de la realidad.

Por todo esto, vamos reafirmando que **no** es otra epidemiología, pero sí que debe ser realizada por los técnicos en forma conjunta con las comunidades afectadas, para que lo investigado cuente con saberes compartidos y no quede solo en escritorios de funcionarios para cuando “sea posible” hacer algo, sino que sea una herramienta colectiva de transformación social.

Por eso lo que las distingue claramente son las categorías de una y otra. Que no se excluyen, sino que se complementan desde sus distintos ámbitos de acción: el gubernamental y el comunitario.

Ámbitos de reflexión y acción prioritarios de cada una (que funcionan como “categorías” de análisis)

De la Epidemiología tradicional

Lo legal: lo prescrito por ley y conforme a ella; explicitación concreta del contrato social que, como es sabido, depende de las relaciones de fuerza o de poder entre los diferentes sectores sociales, expresadas en el momento que se realizan las leyes. Cuando han dejado de ser respuestas adecuadas hay una larga batalla entre los que se favorecen con el *statu quo* (para mantenerlo) y los que son afectados (para cambiarlo).

La gestión de gobierno (estatal): nos interesa porque expresa contundentemente las luchas que se dan en la sociedad y es parte de una eterna disputa sobre lo que se entiende por legal para el aparato burocrático que debe sustentarla. Consideramos que la gestión expresa la “administración de lo dado”, y su necesidad de responder a la demanda de los ciudadanos se basa en la lógica de “lo posible” en cada situación. La posibilidad de

las limitaciones con que cuenta para hacerse efectiva en territorios y situaciones concretas, lo que la hace cada vez más alejada de las necesidades de la gente y más cercana a los intereses particulares de los funcionarios circunstanciales. Tiende a reproducirse en cuanto concepto estático, con defensores del *statu quo* a su servicio.

Las respuestas: este concepto se vuelve categoría situado en el ámbito de la gestión, cuando no es precedido por las preguntas adecuadas sobre las causas. La presión permanente para satisfacer las demandas de, por ejemplo, “más medicamentos” dificulta pensar si los que se piden corresponden a los necesarios, los de eficacia no comprobada o incluso los de perfil de riesgo inaceptable.

De la Epidemiología Comunitaria (que no descarta los anteriores, sino que trabaja en ambos)

Lo legítimo: lo cierto, genuino y verdadero para el momento en que se vive. Esto va acompañado de cómo se llega a ello, y es indudable que debe ser la comunidad la que lo determine para

La epidemiología comunitaria es inherente a las democracias participativas o, en todo caso, es una manera de profundizar la democracia, pues es el aprendizaje práctico, concreto, de ejercer el pensamiento crítico.

avanzar sobre lo “dado” dependerá del carácter popular o antipopular del gobierno.

Lo posible: como sabemos bien, hay muchos “posibles” según quién lo determine. En nuestras sociedades, está determinado por quienes tienen el poder económico, que en el campo de la salud son los fabricantes de las mercancías instaladas como las oportunas o que resuelven los problemas: los medicamentos y aparatología, las más notorias.

La democracia representativa: es la forma de nuestros gobiernos (el pueblo no delibera ni gobierna si no es por medio de sus representantes) y todos sabemos por experiencia histórica

esa situación y lugar. La categoría es dinámica y puede variar en la medida en que se busque más información, se cotejen otras experiencias, etcétera.

Lo político: lo que se construye en la búsqueda del bien común, en el sentido profundo que se le dio a esta palabra en función de la transformación social para mejorar la vida de las personas.

Lo necesario: decíamos que hay muchos “posibles”, dependiendo de quién lo determine. En cambio, lo “necesario” es único para cada situación y debe ser determinado por el conjunto de la comunidad involucrada.

La democracia participativa: tiene incorporado el concepto

dinámico de profundización permanente de lo que se considera democracia, o sea que todos puedan tener protagonismo en las decisiones que afecten al conjunto. Una forma de hacerlo en las comunidades es, por ejemplo, las diversas formas de reuniones colectivas.

Las preguntas: “¿Qué nos pasa?” va seguida de “¿A causa de qué?”. Rápidamente, se constituye en la siguiente cuestión: ¿qué podemos hacer para que desaparezcan o se controlen las causas? Recién allí, y viendo el resultado de nuestras acciones, volvemos a preguntarnos: ¿y ahora qué nos pasa?, y así indefinidamente. Es el método adecuado: se debe empezar en todas las situaciones por las preguntas correctas, nunca al revés. Las preguntas abren, profundizan el análisis.

Indicadores

Es la palabra, concepto o medida que se utiliza para indicar de manera sintética (cuantitativa y/o cualitativa) la dirección, el éxito o fracaso de un proceso, para favorecer una evaluación de su correspondencia con los planes y/o las previsiones originarias de acción y los gastos previstos. Se utilizan en relación a lo que se ha hecho, lo que se está haciendo o lo que se propone hacer.

En el lenguaje que se utiliza generalmente en los programas institucionales (privados o públicos, académicos o industriales, sociosanitarios o económicos), el término “indicadores” se ha transformado en un componente obligatorio y muchas veces pesado y complejo (lleno de elaboraciones estadísticas y de análisis-reflexiones largas y articuladas) de la programación, así como de los informes intermedios y finales, sobre las actividades que se han desarrollado.

La exigencia de evaluar[se] no admite dudas: de hecho, puede considerársela parte normal de las prácticas de todos los días, a nivel individual y de grupos. Por otro lado, la literatura de todas las disciplinas y de las agencias que promueven y financian proyectos es riquísima en publicaciones que parecen confirmar e imponer la obligatoriedad de darse “indicadores” fiables, claros, que permitan no solamente medir el pasado sino mirar con mayor lucidez el futuro.

Sin embargo, una evaluación más atenta del mundo de los indicadores permite descubrir que aún no hay una correspondencia frecuente, ni muy estrecha, entre la complejidad y la declarada “seriedad” de los indicadores, y su capacidad de producir conocimientos útiles para tomar decisiones y orientar caminos de manera más eficiente, racional y productora de cambios útiles para las personas-poblaciones interesadas. La crónica cotidiana muestra cuántas veces solo indican la disociación entre las previsiones y los resultados, las promesas y lo que se recibe.

Un ejemplo claro a nivel global es lo sucedido con los indicadores de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio, asumidos solemnemente por todos los Estados en el año 2000, que habían colocado a 2015 como año de evaluación de las ocho áreas

prioritarias: erradicación de la pobreza extrema y del hambre; educación primaria universal; promoción de la paridad de sexos y autonomía de la mujer; reducción de la mortalidad infantil; 75% de reducción de mortalidad materna; control universal de HIV y malaria; garantizar la sostenibilidad del medioambiente; cooperación global en el desarrollo. Ya a partir del 2005, por la no adherencia de muchos Estados a sus compromisos de financiación, así como por resistencias políticas y retrasos burocráticos, se ponía en duda la probabilidad de “cumplir” antes del 2030. Los porqués, las justificaciones, los debates se multiplican, y los fondos disminuyen. Las crisis económicas cambian los indicadores generales de desarrollo económico, social, etc., sin que a los responsables, bien conocidos, se les apliquen medidas de control.

Esta es la revolución que comienza a andar: una Atención Primaria de la Salud de nuevo tipo, donde la participación será tanto en las acciones como en la toma de decisiones.



Indicadores de EPICOM

(Este capítulo sobre indicadores intenta resumir el material –mucho más detallado– del Manual de Epidemiología Comunitaria de Córdoba)

La Epidemiología Comunitaria no es una disciplina ni una técnica a través de la cual evaluar la eficiencia en la producción de conocimientos que quieren ser aceptados para publicaciones científicas. Tampoco es un proyecto que empieza un día para terminar dentro de un plazo de tiempo determinado, y para el que se ha establecido un presupuesto del cual dar cuenta de manera detallada, en términos de gastos absolutos y/o de indicadores de costo-efectividad.

Por el contrario, la EPICOM es una historia que se cuenta al andar, haciendo de vez en cuando pausas más largas para profundizar y articular memorias y experiencias que buscan y experimentan visibilizar, en espacios concretos, que la dignidad de vida de las personas pueda traducirse en derechos concretos, diarios, accesibles, compartidos. Los indicadores son de procesos, no de “productos” terminados. La presencia, la continuidad, la renovabilidad de las personas que se involucran son el primer **indicador**, lo que “da cuenta” de la sostenibilidad del proyecto. Esto no significa una justificación para no darse pautas y criterios de evaluación. Quizá por el contrario: cada actividad que se planifica debe exigir mayor coincidencia entre los planteamientos y la implementación de derechos, pues se asumen compromisos de transparencia que no se pueden ignorar ni violar. La especificidad del proyecto EPICOM implica –para ser responsables– una selección y utilización de “indicadores” que sean coherentes, por un lado, con los fines generales, y por el otro, con los objetivos específicos de la problemática a abordar.

En su conjunto, los indicadores responden a una sola pregunta: ¿se han dado respuestas satisfactorias a los compromisos, promesas o hipótesis de trabajo que se han asumido? Se proponen aquí algunos **“indicadores de éxito”**: un listado de actividades, actitudes, productos, situaciones, perspectivas que coinciden con el perfil identitario de EPICOM. Son “indicadores” que describen sencillamente (sin fórmulas matemáticas que pretendan representar a las poblaciones y sus realidades) lo que se ha avanzado en la resolución de tal o cual problema.

1. Dar/restituir derechos de visibilidad y palabra

- ▶ a quienes no los tienen;
- ▶ a quienes les están prohibidos;
- ▶ a quienes no los esperan.

2. Restituir a salud su definición de indicador y expresión de derecho humano, más allá de los aspectos médico-sanitarios de las enfermedades:

- ▶ búsqueda de las causas que pertenecen a los contextos de vida y de medioambiente;
- ▶ seguimiento de las personas y continuidad del “hacerse cargo”

más allá del simple suministro de diagnósticos-tratamientos;

- ▶ lenguaje integrado que permita compartir tomas de decisiones;
- ▶ búsqueda-experimentación de autonomía de vida para personas con problemas para los cuales las respuestas médicas son insuficientes o están ausentes.

3. Monitoreo colectivo de la “evitabilidad” de los eventos que son “centinelas” de violaciones del derecho de vida:

- ▶ como afirmación-restitución de derecho, más allá de las impunidad legal e institucionales;
- ▶ aprendizaje conjunto de la comunidad y de los profesionales con “historias de vida”;

4. *Desarrollo y utilización ampliada de “lenguajes mestizos”* (que puedan ser contruidos y utilizados por distintas disciplinas) para ver mejor las relaciones entre determinantes sociales y médicos de salud-enfermedad, economía y derecho, derechos individuales y colectivos, legalidad y ciudadanía, como oportunidades para experimentar salidas innovadoras de continuidad

5. *Hacer visibles y dar cuenta de estilos prácticos de trabajo “liberados de relaciones de poder”* por parte de equipos que piensan que la salud es posible de ser vista como laboratorio modelo de democracia participativa.

Qué tipo de comunidad abordamos y por qué lo hacemos

En primer lugar, hablamos de aquellos colectivos populares unidos por lazos solidarios o problemáticas comunes en los lugares de vida y de trabajo. En esos colectivos prima la diversidad: trabajadores formales e informales, mujeres contra la violencia familiar y por la defensa de mejores condiciones de vida para sus hijos, ancianos que no quieren jubilarse de la vida, grupos de economía social y cooperativas, jóvenes preocupados por el medioambiente y muchos más. También son diversas las formas organizativas de grupos específicos, y entre ellas consideramos las referidas a la salud como una más, no la central.

Habitualmente se plantea que la diversidad es un hecho de la realidad y que por lo tanto debemos aprender a respetarla para convivir mejor, cuando no se asume una especie de condescendencia ante lo diverso. Nosotros hemos entendido, por el contrario, que si se quiere avanzar en el conocimiento y en las propuestas, debemos desear la diversidad. Cada vez que abrimos nuestra lucha grupal a otros sujetos o colectivos salimos enriquecidos y lo que al principio fue una búsqueda de que se sumaran para algo puntual, se convirtió en una comprensión de la necesidad del otro para adquirir ambos más potencia.

Vivimos en un mundo globalizado que fuerzas inmensamente poderosas condicionan a sangre y fuego, lo que nos ofende e indigna por su costo en sufrimientos y en vida. Porque amamos la vida es que no queremos que nos impongan el “vivir bien” como objetivo, porque para “vivir bien” otros deben “vivir mal”. Protestamos entonces por lo que no queremos, pero no nos quedamos en eso: buscamos colectivamente acercarnos al “buen vivir”

del que hablan nuestros pueblos originarios, en armonía con la naturaleza y los miembros de todas las diversidades que componen la comunidad en que vivimos o trabajamos.

La autonomía de las comunidades para descubrir las causas de sus problemas de salud y decidir las acciones adecuadas depende en gran medida de poder desnaturalizar que “las cosas son así y no se pueden cambiar”. También de fortalecer los vínculos al interior de su diversidad y con los trabajadores de la salud que los apoyen desde las instituciones locales o nacionales.

En este marco, la EPICOM es una herramienta estratégica de la población que permite visibilizar –en un contexto esencialmente biologista y mercantilizado– las situaciones de no cumplimiento de los derechos en salud a través de las historias de vida individuales y grupales, para actuar en consecuencia. Ello requiere partir de una concepción de comunidad que refleje las interrelaciones que se desenvuelven en su interior, y una inserción comunitaria de los trabajadores de salud que permita la elaboración de un entretrejo social capaz de sostener en el tiempo estrategias de lucha por los derechos ausentes o vulnerados.

Experiencias/ejemplos

Los **ejemplos** que vamos a mostrar ocurrieron (y ocurren) en nuestro país, la mayoría en la provincia de Córdoba y más recientemente se van extendiendo a otras provincias. Las primeras fueron en el marco del Movimiento por un Sistema Integral de Salud (MOSIS), que viene trabajando con barrios, sindicatos, trabajadores de la salud, especialistas en medicamentos y comunicación desde hace muchos años. Fueron trabajos participativos anteriores, algunos de los cuales tenían las características que luego sistematizamos como Epidemiología Comunitaria a partir del trabajo periódico con Gianni Tognoni, y el contacto con las experiencias latinoamericanas que venían abriendo camino. Posteriormente, esas intervenciones solidarias se fueron sumando a algunos ámbitos interesados en el tema de instituciones como la Universidad Nacional de Córdoba y el PAMI local, junto con la representación del Instituto Mario Negri de Italia y organizaciones sociales, en un convenio que generó hace unos años un Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria.

En el Movimiento por un Sistema Integral de Salud (MOSIS)

- Con los obreros de la construcción, encuadrados en el sindicato local de UOCRA

El centro médico de este sindicato tenía como diagnósticos principales, los trastornos osteomusculares, el alcoholismo y la violencia familiar. Cuando se involucró en la pregunta a los trabajadores, la prioridad fueron los accidentes por caída de altura que, además de los múltiples lesionados –algunos de por vida–, se cobraban anualmente en la ciudad un promedio de 24 muertos. Se estudiaron en conjunto las causas, trabajándose sobre ellas, y se tomaron las medidas correspondientes. Al año siguiente, la tasa bajó a 5 muertes al año y en igual proporción disminuyeron los accidentes no mortales.

Esto provocó una ruptura en la naturalización de los accidentes. Una de las formas de aplicación de la EPICOM con los trabajadores de la construcción fue a través de teatro de títeres para adultos durante el tiempo de descanso, recreando situaciones cotidianas en el trabajo. Mediante los títeres se ponía en evidencia que el tema de las caídas de altura no era natural, que las caídas tenían causas, que algunas correspondían a incumplimiento de responsabilidades por la falta de condiciones y medio ambiente de trabajo; que en otras lo eran del sindicato, que no controlaba ni exigía el cumplimiento de las mismas; y a veces también de ellos por hábitos y costumbres, como el beber alcohol durante las comidas en el trabajo, por machismo, rechazos y bromas a las medidas de protección, etcétera.

En la función de títeres, que está filmada, puede verse que los albañiles veían reflejado el problema como en un espejo y era



significativo el cambio de visión y de opinión cuando, luego de terminada la función, se iniciaba una mirada colectiva. Para transformar esa realidad fue necesaria una tarea conjunta con los delegados, el sindicato y el Ministerio de Trabajo.

- Con los trabajadores de los cementerios municipales

Estos afiliados presentaban el problema de salud más grave del sindicato de trabajadores municipales. El sistema de atención médica al que acudían había determinado problemas psíquicos, de alcoholismo, osteomusculares y dermatológicos en altas proporciones.

En un trabajo compartido con los trabajadores, técnicos de salud y antropólogos, se pudo evidenciar que el principal problema era la total invasión de la muerte en su vida cotidiana, que afectaba hasta su mayor intimidad: fuertes olores corporales y manchas en la piel, que denominaban “de la muerte”. Como el olfato se acostumbra a los olores permanentes, lo que ellos notaban era el rechazo de la gente, pero también de sus seres queridos, no entendiendo el porqué.

En la búsqueda de los factores que determinaban esta situación, se pudo ver que las manchas no eran indelebles, sino que fueron diagnosticadas como hongos de la piel que aparecían por no tener barreras tan simples como un baño de entrada y otro de salida, cambio total de ropas para el adentro y para el afuera, delantales plásticos para evitar el contacto con los fluidos cada-
véricos, etcétera.

El olor “a muerte” desaparecía ante la instalación y uso diario de las medidas protectoras, reconocidas tras un recorrido de búsquedas y entrevistas a profundidad, que fueron determinantes para visualizar la posibilidad de un cambio objetivo en las condiciones de vida laboral, familiar y social de estos trabajadores.

- Con los habitantes del barrio La Carbonilla

Hace treinta años, paradójicamente con la recuperación de la democracia, cincuenta familias constituidas por madres solteras con sus hijos fueron trasladadas a un barrio construido por licitación pública desde una institución gubernamental provincial. Quince años después, denunciaban serios problemas de salud, descubriéndose –luego de descartar otros factores epidemiológicos– que lo único común entre ellas eran las viviendas. Analizadas las paredes, se comprobó que estaban construidas con un material –carbón o carbonilla– que estaba prohibido internacionalmente pues se sabía que absorbía (incorporaba a las paredes en tiempos de frío) compuestos orgánicos del ambiente externo y que posteriormente, en temperaturas elevadas, los expulsaba hacia el interior de las viviendas, como una maquinaria mortal. De los compuestos orgánicos de la pared analizada se detectaron cinco de ellos reconocidos como cancerígenos y/o mutagénicos.

Pudimos comprobar que quejas aisladas anteriores frente a las autoridades municipales y provinciales no habían sido escuchadas y que la visibilización inicial mediante la intervención y participación con los grupos afectados por esta situación (similar a la de tantos otros barrios afectados por problemas ambientales) ha generado posteriormente movimientos interesantes entre los habitantes de la ciudad y en las estructuras gubernamentales. La participación activa de y con la comunidad hizo posible el diagnóstico del problema y la búsqueda de una solución sobre las causales del mismo. La comunidad le dio la necesaria mirada colectiva, superando los diagnósticos médicos individuales que se venían realizando desde hacía tiempo. Es lo que permitió que el gobierno asumiera la responsabilidad correspondiente, logrando que a los afectados se les posibilitara la construcción de sus casas con los materiales adecuados.

- En Barrio Ituzaingó Anexo

Es el caso más conocido nacional e internacionalmente, como comunidad afectada por los agrotóxicos utilizados en las plantaciones de soja cercanas. Al fin de un largo proceso, se determinó legalmente el daño producido por estos químicos (actualmente reconocido por la OMS), lo que a su vez sentó las bases de la jurisprudencia sobre el tema.

Las “madres de Ituzaingó”, como se las llama, en una especie de EPICOM espontánea, detectaron un evento que permitió comenzar con las preguntas importantes: la gran cantidad de mujeres del barrio con pañuelos en la cabeza. Cuando indagaron, supieron que era a causa de la quimioterapia (que les hacía caer el pelo). Se logró que se realizara un trabajo epidemiológico, de modo colectivo e interdisciplinario, que estableció patologías graves múltiples –cancerígenas, mutagénicas, inmunitarias, etc.– en una proporción (estadísticamente significativa) superior a la del resto de la población cordobesa.

Dado que la respuesta provincial había sido extender el horario de atención médica, dejando las causas sin resolución, se consiguió que la Secretaría de Salud municipal llevara a cabo un estudio de Epidemiología Analítica (comparando dos barrios vecinos en igualdad de composición social y condiciones ambientales), cuya única variante era el tiempo de exposición a agrotóxicos, metales pesados y radiaciones electromagnéticas (Barrio Ituzaingó, con decenas de años en el lugar, y el otro, con tres años de asentamiento). Este estudio fue contundente en sus resultados y sirvió de prueba en el juicio.

- En el Programa Pro Bienestar del PAMI

La División de Prestaciones Sociales “Pro Bienestar” y la actual División de Promoción y Prevención del PAMI Córdoba han sido los espacios institucionales en que se llevó adelante la estrategia de la EPICOM con las comunidades de jubilados, tanto de la

capital de la provincia como en el interior provincial, particularmente en el norte pobre cordobés, donde adquirió una relevancia particular, al abocarse a una problemática específica de carencias de todo tipo.

Es necesario destacar que esta *forma de pensar la salud* que es, entre tantas cosas, la EPICOM, modificó también prácticas de profesiones de la salud, que a partir de la iniciativa de un grupo de ellos que había participado en experiencias anteriores, trabajaron en forma multidisciplinaria con estos criterios, superando la tendencia en las instituciones a no modificar el *statu quo* y pensar que las cosas no pueden cambiar. Desde entonces, las reuniones con los jubilados dejaron de ser verticales y se comenzó un diálogo horizontal fructífero y enriquecedor para ambas partes, que incluyó también a familiares y otros miembros de la comunidad. Los adultos mayores adquirieron un notable protagonismo a partir de sus saberes y experiencias de vida y se transformaron cuali y cuantitativamente los resultados de las acciones. Por ello, pensar en aplicar la EPICOM en la gestión de salud es un desafío nada fácil pero muy gratificante.

Medicamentos

Se sabe que los adultos mayores son grandes consumidores de medicamentos, tanto porque los profesionales de la salud los recetan como porque ellos mismos los demandan, convencidos todos de que es la solución a los problemas de salud/enfermedad. Una de las más importantes consecuencias de la aplicación de la EPICOM con jubilados fue la drástica reducción del consumo de los mismos, gracias a la realización de actividades saludables y compartidas: ejercicio físico, cambio de hábitos de comida, talleres de baile, artesanías, deportes, juegos (muchas veces con sus nietos), terapias de grupo, etc. A partir del cambio, bajaron notablemente los problemas cardiovasculares, de obesidad, diabetes, presión arterial, dificultades de movilidad, depresión, trastornos del sueño, etc., comprobados por los técnicos de salud en los exámenes de laboratorio.

En el taller de psicología

El tema del aislamiento social de la vejez –que resulta por demás negativo en lo psicoemocional– fue enriquecido con los relatos de los jubilados sobre la pérdida de costumbres vecinales tales como el barrido de vereda a la mañana, que posibilitaba un diálogo entre las “doñas”, o la sentada familiar en la vereda en noches de verano con intercambio de palabras y cervezas entre vecinos, que obraban como lazos de relación colectivos en contraposición con el “meterse para adentro” de la actualidad. Se pensaron en conjunto formas nuevas de encuentro y socialización.

Con la nutricionista

Se salió de la receta elaborada técnicamente para establecer un intercambio con los saberes culinarios tradicionales de los participantes, a resultas de lo cual se construyó un saber común

que toma también en cuenta los conocimientos prácticos que se encuentran en la comunidad. *“Casi todas nosotras hemos sido las cocineras hogareñas durante gran parte de nuestras vidas, y ¿sabe una cosa? Muchas veces nos teníamos que ingeniar para que la comida alcanzara hasta fin de mes y que encima les gustara al marido y a los hijos. Algunas cosas nos las enseñaron nuestras madres, pero otras las tuvimos que ir aprendiendo”*, expresa orgullosa María (74 años).

En la actividad de gimnasia

Si bien el profesor programa los ejercicios a realizar, los jubilados participantes expresan sus propuestas en actividades que complementan la ejercitación, y aquí sale la apelación a los juegos de la infancia... *“que tanto bien nos hacían, no como ahora que todo es la computadora”*, señala José (71 años). Las actividades físicas gratificantes y colectivas (paseos y caminatas por lugares naturales, talleres de música y baile) permitieron mejorar notablemente el estado psicofísico de los jubilados y hasta abandonar medicamentos innecesarios. También puede observarse que el concepto “salud” va adquiriendo una dimensión que sobrepasa el biologismo: la persona en su vejez comienza a verse en su integralidad. Los participantes del programa ya no solo toman en cuenta sus “achaques” físicos, sino que ahora se instalan en su percepción de los aspectos psicoemocionales, a partir de sus historias de vida. *“No estaba bien en mi vejez, me pasaron cosas tristes, me sentía sola, pero ahora sé que dos días a la semana nos juntamos con los profesores y las chicas y compartimos y nos reímos y eso me sacó de la tristeza”*, dice Amelia (78 años).

“En el Norte de Córdoba, la salud no se delega”. Una experiencia de EPICOM con PAMI y Centros de Jubilados de la zona rural

Llegar desde la ciudad al campo mediante el trabajo en PAMI



significó la entrada en un terreno que no se alcanzaba a visualizar plenamente desde el hábitat urbano, como definió bien Chicha, una campesina integrante del Centro de Jubilados de Tulum, refiriéndose a la población del monte: *“Ustedes no saben dónde vive esa gente, tendrían que ir a esos lugares para ver”*. Entonces, hubo que comenzar a transitar en dirección a personas, lugares y parajes invisibilizados ante los ojos institucionales. Se inició así el camino hacia las comunidades rurales.

Traer como ejemplo los beneficios que aparecen acá y allá como derivados “colaterales” de los programas específicos puede servir para comprender que la EPICOM es una manera distinta de pensar la salud/vida y, por ende, de modificar la realidad de las personas:

- ▶ *“El aislamiento en que se encuentran muchos jubilados los va desmoronando. El programa hizo que se volvieran a juntar, hacen bailes, hablan de sus historias, y eso es salud”* (Juana, promotora de salud de Tulum).
- ▶ *“La vez pasada hicimos un encuentro con las mujeres de la comunidad para hablar del Papanicolau. Fue la primera vez que tratamos el tema. Las mujeres al principio tenían vergüenza, pero después se animaron”*, expresaba con satisfacción por el encuentro Argelia, promotora rural de La Cañada, y agregaba:
- ▶ *“La gente ahora sabe que tenemos un lugar para tratar nuestros problemas, y que todos podemos participar y opinar”*.

La zona se ve severamente afectada por la falta de agua, tema directamente relacionado con la salud y la supervivencia, ya que la situación incide negativamente en la cría de cabras, principal sustento de las familias campesinas del lugar. Ante la falta de respuesta oficial, los vecinos se organizaron para peticionar y desarrollar propuestas, acompañados por trabajadores del equipo técnico de la salud: *“El lugar de reunión es la Posta, allí nos juntamos y vemos qué podemos hacer, porque sin agua no hay salud”* (Estela, promotora de la zona). Habían comprendido que la salud no se delega.

- ▶ *“Desde que voy a danza y al taller de la memoria dejé de tomar dos remedios: uno para dormir y el otro para la memoria”*.
- ▶ Los talleres de alfabetización depararon sorpresas, como la de una anciana de 90 años que dijo estar muy contenta de haber aprendido a leer porque *“hay que prepararse para el futuro”*.
- ▶ En esos mismos talleres se utilizaban diarios para la enseñanza de la escritura, a partir de una noticia publicada sobre que la enfermedad de Chagas estaba controlada en la zona. Como su experiencia cotidiana les decía otra cosa, pidieron al PAMI que hiciera un muestreo para detectarlos: aparecieron con nitidez no solo muchos casos “antiguos” no registrados, sino varios más nuevos.

Epílogo

En su última visita a la Argentina, Paulo Freire dictó una conferencia en la provincia de San Luis. Allí expresó una idea fuerza muy interesante que era más o menos así: *“Tenemos que asumir y reconocer que nuestra realidad es dual –que es como si camináramos con un pie en la calle y otro en la vereda–, vivimos en y de una sociedad organizada y pautada por el mercado, que nos pone reglas con las que no estamos de acuerdo por su injusto contenido y eso nos lleva a transitar también otro camino de lucha que intenta cambiar lo que nos daña o perturba”*.

Es lo que mencionamos en otras partes de este trabajo cuando nos referimos a las dos caras de la realidad, la de lo legal y la de lo legítimo, que son contradictorios pero no necesariamente antagónicos. Lo que Freire afirmaba es que esta situación debe ser asumida como algo dual, para otorgarle una dinámica superadora.

Se trata de enfrentar en forma compartida, Pueblo/Estado, los problemas de salud de todos, para que no se enferme nadie de causas evitables y se puedan tratar con la mejor atención posible los problemas ya existentes. Con la idea central de restituir a la salud su condición de derecho humano.



A CONTRAMANO DE LAS CONSIDERACIONES HEGEMÓNICAS RESPECTO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD, ESTA PERSPECTIVA APUNTA A RECUPERAR LA CENTRALIDAD DE LOS SABERES DE LAS COMUNIDADES HOY MARGINALIZADAS, EN UN TRABAJO CONJUNTO CON EL CONOCIMIENTO “TÉCNICO”.



ACTUALIDAD DE LA EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA (EPICOM) EN LOS ESCENARIOS GLOBALES

por **DR. GIANNI TOGNONI**. *Epidemiólogo y sanitarista italiano. Doctor en Filosofía y en Medicina. Director del Instituto de Investigaciones Farmacológicas Mario Negri de Milán. Asesor de OMS, Coautor del Listado de Medicamentos Esenciales y Secretario General del Tribunal Permanente de los Pueblos Lelio Basso (ex Bertrand Russell).*



En nombre del equipo de investigación de
CECOMET: Anselmi M., Caicedo Montano C.,
Márquez Figueroa M., Prandi R.

E

l título quizá más adecuado para esta contribución debería ser una articulación de preguntas, demasiado largas para un título, que se ponen como apertura y cuadro de referencia conceptual y como esquema de trabajo:

- a) ¿La epidemiología comunitaria (EPICOM)) es: una técnica/herramienta entre las tantas metodologías que se utilizan en medicina/salud pública para “estudiar” (describir, monitorear, evaluar, comprender los caminos de causas ↔ efectos) las enfermedades, o el término indica-sugiere-describe algo que tiene que ver con la “comunidad”, evocada como adjetivo?
- b) ¿Cuáles son las palabras clave y/o los indicadores que permiten, por un lado, colocar a la EPICOM en la trayectoria del desarrollo histórico (en América latina y globalmente) de las relaciones entre medicina/salud pública ↔ sociedad, y, por otro lado, explicitar la originalidad (o no) de su contribución conceptual y concreta?
- c) ¿Cuál es, si hay, un espacio para la EPICOM en el contexto actual? ¿Con qué disciplinas-interlocutores-actores y resultados definibles-perseguibles?

El desarrollo que se propone para esbozar, más que respuestas, hilos de reflexión es muy sintético. Se asume que la contribución de los otros autores en este volumen son suficientes para proporcionar tanto el *background* como los detalles que permitan una visión más clara del camino quizás excesivamente compacto de esta nota.

Pregunta 1. El contexto y el lenguaje de los orígenes

Community Epidemiology (CE) es un término sustancialmente clásico de la epidemiología y de la salud pública, coincide con revistas dedicadas al tema (sobre todo, pero no solamente, en el mundo anglosajón) y ocupa un lugar bien definido en la enseñanza/investigación académica. Una exploración más ligada al impacto de esta presencia-reconocimiento de la CE en las publicaciones que más “determinan” –concretamente y en el



imaginario– los progresos y los acontecimientos de la medicina y de la salud pública, pone en evidencia que, en los debates globales, la CE es una hermanita muy marginalizada en términos de relevancia. Son las otras epidemiologías las que dominan, acompañándose de objetivos, metodologías y paradigmas que prometen cada vez una producción “diferente” y original de los datos: epidemiología analítica; descriptiva; participativa; antropológica; cualitativa; etiológica; de medio ambiente; hasta las más recientes como epigenética o *big data*.

La EPICOM, que puede ser vista como la traducción en castellano de CE, nace desde adentro de realidades asistenciales de Bolivia, Perú, El Salvador, Nicaragua, Ecuador: ninguna relación con intereses, proyectos o actores académicos. El punto de partida es la constatación (en el terreno, no solamente en los bancos de datos) de que lo que caracteriza a las epidemiologías, así como a las demás disciplinas que no se preocupan de las enfermedades sino de los varios aspectos de la vida de las personas y de las sociedades (sociología, psicología, sin hablar de la economía o del derecho), es que son, ante todo, el producto propietario de las/los técnicas/os-profesionales que las practican. Las realidades que se investigan son los *objetos* que se traducen en datos, medidas, indicadores, bien estandarizados y codificados, para permitir elaboraciones “fiables”, y por eso capaces de producir “conocimientos” que se traducen en planificaciones, líneas guías, recomendaciones, normas, leyes, comportamientos.

La “participación” de los seres humanos interesados está prevista, y se aplica con mayor o menor intensidad y metodologías apropiadas, pero como una variable secundaria en los escenarios de las ciencias que determinan los contenidos y los destinos de los ámbitos de la sociedad.

Alrededor de la segunda mitad de los '80, una larga experiencia

personal en investigaciones científicas bien reconocidas cruza las realidades de vida y salud de las poblaciones concretas de países “en transición”, democrática y epidemiológicamente, y sugiere la clave de lectura del porqué de la “marginalidad” de la CE. Las “comunidades”, ya sea en los países del Norte o aún más en los tantos Sur del Norte y del Sur, son “objetos” de intereses, y se hacen visibles como algo relevante solamente cuando hay intereses específicos de actores externos (académicos o funcionarios o agencias internacionales) que quieren hacer investigación o procurarse datos.

Los que estudian para hacerse cargo son la rareza. Y eso no por un problema ético. Estructuralmente, la vida y el destino de las “comunidades” (las realidades que se consideran no-centrales, social, económica y culturalmente) coinciden con la marginalidad: ser “objetos” de interés es la expresión sintética y explícitamente manipuladora de la exclusión-expulsión concreta. El indicador más claro de un cambio de rumbo toca la identidad de los sujetos, con una modificación sustancial de las miradas y de las relaciones: los sujetos –es decir, las personas concretas, como individuos y como colectividad– de las comunidades deben percibirse y ser los que poseen, manejan, controlan las herramientas que permiten describir, comprender, apropiarse de los conocimientos de sus vidas, para compartir la responsabilidad de tomar decisiones que sean un crecimiento en su autonomía. Este cambio es necesario ejemplarmente en sectores como salud, tradicionalmente caracterizados por una dependencia producida por la antigua alianza entre el *poder* –por definición “bueno”– de los médicos, y el sufrimiento “sin alternativas” de aquellos a quienes las “enfermedades” (¡son tantos sus nombres!) quitan su conciencia-capacidad-identidad de sujetos con derechos inviolables de dignidad y de vida.



La EPICOM nace así, caminando por comunidades, y cruzando preguntas que no tienen palabras para expresarse, necesidades que se ocultan para no experimentar abandonos, recursos que se definen por su no-accesibilidad, enfermedades que de medicina tienen solamente muchas veces síntomas más o menos graves, por el hecho de que las causas coinciden con los contextos de vida. Estas “evidencias” (empezaban a llamarse así en la “comunidad científica y de gobierno” los conocimientos declarados fiables y que pueden constituir bienes reconocidos en el mercado de la salud) coinciden con la científicidad de la visibilidad concreta, que precede y no necesita estadística, de los sujetos enfermos y muertos (sobre todos niños y madres). Y se cruzan, se suman, a otra “evidencia” dramática: la ausencia-inaccesibilidad de cualquier palabra o análisis capaces de relacionar los eventos de descuido de la vida y de la dignidad (hasta la muerte) con el universo de los derechos –llamados inviolables– de los seres humanos y de las comunidades.

La EPICOM tiene así sus raíces concretas en el cruce bien conocido entre salud, economía y derecho. Paradójicamente, su impacto había sido cuidadosa y dramáticamente puesto en evidencia desde “arriba” por un texto (¡promovido por el Banco Mundial!), “Ajuste con rostro humano” (1985), que documentaba muy bien cómo las comunidades “objeto” de la atención del mercado internacional tenían un rostro progresivamente no-humano. Se sacaban, inevitablemente, recomendaciones generales (“global” no era aún una calificación prevista en el lenguaje oficial), sin proponerse recetar remedios: los que hacían las “recetas”, FMI y BM, eran expertos en diagnósticos económicos, pero se declaraban al mismo tiempo incompetentes en remedios médicos o de derecho, aunque eran dueños de las recetas que controlan la vida. Solamente en 1988 en Berlín, el Tribunal Permanente de los Pueblos (TPP), que juzgaba al FMI y al BM (Banco Mun-

dial), condena explícitamente, con datos y calificaciones que los acusados no llegan a contestar, las “recetas” económicas como crimen contra la humanidad. El relato del evento hecho por Eduardo Galeano (también juez del TPP) es quizás el texto que más profundamente traduce, también a nivel del imaginario, el riesgo más profundo que se manifestaba: la regresión-evolución de una sociedad controlada por el “Señor Dinero”, en un tiempo sin derechos.

La EPICOM nace y se desarrolla con más intensidad y continuidad en las comunidades marginales afrodescendientes y chachi de Amazonía de Ecuador, como la experimentación de la factibilidad de un proceso desde adentro de la vida cotidiana de poblaciones donde todas las exclusiones-expulsiones están presentes:

- ▶ reconoce a las/los representantes de los pueblos como actoras/es de las tareas de salud, desde la prevención hasta el cuidado;
- ▶ restituye a los sujetos el derecho-deber de tomar la palabra;
- ▶ capacita promotoras/es de salud en la recolección, elaboración, representación e interpretación de los datos;
- ▶ establece, a través de proyectos, un verdadero y colectivo centro de investigación.

La historia, las publicaciones, los resultados –no fáciles pero muy “evidentes” y reconocidos aun en la literatura internacional– son fácilmente accesibles. Por caso, el Manual de Epidemiología Comunitaria (ISBN 978-04-335-7) de 1997. Las publicaciones del Centro de Investigaciones de Epidemiología Comunitaria han sido muchas, incluyendo artículos en revistas internacionales de muy alto impacto como *Lancet* y *British Medical Journal*, y una reedición en 2010, totalmente reformulada, del Manual, con un título que resume bien el sentido de todo el camino: “Epidemiología Comunitaria: las periferias toman la palabra” (ISBN 978-9942-03-210-2).

La EPICOM, que puede ser vista como la traducción en castellano de “Community Epidemiology” (CE), nace desde adentro de realidades asistenciales de Bolivia, Perú, El Salvador, Nicaragua, Ecuador: ninguna relación con intereses, proyectos o actores académicos.

Pregunta 2. EPICOM en el contexto actual de globalización

Sin pretender proponer una discusión adecuada, se puede afirmar que los escenarios generales de la salud en el contexto de globalización han tenido como protagonistas a dos actores que, con toda “evidencia”, son los determinantes de la transformación de la salud-vida de las personas en una “variable dependiente”: la economía y el derecho.

La historia que vivimos se expresa en toda su agresividad en la última década del siglo pasado con dos eventos casi paralelos y por cierto muy coordinados. En 1994, la OMC (Organización Mundial del Comercio) establece como confirmación oficial que el derecho de los mercados globales es autónomo del derecho universal de los seres humanos. Con el respaldo de sus informes de 1990 y 1993, el BM se declara actor preferencial y más fiable, por su manejo integrado de datos económicos, en el campo de los “servicios” de salud. Y concluye su trayectoria con el informe de 1996 sobre la “Carga global de las enfermedades” (*Global Burden of Diseases* –GBD–), que tiene a la OMS como autor formal a nivel de publicación en el mundo médico.

El título del informe no es “neutral” en su “cientificidad”: comunica que el enfoque no está puesto ya en la vida de los seres humanos; la globalización está interesada en **los gastos asociados a las enfermedades**.

El libro de S. Saxen –su título, *Expulsions*, lo resume bien– es quizá lo que mejor explica la significación transversal y los procesos del nuevo escenario. La salud-vida de las personas no pertenecen más a la competencia de los derechos **debidos y obligatorios** a nivel constitucional e internacional: “salud” es, de hecho, una palabra vacía y quizás ambigua si no se la califica como atribuible-asequible a través de **servicios** concretos. La asignación (secuestro) de los servicios en las competencias de la OMC transforma a la salud en una variable que responde a la economía y a sus leyes.

La cláusula de Doha (2002) que define la posibilidad de excepciones es evidentemente importante, con su declaración de que un problema que toca normas y poderes del mercado (por ejemplo, costos/patentes de medicamentos) puede ser exceptuado por razones de salud pública. Pero el procedimiento por el cual se puede llegar al reconocimiento de la legalidad operativa de la excepción privilegia todavía a países que tienen poder suficiente para resistir y rechazar el chantaje de las reglas globales.

El contexto que así se definió para el final de siglo ha transformado de manera radical el cuadro de referencia de salud, que ya no existe en la sociedad como un actor críticamente determinante a nivel político y cultural, como indicador/objetivo de democracia y como capítulo cada vez más importante de la economía. En cuanto coincide con servicios, los sujetos de derecho obligatorio a la salud han sido transformados en objetos de

intervenciones económica y legalmente justificadas. Al respecto, el relato de esta transformación “técnica” hecho por los “inventores” del GBD y resumido por un historiador de la medicina en una revista como *Lancet*, el 9 de junio (2018, pp. 2316-17) puede ser útil. Es sobre todo muy didáctico por la capacidad de omitir el contexto donde todo ocurre, y hablar de la epidemiología global como un mundo definible con los *big data* (reconocidos mientras tanto explícitamente como “sesgados” por parcialidad en este sentido) y las estadísticas oficiales.

En este marco, no debería ser difícil retomar el discurso sobre el rol de EPICOM, con una pregunta transversal:

¿Hay espacio para las palabras que definen la identidad de EPICOM y de sus raíces en comunidades periféricas, en escenarios que, por definición, necesitan “desaparecer” las voces, caras, vidas de las/los que no sirven directamente al mercado?

La hipótesis de respuesta de EPICOM se puede resumir así: *“Los servicios deberían ser el indicador ‘progresivo’ en términos de universalidad-accesibilidad fundamental de salud-vida, de derecho atribuible a las mayorías (según la definición “antigua” de OMS, en 1977, en el contexto anticipador de los “medicamentos esenciales”). La negación de esta identidad significa que lo que pasa en el sector salud es no solamente un indicador grave, sino también una herramienta muy eficaz de riesgo-abdicación de la democracia”.*

Con todas sus palabras clave, EPICOM coincide no solamente con un proyecto de control-prevención de los riesgos ciertos y de las consecuencias que la falta de democracia real significa para la salud clínica, ambiental, social, cultural. Se traduce en **una** de las herramientas más críticas y didácticas de pasar de una memoria-alfabetización diaria de largo plazo de las comunidades “expulsadas” a una identidad de dignidad de los sujetos. El presente y futuro –¿desafío posible?, ¿necesario?– de la EPICOM se identifica en este sentido con su trabajo sobre los problemas que tocan la autonomía de las personas (“los malestares del vivir”: del cuerpo, de la mente, del comportamiento) como parte aliada de todos los procesos que consideran imprescindible tener una raíz sociopolítica “comunitaria” para experimentar caminos (en el largo plazo, con metodologías conscientes de la necesidad de ser originales en cada contexto) que sean al mismo tiempo respuestas y búsqueda de formas innovadoras de democracia.



Pregunta 3. Experimentar como normalidad

El título que se propone para esbozar una respuesta a la tercera pregunta refleja el sesgo cultural y también operativo a lo largo de una vida, de quien aquí escribe. Es un sesgo “integrado”, profesional y político: en salud y con el Tribunal Permanente de los Pueblos. Investigar y experimentar impone identificar vacíos que necesitan llenarse de contenido y significación, a nivel de conocimientos y de soluciones. Obliga a hacerse cargo de estos vacíos de derecho –violencia, abandono, violaciones de derechos que no garantizan u “olvidan” la vida en dignidad– para reafirmar, buscar, inventar soluciones que no parecen disponibles, o están alejadas o prohibidas. Motiva a crear alianzas capaces de compartir tiempo, competencias, ganas de proyectos de futuro y no de repetición, curiosidad para el largo plazo. Implica saber que la experimentación, si es seria y relevante, no coincide siempre con respuestas que confirman las expectativas: es una

Los sujetos –es decir, las personas concretas, como individuos y como colectividad– de las comunidades deben percibirse y ser los que poseen, manejan, controlan las herramientas que permiten describir, comprender, apropiarse de los conocimientos de sus vidas, para compartir la responsabilidad de tomar decisiones que sean un crecimiento en su autonomía.

exploración de un terreno muy difícil, y muy poblado y controlado por actores y poderes que se oponen con todas las medidas a lo que se quiere averiguar y cambiar.

El listado de palabras que definen este escenario es bien conocido: desigualdad; inequidad; [no] sustentabilidad; [no] accesibilidad; enfermedades como carga económica; [no] evitabilidad de descuidos/abandonos, a pesar de tantas declaraciones de que “*no one should be left behind*” (“no debemos abandonar a los que se retrasan”).

Las palabras clave son compartidas transversalmente en el lenguaje y la literatura médica, política, económica, jurídica: una “santa” alianza muy articulada en sus estrategias. Su característica fundamental, fácilmente enmascarada con los tantos datos que las califican, es la de dar la imagen de conocer y estar al día. No se proponen descripciones *diagnósticas* que no estén planificadas ni tampoco *tratamientos*. Al revés: describen, definen para confirmar que la realidad “global” (aún más cuando se trata de las periferias) no puede modificarse, si no es con “cambios de paradigma”. Que son, *a priori*, imposibles, impensables. Experimentaciones “grandes” de cambio (las únicas necesarias) no están previstas: aun cuando sea en situaciones “ejemplares” y trágicas como la de Grecia, o de los tantos “genocidios”. Las experimentaciones son privilegio de los dueños de los grandes paradigmas.

Es evidente la contraposición con las palabras-clave de la EPICOM. Las marginalidades tienen muy escasos permisos de autonomía y de experimentación. Sus pasaportes de sobrevida y de acción se parecen a los documentos de los “migrantes”: válidos solamente –con restricciones y expulsiones incontrolables– en los casos que coinciden, por lo menos un poco, con los “paradigmas”. La EPICOM se mueve con esta conciencia y en escenarios de este tipo. Bien al día de la creciente dificultad de crear redes y de reconocerse entre actores que persiguen el mismo objetivo. Para quienes siguen creyendo que el “control de calidad” de las democracias son las periferias, EPICOM es en este sentido (cualquiera sea su interpretación en el terreno) una buena oportunidad: o por lo menos una obvia, normal herramienta, ya bien experimentada en muchas realidades. La alternativa propuesta por los poderes es distinta: estar contentos y agradecer por jugar el rol de minorías ejemplares donde los (raros, frágiles) experimentos de cambio son planificados desde arriba, con resultados positivos asegurados, limitados al tiempo del estudio, para confirmar la bondad de las intenciones de los promotores.

Las publicaciones que documentan la efectividad de intervenciones locales con estrategias que no pueden ser replicadas son muchas: se parecen a ejercicios de “relaciones públicas” para

poder afirmar que el global no olvida lo que es local y marginal, a condición de que respete su identidad de “objeto” de intervenciones, y no de sujeto dueño de los recursos necesarios en vista de una autonomía efectiva para el largo plazo.

La historia (publicada en paralelo de la mencionada arriba en los orígenes del GBD) sobre la experimentación de un paradigma original de organización de las estrategias de cuidado en uno de los sectores más típicos del descuido global, la salud mental, es quizás un indicador importante de la permanente y generalizable actualidad de la lógica de la EPICOM. Las “abuelas” de las comunidades de África que actúan como sujetos integrados, autónomos, efectivos, en “servicios” de psiquiatría dicen que las enfermedades pueden ser controladas solamente con una alianza social y cultural que se planifica y se experimenta desde abajo (Bulletin WHO, 2018; 96: 376-77).

Una última nota, importante. Las alianzas desde abajo son imprescindibles. Por cierto, no son suficientes. La experiencia combinada del trabajo en salud y en derechos humanos y de los pueblos documenta uno de los vacíos más evidentes de la situación actual. Los paradigmas invertidos de prioridad –entre la obliigatoriedad de los derechos fundamentales de las personas y de los pueblos y la de las leyes-algoritmos económicos– requieren, para ser contrastados por su pretensión de legalidad-impunidad, una profunda alianza “experimental” entre competencias de derecho (constitucional e internacional) y de economía-finanzas. Salud, en cuanto indicador concreto y muy didáctico de democracia, es uno de los sectores donde esta alianza debería ejercerse sistemáticamente: desde la enseñanza-investigación hasta el monitoreo concreto de lo que ocurre en los países y en los escenarios globales. Una geolocalización-visibilización que ponga nombres, caras, atención, rol de productoras de conocimientos a las tantas comunidades locales que los *big data* hacen desaparecer (para dar derecho de visibilidad y palabra solamente a las “tendencias” de los indicadores arriba mencionados de desigualdades e in-sustentabilidad) puede restituir a los números y a las estadísticas sus raíces, y a las “doctrinas” económico-jurídicas sus términos de referencia.

Es preciso visibilizar los destinos de los sujetos concretos que están “enfermos” y mueren por el diagnóstico “evidente” –a pesar de no estar en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE)– de “ausencia planificada y legal de socorro-cuidado”. Puede ser una de las estrategias útiles a favor de una salud promotora y no solamente producto frágil de una difícil democracia, como permanente metodología de “control de calidad” de los principios-algoritmos *económicos y legales* por parte de la *legitimidad* de la vida de las periferias.

REFLEXIONES SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE PODER POLÍTICO EN EL TERRITORIO POR MEDIO DE LA EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA

FRENTE AL AVANCE DEL PARADIGMA DEL CAPITALISMO FINANCIERO VOLCADO A LA SALUD (CFVS), DEBEMOS ATENDER A NECESIDADES QUE USUALMENTE SON DESDEÑADAS POR EL NEGOCIO Y QUE HACEN A LA CALIDAD DE VIDA, AUMENTANDO LA ORGANIZACIÓN POPULAR Y FORTALECIENDO A LOS ESTADOS.

por **JOSÉ CARLOS ESCUDERO**. Médico sanitarista y sociólogo. Ex Jefe de Estadísticas Vitales y de Salud de Argentina, ex investigador de OMS, ex Profesor Titular de las Universidades Metropolitana (México), UN de Luján y UN de La Plata (Argentina). Convencional Nacional Constituyente (1994). Actualmente Profesor Emérito y Consulto de UNLu, Profesor Extraordinario Consulto de UNLP





Introducción

El sector Salud, que está relacionado tan estrechamente con la vida y con la muerte, tiene a través de este hecho un poder que ningún otro sector social iguala. El sector Educación, por ejemplo, tan imbricado con el conocimiento, la cultura y la organización de la familia, tan generador de legitimidad y creador de subjetividad colectiva, carece, sin embargo, del poder y la amenaza que el sector Salud puede ejercer tan drásticamente sobre la vida de cada individuo y de sus seres queridos.

En las últimas décadas, este gran poder de Salud ha sido muy utilizado por diferentes y, en general, opuestos movimientos sociopolíticos: el Capitalismo Financiero Volcado a la Salud (CFVS) y, en contraposición, agrupaciones político-ideológicas que reivindican a la Salud como un derecho humano no mercantil (MPC), contrahegemónicas al anterior. El creciente interés del capitalismo por valorizar el capital por medio de actividades en Salud puede fecharse con la publicación, en 1993, del texto "Invertir en Salud". Con éste, el Banco Mundial, y luego otras instituciones financiadoras de inversiones en Salud, comenzaron a invadir espacios que pertenecían a las Naciones Unidas y a sus agencias, y en general al entramado internacional jurídico, de derechos humanos y de socorro internacional que los diferentes Estados nación habían creado el último siglo. La premisa fundante de "Invertir en Salud" –y la avalancha de financiaciones, préstamos, endeudamientos, supervisiones, premios o castigos a tecnócratas amigos o enemigos del neoliberalismo, como también la construcción de subjetividad "neoliberalismo *friendly*" que acompañó todo esto– es que no hay contradicción entre la necesidad del CFVS de maximizar su ganancia y la oferta de la mejor salud posible a la población. En cambio, lo que en general postulan las MPCs son soluciones mano de obra y no capital intensivas, una reivindicación del papel rector de los Estados como normatizadores e incluso como prestadores dominantes de servicios y de tecnología/fármacos, y muchas veces reivindican/demandan que los trabajadores de salud sean funcionarios del Estado. Un elemento central de las MPCs es la organización de la comunidad para la Salud, haciendo

que los ciudadanos organizados sean participantes activos y cotidianos del diseño y la implementación de políticas, y no meros individuos aislados que cada dos años votan en elecciones, donde el peso de los medios capitalistas y el diseño individual de mensajes para cada votante, creado por la previa violación de sus datos por grandes organizaciones capitalistas que operan en Internet, vicia los resultados electorales.

Salud como sector que se ocupa de la vida y de la muerte tiene otras ventajas para el capitalismo:

- 1) Los "efectos" de sus causas son muchas veces diferidos en el tiempo. Por ejemplo, la relación causal entre fumar y la aparición de cáncer de pulmón. Esto fue demostrado recién a mediados del siglo XX, cuatro siglos y medio después de la introducción del tabaco en el mundo europeo. De paso, se supo hace poco que la industria tabacalera había descubierto esta causalidad en investigaciones paralelas a las oficiales, pero mantuvo oculta la información ya que afectaría sus beneficios.
- 2) Cuando los ejecutores de actividades de salud son empresas de lucro, pertenecientes al complejo CFVS, suelen facturar a quien termina pagando esas cuentas (en general, el Estado u organizaciones semiestatales) servicios que fueron mayores que los realmente efectuados. Es imposible de auditar este *creative accounting* o *creative billing*, como se lo califica en Estados Unidos, país en el que estas prácticas son muy extendidas y representan una de las causas de los muy altos costos de la Salud allí y de los muy altos beneficios que obtiene el CFVS.
- 3) Un importante intermediario en la Salud son los médicos y otros profesionales. Ellos son socios, económicamente menores pero políticamente muy importantes, del CFVS, al ser manipulados a través de la información médica sesgada o incompleta que reciben por parte de promotores/visitadores pagados por el CFVS, o que directamente entregan a ellos dádivas, si lo que los profesionales recetan o indican beneficia al CFVS, aunque esta elección no sea la más científica, la prioritaria, la más costo/beneficiosa, la más respetuosa de los pacientes.

Se trata de "peinar", en las áreas rurales y urbanas, a la población en sus viviendas, sus espacios de trabajo y de convivencia, escucharla y quizás efectuar in situ, con medios de diagnóstico no invasivos, algunas verificaciones de lo que declaran sobre su salud.

El territorio

La palabra “territorio” ha invadido en los últimos años el mundo de la política y, en parte, el de las ciencias sociales en la Argentina. Se definirá aquí el territorio como un ámbito geográfico donde diferentes fuerzas sociales dirimen una hegemonía, y donde de manera permanente suelen postularse públicamente propuestas para que una de ellas (casi siempre el MPC, el CFVS suele ocultar sus *papers*) gane hegemonía sobre su adversario. Históricamente, el *hegemón* capitalista, imperial, antiindependentista, solía controlar aquella parte del territorio que era urbana (cuanto más urbana, más control tenía). También lo que sucedía en las horas del día. En las guerras nacionales de independencia, como Vietnam, Argelia, Mozambique, Angola, Indonesia, eran los independentistas los que se desplegaban de noche. En las guerras civiles contra un *hegemón* nacional que era a la vez capitalista y estaba financiado/armado por un imperio sucedieron ambas cosas (Nicaragua, Cuba, El Salvador). Dado que hablamos de un país altamente urbanizado como la Argentina, trataremos de hacer consideraciones sobre áreas urbanas, inclusive las de alta densidad y las que puedan concentrar los tramos altos del ingreso. Esto es contrario a la lectura del territorio que analiza solo una fracción del mismo (generalmente la rural, con baja densidad de población, con aglutinaciones extremas de pobreza).

En todas estas áreas urbanas existen problemas de Salud, y necesidades sentidas de Salud, que no son consideradas y cuya satisfacción fortalecerá la legitimidad de la fuerza política que lo haga. Algunas de estas necesidades –principalmente, las referidas a las áreas de la edad y a los afectos– no pueden ser satisfechas por medio de políticas sociales. Pueden descartarse ciertas necesidades de tipo estético, e inducidas por la sociedad de consumo, donde también se despliega la búsqueda de ganancia del capitalismo. Otras necesidades, en cambio, desdeñadas/subestimadas por el CFVS, son centralmente válidas porque mejoran la longevidad, la buena salud, el crecimiento y desarrollo

de niños y jóvenes y la calidad de vida... y son de imperdonable baja prioridad para la actual estructura de toma de decisiones en el sector Salud, porque no maximizan la ganancia del CFVS, porque son mano de obra y no capital intensivas, porque concientizan y aumentan la organización popular, porque fortalecen a los Estados y no al CFVS, porque actúan en favor de las MTS en la “suma cero” de poder entre estas y el CFVS. En estas necesidades se centrará el análisis que sigue.

Un planteo tan absoluto como el del párrafo anterior postula inmediatamente cautelas a lo dicho en general. Los arreglos en la boca con prótesis a las piezas faltantes son muy importantes en un área que es tan central en la estética personal (“la posibilidad de sonreír”); la corrección óptica de problemas en la visión, la quirúrgica en el caso de las cataratas, la colocación de prótesis auditivas ante la hipoacusia, mejoran la calidad de la vida significativamente, aunque no mejoren la morbilidad y no fueran de relativa baja prioridad ante medidas directas contra la mortalidad y sobre ciertas enfermedades. El objetivo de aumento de poder político y de legitimidad puede incluir la satisfacción temprana de estas necesidades tan impactantes aunque sean menos objetivamente prioritarias.

¿Cómo llegamos a relevar, en la población del territorio, necesidades de Salud que deben ser satisfechas, por su importancia intrínseca y porque dan legitimidad? El GPS y los drones son ayudas recientes para conocer el territorio. Estos últimos ofrecen imágenes oblicuas de viviendas, lo que permite conocer, por ejemplo, las características de sus paredes, un dato que no se observa en las imágenes verticales proporcionadas por satélites y fotos aéreas. De todos modos, como termina sucediendo casi siempre, el trabajo humano es fundamental. Se trata de “peinar”, en las áreas rurales y urbanas, a la población en sus viviendas, sus espacios de trabajo y de convivencia, escucharla y quizás efectuar *in situ*, con medios de diagnóstico no invasivos, algunas verificaciones de lo que declaran sobre su salud. En un primer momento, estas tareas corresponderán



a la militancia, ya que ningún *hegemon* va a financiar a quienes están tratando de esmerilarlo. Con el tiempo, a medida que aparezcan los recursos, se dará la posibilidad de tener trabajadores rentados, cuya multiplicación y cuya pertenencia al Estado van a fortalecer el poder de éste para enfrentar a un CFVS globalizado, que está mundialmente en la ofensiva, y que es parte del capitalismo financiero mundial, supremo agente endeudador, desfinanciador y, en general, desestabilizador de todos los Estados nación del mundo que puedan enfrentarlo (tema del cual se harán algunas consideraciones en la próxima sección de este texto).

Una respuesta inmediata del CFVS a cualquier problema de salud es ofrecer prioritariamente algo que le permita ganar dinero, y al frente de esto figura la prescripción de fármacos, que contienen algunas moléculas con patente vigente (si la patente está vencida y la molécula puede entonces usarse en un medicamento genérico, el interés del CFVS desaparece). La alternativa de las MPC a esto es el trabajo humano. A diferencia de la construcción de autopistas o de centrales nucleares, el sector Salud es muy mano de obra intensivo. Los excelentes resultados de la Salud en Cuba se deben, en parte, a la masiva capacitación y empleo de trabajadores de diferentes áreas de Salud. Estas políticas mano de obra intensivas tienen el beneficio económico secundario de que las remuneraciones de los trabajadores se vuelcan en el mercado interno de los países, activando a toda la economía, a diferencia del CFVS, que fuga sus beneficios a paraísos fiscales donde no se pagan impuestos. Los seres humanos son flexibles observadores y operadores en la solución de problemas de Salud, especialmente en la esfera de contención de otros seres humanos sufrientes, los que, por el hecho de sentirse contenidos y considerados, mejoran sus posibilidades de cura. Algunos de los temas mano de obra intensivos a considerar en el territorio pueden ser, en una lista muy inicial: el seguimiento de enfermos crónicos y de discapacitados; las tareas de Salud que deben efectuarse en su domicilio; la ayuda a víctimas de consumo de drogas y de violencia doméstica; los contactos de los enfermos (tanto epidemiológica como humanamente); el ayudar a la práctica de deportes y de actividades grupales; el ayudar eventualmente a bienmorir.

Por último, y para ayudar a la batalla cultural contra medios hegemónicos que son socios del CFVS y que tratarán de desprestigiar todas estas actividades, hay que tener desde el primer momento una estructura de difusión de las tareas que se están emprendiendo, sobre todo de la cantidad de patología que estaba oculta hasta este activo esfuerzo para llevarla a la luz y para atenderla.

Salud mundial: situación y posibles escenarios

En las últimas décadas el capitalismo mundial mutó de ser “productivo” a ser “especulador” y este hecho ha tenido consecuencias en la Salud mundial. El primero creaba mercancías y servicios y los vendía. En esta creación, explotaba a los trabajadores, que le vendían su fuerza de trabajo. Notemos que muchas de las mercancías que este capitalismo creaba favorecían a la Salud de la población: ferrocarriles para mejorar la conectividad, sistemas domiciliarios de agua potable y de eliminación de excretas, vacunas, los primeros medicamentos útiles, la asepsia, instrumentos para diagnóstico y tratamiento de enfermedades. El capitalismo “especulador”, que es el actualmente dominante, obtiene sus beneficios en el movimiento y la especulación de capitales a escala mundial. Este capitalismo no genera subproductos que mejoren la Salud; su funcionamiento la empeora,



como lo demuestra lo sucedido en Argentina desde 2016: mucho más endeudamiento internacional; mucha más fuga de capitales; distribución más regresiva del ingreso; disminución de cobro de impuestos a los ricos; aumento del desempleo; disminución de los salarios y flexibilización del trabajo; desfinanciación del Estado y de sus políticas, incluyendo las sociales. El CFVS es un apéndice sector-específico de todo esto.

El origen de estos cambios en la naturaleza del capitalismo ha tenido hitos como el rechazo de Estados Unidos a los tratados de Bretton Woods (1971), el empapelamiento subsiguiente del mundo con dólares, la serie de maniobras que permitieron a los bancos crear moneda y diseñar complejos mecanismos para valorizarla. Esto ha generado una masa de capital especulativo y “virtual”, que supera varias veces el PBI real del planeta y que genera periódicas burbujas que, al estallar, han provocado sucesivas crisis, como la bancaria que comenzó en 2008 con efectos

que continúan hasta hoy. Para complicar más la situación, varios países han rescatado a sus bancos quebrados con dinero público, retaceando esos fondos a sus políticas sociales, entre ellas los eficientes, universales y desmercantilizados sistemas estatales de Salud. Debido a la pérdida de recursos y al comienzo de la reducción de servicios de estos, la población más rica de los países donde ocurrió esto, que era satisfecha usuaria de los sistemas estatales, ha tenido que contratar seguros privados de Salud, que son administrados y dan beneficios... a los bancos rescatados por los Estados.

La existencia de paraísos/guarnidas fiscales, donde el monto de capitales invertidos en ellos crece aceleradamente (se estima hoy como superior al PBI de Estados Unidos, dos tercios de los cuales pertenecen a empresarios y a sus empresas), es otra amenaza contra la Salud, ya que estos capitales no pagan impuestos y, por consiguiente, desfinancian a los Estados de los que se fugaron, reduciendo, entre muchas otras cosas, sus actividades desmercantilizadas en el sector Salud. Para dar una idea de cómo esto afecta a la Argentina, se ha estimado que el monto de dinero que los ciudadanos argentinos evasores no han pagado como impuestos suma por lo menos el 4% del PBI del país. Si una fracción de esta inmensa cantidad de dinero se gastara en Salud, esto nos permitiría diseñar y poner en práctica políticas de Salud mucho más amplias, activas e inductoras de justicia social en nuestro país.

Retomando un tema enunciado en la primera parte de este texto, estamos viendo una puja planetaria entre los Estados nación, que aparecieron luego del éxito de la Revolución Francesa y de otras revoluciones burguesas, y el capitalismo financiero globalizado, cuyo apéndice, el CFVS, avanza extendiendo la duración de patentes de medicamentos y métodos de diagnóstico en Salud, y ha comenzado a litigar contra Estados nación usado figuras jurídicas como “la disminución de beneficios de las empresas” o la “competencia desleal del Estado si subsidia a su población, o si tiene sistemas de investigación no asociados al capital”. La postulación de una Salud diseñada de acuerdo con los hallazgos de la Epidemiología Comunitaria y puesta en práctica por funcionarios del Estado (con seguridad en sus empleos, que puedan agremiarse y pelear por el monto de sus salarios, que en la Argentina pueden ser varios millones de personas) fortalece a nuestro Estado, a sus políticas de justicia social que son desmercantilizadas, que están beneficiando selectivamente a nuestros pobres y que, eventualmente, pueden ser un elemento central en la defensa de nuestra Nación ante una agresión militar extranjera, que, en un mundo cada vez más convulsionado, es cada vez menos improbable.

En las últimas décadas el capitalismo mundial mutó de ser “productivo” a ser “especulador” y este hecho ha tenido consecuencias en la Salud mundial.

por **JUAN ÁNGEL CANELLA**. *Bioquímico. Ex Coordinador del Comisión de Salud Internacional del Consejo Consultivo de la Sociedad Civil para el Mercosur. Ex docente del departamento de Salud de la UNLaM. Profesor Adjunto Cátedra "Tamizaje y Ciencias del Diagnóstico" - Profesor Cátedra "Bioética y Derechos Humanos". Coordinador de Alames Argentina. Magister de Salud Pública de la UNR/Instituto Lazarte Rosario (tesis en proceso). Miembro de la Red de Bioética Latinoamericana y del Caribe UNESCO. Nodo Buenos Aires. Asesor del viceministro de Salud de la Nación, Dr. Mario Rovere*



CON POLÍTICAS PÚBLICAS ADECUADAS SE PUEDE GARANTIZAR EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A ESTOS PRODUCTOS, HOY MUCHAS VECES IMPEDIDO POR FUNCIONAMIENTOS PROPIOS DE LA MILLONARIA INDUSTRIA FARMACÉUTICA.

DE CÓMO UNA CONDUCTA RACIONAL EN LOS MEDICAMENTOS PUEDE FINANCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA



P articular lapso de la historia estamos atravesando, donde el signo que lo identifica es un expeditivo proceso de concentración de riquezas.

En teoría, esta acumulación es en pos de un crecimiento económico y bienestar social que nunca llega, a pesar de variados tipos de anuncios.

El dominio de las corporaciones transnacionales va marcando el rumbo en la región, junto con un proceso de desnutrición de los Estados, con el fin de conducirlos a una inanición destacada. Conviengamos que los Estados son uno de los pocos organismos que podrían regular y poner cotos a este accionar de los mercados.

El campo de la salud no puede permanecer ajeno a estas circunstancias. Se trata de un campo particular, en el que las biotecnologías, la industria farmacéutica y los seguros de salud conforman un complejo médico industrial financiero, cuyos intereses mercantiles van desplazando el proceso salud-enfermedad desde un sitio de derechos a otro más relacionado con la desenfrenada acumulación de capital. La estrategia para esto se podría resumir en la siguiente frase: La medicalización de la vida, la mercantilización de la salud.

Consideramos que para la Epidemiología Comunitaria las comunidades son sujetos de salud y cuidados, derechos estos que se garantizan como derechos humanos, donde la salud es algo así como una advertencia del recorrido de estos derechos. Por lo tanto, para el reclamo y la lucha por la vigilancia de estos derechos consideramos de extrema prioridad el conocimiento de las arenas de combate de los diversos actores del campo de la salud, en el que la diversidad de objetivos produce una dinámica que atraviesa a la comunidad toda.

En este artículo se intentará realizar una breve descripción de una de las patas en las que se sostiene el mencionado complejo médico industrial financiero asegurador: la industria farma-

céutica. Sin duda, el marco geopolítico generado por la globalización permite a esta industria maximizar sus rendimientos, ya que sus principales actores compran las materias primas por toneladas en los países donde son más baratas, sitúan sus plantas de elaboración donde las reformas laborales son más cómodas y serviles –pagando insignificantes salarios– y venden sus productos por miligramos, fundamentalmente en los países donde la población tiene mayor poder adquisitivo.

En estos días se ha informado una noticia que, de por sí, habla de los montos, riqueza y formas de desempeño a los que está acostumbrada esta industria. El 10 de mayo de 2018, el sitio Fortune informaba que Novartis –laboratorio suizo de fabricación de medicamentos– se había visto involucrado en un escándalo, al hacerse público que Daniels Michael Cohen –abogado y portavoz del presidente de los Estados Unidos– habría recibido 1,2 millón de dólares de aquella empresa con el fin de obtener información sobre la situación política de atención médica de la administración Trump.

Se podría pensar que, más allá de haber conseguido la información deseada, el problema de reputación y la pérdida del dinero abonado tendrían algún tipo de consecuencias, pero si se sigue analizando la información descubrimos que Novartis alcanzó más de 49,1 mil millones en ventas netas globales en 2017. Por lo tanto, el pago efectuado al abogado del presidente de los Estados Unidos solo representa el 0,002% de las ventas netas de 2017 de Novartis. Llevándolo a un mundo más terrenal, si alguno de nosotros gana un sueldo de 40 mil pesos y le da 80 centavos al pibe que nos limpia los vidrios del auto en un semáforo, esa es exactamente proporción de la monedita que Novartis le dio a la administración de los Estados Unidos para obtener información a fin de aumentar sus ganancias (puede verse más del artículo en: <http://fortune.com/2018/05/10/novartis-cohen-payment-facts/>).

La Epidemiología Comunitaria es la herramienta necesaria para contraponer la mirada ligada a la salud como derecho humano y desplazarla de la representación mercantil.

Situación en la Argentina

En el año 2017, en el país se registró un aumento en la facturación total de la industria farmacéutica de 26,9% respecto del año 2016. El incremento se debe a un crecimiento observado en la facturación de producción nacional (25,3%) y también en la reventa local de importados (31,3%, siempre según la información oficial: https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/farm_03_18.pdf). Los datos de facturación no incluyen el IVA y corresponden a precios corrientes de salida de fábrica.

Siempre que se dan cifras, es conveniente mostrar algún otro parámetro que, por comparación, sirva para proporcionar una referencia concreta más allá de los números. Por ejemplo, si tomamos el dato de que en 2017 hubo un 25% total de inflación, es fácil notar que la industria facturó por encima de la inflación. El escenario económico es un tema que marca una disfuncionalidad de los presupuestos. Se votan presupuestos con un supuesto marco y después la descontrolada inflación, tanto como el aumento de la divisa norteamericana –en un sistema de salud con un alto porcentaje de insumos importados– desvanecen la pequeña diferencia que puede haber en el incremento de un presupuesto a otro.

En el escenario que plantean estos dígitos, sumado a la disminución de medicamentos que se entregaban –tanto en el programa Remediar como los que se concedían por medio del PAMI–, es racional imaginar que, en estos años, los ciudadanos han tenido que pagar de su propio bolsillo un porcentaje mayor por el importe de sus medicamentos.

Como vemos, las ganancias son algo más que abultadas, lo cual no estaría mal si no estuviéramos hablando de un producto que tiene por objetivo eliminar dolores y sufrimientos, con la intención última de favorecer el buen vivir.

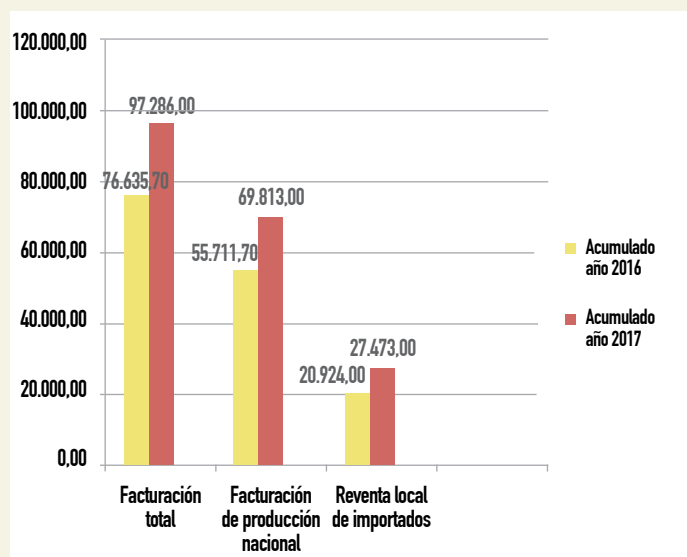
El medicamento como bien social requiere garantías de accesibilidad y alcance universal para existir. Si el Estado no cumple su función, el medicamento es un bien inexistente, ficticio. No podemos verlo como un panorama viable, más cuando sabemos que, en general, los oferentes de este mercado se destacan por inventar y cronificar enfermedades, modificar los límites diagnósticos, financiar y premiar a médicos que recetan sus productos, financiar y organizar a pacientes para que reclamen por medio de ONGs, invertir grandes sumas en publicidad y marketing y establecer precios altos en función de patentes y derechos de propiedad intelectual, así como también, desarrollar productos solo con “buenos” mercados y excluyendo enfermedades.

Sin dudas, la principal barrera para la accesibilidad está en el importe de venta, por lo que es necesario saber cuáles son las distintas variables formadoras del precio final del medicamento, ya sea para el consumidor o para el sistema de salud: el precio del fabricante; los márgenes de distribución mayorista y minorista; los impuestos, entre otros.

Hay una serie de grandes empresas farmacéuticas que basan su modelo de ejercicio en la constante presentación de nuevos medicamentos, por lo que suman a su estructura de costos aquellos debidos a investigación y desarrollo (I+D), junto a los costos relacionados con la propiedad intelectual, más los costos de la publicidad que da a conocer estos nuevos productos.

Este último rubro tiene cada vez mayor peso en la formación del precio final del medicamento: Según la agencia de investigación *GlobalData*, nueve de las diez grandes empresas farmacéuticas gastan más dinero en marketing que en I+D.

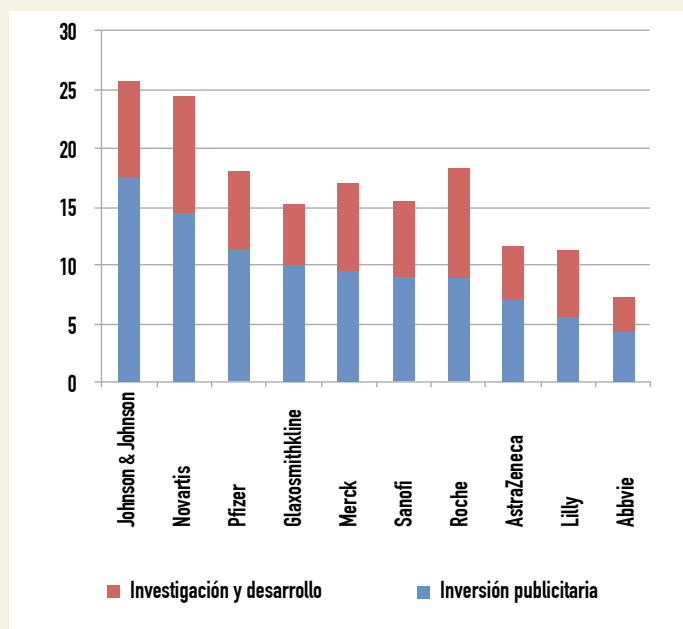
Gráfico 1. Industria farmacéutica, facturación acumulada anual. Año 2016–2017



Fuente: Indec

–Industria Farmacéutica – 2017

Gráfico 2. Millones de dólares de inversión publicitaria (en azul) e Investigación y desarrollo (en rojo)



Es imprescindible realizar un control con el objetivo de regular la promoción publicitaria de la industria farmacéutica, con estándares de calidad, que contribuya a la utilización racional de los medicamentos. Como ha mostrado el estudio “La publicidad de medicamentos en Argentina: ¿Respetan las normativas vigentes?” (Ravetti S., Montes de Oca M., Higa VM., Paraje MG de la Universidad de Córdoba), hoy el cumplimiento de los requisitos mínimos de información sobre estos productos es menor del 50% y la mayoría de las veces se hace con letra ilegible.

No es esta la única acción posible para controlar y disminuir los gastos ocasionados por la industria farmacéutica. No es una cuestión de costos, sino directamente de precios.

Resulta imprescindible escuchar los comentarios de los pocos funcionarios que tomaron este problema y lo pusieron en agenda, sin perder de vista sus funciones y sus principios. El doctor Federico Kaski, por ejemplo, quien fuera secretario de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud, suele recordar un capítulo de las políticas llevadas a cabo por ese organismo público, del que formó parte durante la gestión de Daniel Gollán.



Compra conjunta de medicamentos - Unasur/Mercosur

Durante el año 2015, nos recuerda Kaski, se llevó a cabo un proyecto regional de compra conjunta de medicamentos. La propuesta surgió en una reunión de Mercosur, pero luego se extendió la participación a los miembros de la Unasur y a algunos países del resto de América que se mostraron interesados.

A modo de prueba del mencionado mecanismo de compra, se propuso la adquisición de ocho medicamentos a realizarse en dos etapas: en primera instancia la compra de *darunavir*, *sofosbuvir*, *daclatasvir* y *simeprevir*, y en segundo término *trastuzumab*, *rituximab*, *etravirina* y *raltegravir*. Los medicamentos de la primera etapa fueron antivirales para el tratamiento del VIH y la hepatitis C, mientras que los de la segunda etapa fueron productos biológicos monoclonales. Todos ellos tienen en común el elevado precio.

Estos medicamentos son utilizados para el tratamiento de diferentes enfermedades, la mayoría de ellas graves, y se engloban dentro de un grupo de medicamentos que se denominan a nivel mundial como medicamentos de alto costo. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha podido demostrar que el costo de producción de dichos medicamentos no es verdaderamente elevado. Se pudo observar que gran parte del valor de venta de los mencionados medicamentos depende de los enormes gastos en publicidad y marketing que las empresas invierten para competir en el mercado de medicamentos. También sirve para aumentar el precio de los medicamentos el hecho de que se trata de fármacos necesarios para la sobrevivencia o el tratamiento de enfermedades que no tienen otros fármacos disponibles, es decir, hay escasa competencia y una necesidad vital, lo que los vuelve sumamente valiosos.

El mecanismo para llevar a cabo la compra conjunta implicó la creación de un Comité Ad Hoc que se encargó de convocar y llevar adelante las negociaciones con los distintos laboratorios. Además, contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que puso a disposición el Fondo Estratégico. Dicho fondo consiste en una herramienta de compra de medicamentos que la OPS realiza utilizando dinero que le transfieren los países miembros y a través del cual se adquieren algunos de los medicamentos que se encuentran en el listado de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud. A través de este mecanismo, la OPS adquiere estos medicamentos, provistos muchas veces por laboratorios productores de la India, a precios muy accesibles para los Estados miembros, que compran estos fármacos en volúmenes importantes. La utilización

del Fondo Estratégico de OPS permitió facilitar las transacciones implicadas en la compra conjunta, dado que resultaba sumamente complejo realizar una compra que permitiera unificar la demanda y la modalidad de contratación permitida en todos los países que formarían parte de la transacción.

Es importante destacar que, a fin de llevar adelante el proceso de negociación y compra conjunta, todos los países participantes convinieron algunos puntos fundamentales para la concreción del proceso. Se acordó:

- ▶ Trabajar con un precio único para todos los países para cada ítem negociado.
- ▶ El precio techo-referencia sería el menor precio existente en la región para cada ítem negociado.
- ▶ Los países participantes adoptarían este mecanismo y adquirirían conforme a los resultados del proceso negociador, no estableciendo negociaciones paralelas para los productos seleccionados, salvo para garantizar el abastecimiento provisional hasta la conclusión del proceso de compra.

El proceso de compra conjunta también debió contemplar la problemática de aquellos medicamentos que tenían patente vigente en alguno de los países involucrados. Para esos casos, se acordó realizar una compra desdoblada: adquirir del laboratorio dueño de la patente solamente las cantidades requeridas por el país con vigencia de la patente y, por otro lado, adquirir al menor precio el resto de las cantidades demandadas. De esta manera los países evitarían infringir sus leyes de propiedad intelectual, participando de los mecanismos propuestos para la compra conjunta.

Para llevar a cabo el proceso de compra conjunta hubo una serie de pasos a cumplir por parte de todos los Estados participantes. El primer paso fue la consolidación del total de tratamientos requeridos por cada país para cada uno de los fármacos. Es decir, cada país realizó un relevamiento de las cantidades requeridas y luego se consolidó un volumen total de compra; esa sería la cantidad total a adquirir a través de la compra conjunta. Cabe destacar que esta fue una de las principales herramientas de negociación del precio por dos motivos: por un lado, el volumen total de compra obviamente era mayor al volumen de compra de cualquiera de los países por separado. Por otra parte, para las empresas farmacéuticas que tenían que ofertar implicó negociar el precio a riesgo de perder la posibilidad de venta de su producto a todos los países que formaban parte de la negociación conjunta, dado que una de las condiciones aceptadas por todos los países fue la de no realizar negociaciones paralelas a esa compra.

Luego de la etapa de consolidación del total de tratamientos, siguió un período de negociación con las empresas de la industria farmacéutica, lo que se llamó rondas de negociación. Estas consistieron en entrevistas individuales de cada laboratorio con un grupo de representantes de los países integrantes en la compra conjunta. En dichas reuniones se hacía uso de los precios de referencia, tomando en cuenta el mejor precio de adquisición de la región.

Sirve como ejemplo de lo significativo que resultó este procedimiento de compra lo ocurrido con el *sofosbuvir*. Dicho medicamento había sido adquirido recientemente por Brasil, en un importante volumen, a un precio de 6.900 dólares el tratamiento. Al sumar las necesidades de Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela se consolidó una demanda de 2.558 tratamientos. Dado que en Argentina existía un laboratorio productor de un genérico del *sofosbuvir*, la negociación habilitó la oferta de este laboratorio, el cual para ingresar en este importante mercado ofertó por un valor de 1.500 dólares el tratamiento. Es importante destacar que esta oferta corresponde a 17,8 dólares el comprimido, el cual es un excelente valor para un medicamento que en algunos países, como Estados Unidos, se vende a sumas cercanas a los 1.000 dólares el comprimido.

El ejemplo del *daclatasvir* también resulta interesante, por tratarse de un medicamento con un único oferente, el laboratorio Bristol Mayer Squibb, lo cual ubicaba a esta empresa en una posición dominante para la negociación. Este mismo laboratorio había realizado una oferta por este medicamento al Estado argentino de 52,87 dólares por comprimido. Sin embargo, la negociación para la compra conjunta, con el riesgo para el laboratorio de no poder vender el producto en todos los países involucrados, resultó en una oferta que igualaba el precio de referencia, proveniente de la última compra realizada por el Estado de Brasil, equivalente a 30,36 dólares el comprimido.

Como podemos advertir, a través del detallado informe que Federico Kaski difunde, es necesario también observar la importancia de los organismos tales como Mercosur y Unasur, que no por casualidad los gobiernos neoliberales de la región tratan por todos los medios de invisibilizar y en lo posible arrasar.

Este tipo de escenario planteado por la industria farmacéutica se asocia de manera directa con el proyecto que propone el Banco Mundial sobre la Cobertura Universal de Salud (CUS). Sin duda alguna, a esta altura, podemos al menos conjeturar que el Banco Mundial juega un rol de actor epidemiológico. La

Epidemiología Comunitaria es la herramienta necesaria para contraponer la mirada ligada a la salud como derecho humano y desplazarla de la representación mercantil. Esta epidemiología es austera, pudiendo operar con pocos fondos y siendo útil en la especificidad de la documentación de datos sobre las verdaderas necesidades comunitarias en el proceso salud-enfermedad. Con algo de control sobre los fondos que utiliza la industria farmacéutica podría fortalecerse el importante rol que cumple este enfoque.

El medicamento como bien social requiere garantías de accesibilidad y alcance universal para existir. Si el Estado no cumple su función, el medicamento es un bien inexistente, ficticio.

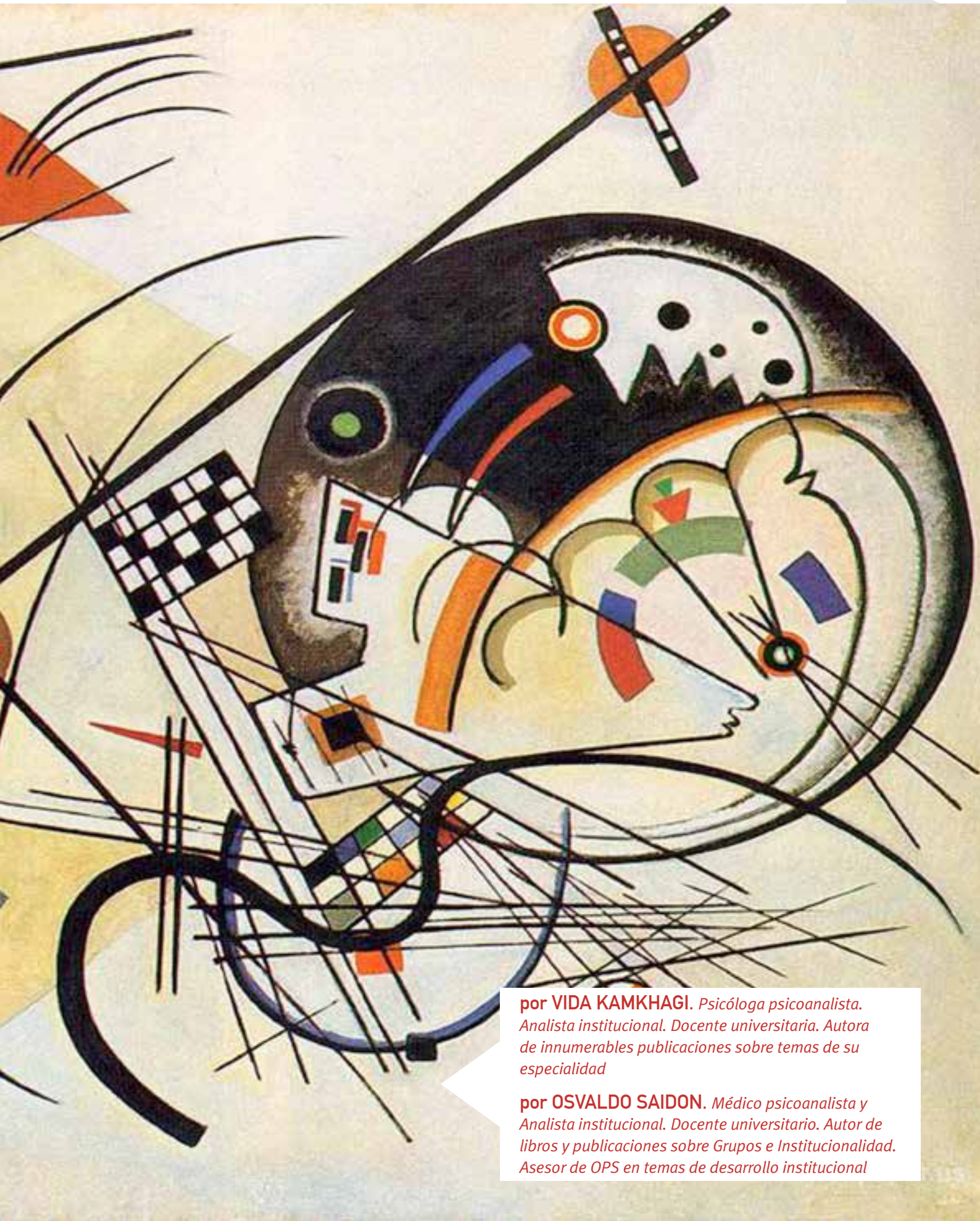


LA DUREZA DEL CONTEXTO
ACTUAL GENERA TEMORES,
FRUSTRACIONES E IMPOTENCIAS.
¿CÓMO ABORDAR ESTO DESDE
LA PSICOLOGÍA SOCIAL, PARA
RESTAURAR LOS VÍNCULOS
AFECTIVOS QUE AYUDAN A
SOSTENER LA SALUD PSÍQUICA?

GRIETA Y SUBJETIVIDAD, UNA CLÍNICA



C) ArtsDot.com - Wassily Kandinsky



por VIDA KAMKHAGI. *Psicóloga psicoanalista. Analista institucional. Docente universitaria. Autora de innumerables publicaciones sobre temas de su especialidad*

por OSVALDO SAIDON. *Médico psicoanalista y Analista institucional. Docente universitario. Autor de libros y publicaciones sobre Grupos e Institucionalidad. Asesor de OPS en temas de desarrollo institucional*

“Tela vacía, guardando el silencio, indiferente, casi imbécil. En realidad llena de tensiones, con mil voces bajas, plenas de expectativa. Un tanto asustada pues se puede violarla más dócilmente. Un tanto asustada, pues se quiere algo de ella. Ella sólo pide gracia. Puede sustentar todo, pero no puede soportar todo. Fortalece lo verdadero pero también lo falso. Devora sin piedad el rostro de lo falso. Amplifica la voz de lo falso hasta el grito agudo, imposible de soportar”.

Wassily Kandinsky, “Tela vacía” -1935-, Cahiers d’Art

Estas reflexiones de Kandinsky se nos aparecieron cuando buscábamos atrapar el espíritu, el mundo interior, que deberían expresar los dispositivos clínicos que proponemos.

El silencio de la sesión, que anticipa el comienzo de un grupo de terapia, adquiere una potencia expresiva desde esta perspectiva. El genio del pintor nos dice más adelante, refiriéndose a la tela: “Curvada, libre, vibrante, que evita, que cede elástica, aparentemente indeterminada como el destino que nos espera. Podría ser de otro modo pero no lo será. Duro y blando”.

Las combinaciones de ambos, lo duro y lo blando, en la clínica ampliada, posibilitan la gestación de momentos, encuentros, dispositivos, que nos permiten sostener un pensamiento y una acción que nos arroje a la posibilidad de pasear por un mundo antes desconocido. Esto se nos presenta como un modo posible de no dejarse atrapar en el resentimiento y la amargura.

La restauración de proyectos económicos neoliberales, junto a políticas autoritarias y de penalización y judicialización de la protesta social, llevan a amplísimos sectores de la ciudadanía a una actitud temerosa, acompañada de frustración e impotencia, que tiene consecuencias devastadoras no solo en la salud psíquica sino, sobre todo, en el modo en que son afectadas las vinculaciones.

Una gran discusión en la sociedad argentina, que en los últimos años del kirchnerismo se conoció y se difundió con el nombre de “la grieta”, se ha venido incrementando cada vez más. El gobierno actual, en nombre de la lucha por la restauración de

una política de libre mercado y una denuncia del populismo y la corrupción en el Estado, ha incrementado la grieta hasta tal nivel de patetismo, que intenta justificar todos los problemas y las tragedias que ocurren en sus dos años largos de gobierno como causas derivadas de lo que llaman “la pesada herencia”.

En la práctica clínica nos preguntamos, entonces, cuáles serían los dispositivos, la actitud de escucha y las intervenciones, que intenten instalar una conversación, un pensar, un sentir, evitando quedar atrapados en esta amargura y rivalidad inconducen-tes que vemos instalarse en los grupos de amigos, en las familias y entre los compañeros y colegas de trabajo.

La sensibilidad por el otro y sus dolores y alegrías se ve afectada.

Compañeros, o parejas de trayectoria común, ven invadida su cotidianidad con un alto grado de hostilidad. Esto sucede por ejemplo en relación con la amenaza de la pérdida de trabajo o con la realización de proyectos comunes.

Todo esto repercute afectando los vínculos afectivos y libidinales que podrían ser los soportes para estos momentos.

Pasaremos a describir algunos ejemplos clínicos. Pero antes, resulta necesaria una observación: para nosotros es importante estar atentos a nuestra implicación o sobreimplicación al pensar en estas situaciones clínicas, evitando caer nosotros mismos en la queja y en la impotencia.

“Piensen cuanto puedan o cuanto quieran, es un excelente hábito. Pero nunca piensen delante del caballete”, decía Kandinsky.

Ejemplo 1: Carolina. Vive en pareja hace ocho años y juntos tienen un hijo de cuatro.

Hace un tiempo, su marido comenzó a ejercer violencia verbal hacia ella con agresiones y descalificaciones que anulan cualquier decisión que Carolina pueda tomar. La situación económica de la pareja es crítica y ella debe aceptar la ayuda de su madre. El malestar va aumentando y la violencia también. La crisis se hace insoportable y comienzan los planteos de separación. Luego de una breve separación vuelven a estar juntos. Al recomenzar las descalificaciones por parte de su pareja, ella comienza a asociarlas con las que sufría por parte de su madre en su adolescencia. La angustia hace síntoma en el cuerpo cuando sufre una erupción en el rostro (es actriz) de difícil diagnóstico, que se mantiene por varios meses.

Podríamos interpretar estos síntomas solamente dentro del espectro neurótico.

Cuerpo, mente, mundo exterior. Ante la pregunta sobre cuándo comenzaron las agresiones, ella responde sin dudar: “Hace dos años”. Y relata que él no se conformó con el cambio de gobierno. Él dice que nadie entiende el desastre que se está viviendo. Que ni ella, ni su familia, ni sus amigos pueden ser interlocutores. Solo puede hablarlo en su espacio psicoanalítico.

El temor y el resentimiento aparecen al interior del vínculo, en lugar de expresarse en la escena social. Lo público se vuelve íntimo porque derrama el malestar y la hostilidad en el escenario de las pequeñas diferencias diarias de la pareja.

Ejemplo 2: María. Tiene un hijo de un matrimonio anterior y está en pareja con un hombre que es hijo de desaparecidos.

En este caso, al igual que en el anterior, se produce una inusitada violencia en los intercambios verbales de la pareja y un malhumor creciente por parte de ambos.

En un momento, aparece en la sesión por parte de la terapeuta el siguiente parlamento: “Vengo escuchando estas cosas”.

En estos casos, pareciera que la fragilización y la vulnerabilidad es más expresada por los maridos, mientras que las compañeras, frente a las amenazas de pérdida de trabajos y dificultades económicas, elaboran diversas estrategias para generar y sostener proyectos vitales y un ambiente menos hostil.

En el caso de María, la reflexión acerca de que algo puede estar pasando más allá de su pequeño mundo, abrió un canal de conversación con su pareja y le permitió tomar distancia y no sentirse la destinataria del maltrato en los momentos en que ocurría.

Ejemplo 3: Juana. Se muestra indignada al relatar que su padre, de importante trayectoria académica, “enloqueció”, en sus palabras.

No se habla con amigos de toda la vida, está enojado con familiares que votaron por el nuevo gobierno. Se aísla más en su casa, pero está muy en contacto con aquellos que reconoce afines a su pensar político. Es el exponente de un lado de la grieta. Su hija trata de reconciliar los vínculos, tarea para la que se siente cada vez más impotente.

La sensibilidad por el otro y sus dolores y alegrías se ven afectadas. Compañeros, o parejas de trayectoria común, ven invadida su cotidianidad con un alto grado de hostilidad.

“Podría estar políticamente cierto”, dice, “pero trata de un modo tan enojoso y excluyente sus vínculos, que lo ha llevado incluso a pelearse y negarse a la palabra con su médico y amigo de toda la vida”. La depresión, la desilusión, la desesperación, son diferentes modos de nombrar las sensaciones que acompañan a muchos pacientes en la consulta cuando ven afectado su cotidiano en los procesos de restauración neoliberal que impulsan hoy los poderes de Estado en nuestra región.

Elegiremos el término “desasosiego”, al que Fernando Pessoa, en su obra, supo darle una entidad, un modo en que se expresa nuestra trayectoria existencial en ciertas épocas.

Una clínica ampliada es la que procura los modos que permitan expresar la complejidad de estas afectaciones.

Se trata de poder ir armando una cartografía que vaya dando cuenta de aquello que es propio de nuestra historia y lo que es producto de las composiciones entre nuestra voluntad y las del poder político de la época. Los coreógrafos de esta danza podrían ser Maquiavelo y Spinoza.

Hemos visto cómo la resistencia individualista y solitaria, propia de la web en esta época, lleva a un discurso rumiante y a una impotencia creciente.

Otro tipo de resistencia, llamémosla asamblearia, del cuerpo a cuerpo, encuentra por momentos una subjetividad expansiva en los diversos colectivos que hoy en la Argentina se expresan en multitudinarias manifestaciones casi a diario.

La calle está buena, se empieza a escuchar; cuando antes era solo la calle está triste, está hostil, está violenta y gris.

Una psicología social de época no puede dejar de preguntarse acerca de los afectos y las percepciones que se movilizan en estas vinculaciones.

¿Dónde explorarlas? ¿Dónde investigar las concepciones, las novedades y las repeticiones que estos agrupamientos expresan? Muchas veces, sin embargo, una cierta ingenuidad y seducción por la espectacularidad, en un cuerpo fragilizado y disminuido de experiencias más consistentes, desemboca en la desilusión o el desasosiego que nos invade.

Hoy, en la propuesta neoliberal, vienen juntas una búsqueda frívola de felicidad y una amenaza implícita de la caída definitiva del sistema. Esta dupla instala una sospecha, una paranoia que debilita a los cuerpos.

En los análisis institucionales y de grupo, vemos cómo la desconfianza es un sentimiento predominante y favorece la profundización de la grieta y los dogmas.

Estamos demasiado pegados a la coyuntura, en una especie de agujero negro que no nos permite ir más allá en la imaginación política y la búsqueda de belleza. Quedamos así atrapados en la

agenda que diariamente nos proponen los medios de información. Hemos visto que el entrecruzamiento entre las acciones micro-políticas y macropolíticas son engañosas. Ellas son líneas que solo se cruzan en fugaces momentos donde algo se inventa. Por citar rápidamente dos ejemplos de nuestra realidad, las Madres de Plaza de Mayo en los '80 y el movimiento Ni Una Menos en la actualidad.

Desarrollar actividades lúdicas y teatrales en las asambleas y los grupos de análisis institucional nos ha permitido retomar un humor que parecía perdido en las profundidades de la razón a las que las fallidas relaciones con el Estado nos conducen. Pessoa nos dice esta bella frase en el *Libro del desasosiego*: “Pasar de los fantasmas de la fe a los espectros de la razón no es más que ser cambiado de celda” (fragmento 458).

A esta altura, es necesario decir que en esta psicología social clínica que intentamos, ni la fe ni la razón nos sirven para salir de la encrucijada. El fracaso está a la puerta; pero al fracasar una y otra vez, vamos afianzándonos en un cuerpo menos vulnerable, menos victimizado, y con la expansión que da saber que hay miles de otros al lado y en otros lados. La indeterminación, entonces, más que soportable es una potencia posible.

Pensando en las viñetas clínicas anteriores, el entusiasmo que genera la acción colectiva permitiría abrir el pequeño grupo familiar. Este hace del desasosiego un escenario neurótico y genera batallas sentimentales donde aparecen la impotencia y la pobreza deseante, articuladas tristemente con la precariedad económica y libidinal predominante en este momento.

Los grupos terapéuticos, las redes, los grupos de Facebook, han sido atravesados por esta problemática. Se trata de reconstruir la conversación y la palabra en una situación donde estamos atrapados todos, entre lo que se puede decir y lo que no conviene decir. La presencia de la sospecha, el espionaje de las redes, el anonimato o la exposición son un desafío para una clínica de la franqueza, para una práctica parresíaca.

Citaremos, por fin, a **Rosa**, una médica de 65 años. Identificada con el gobierno anterior, ella se pregunta cuándo va a acontecer algo diferente a este arrasamiento que estamos viviendo.

“¿Cuánto tiempo de vida me queda?”. “¿Qué es la vida?”

Trabajar tanto...

Termina concluyendo que tal vez tenga que ocuparse más de su familia, de sus nietos, de sus proyectos, como modo de revivir su producción deseante.

Menciona por último la frase que Voltaire pone en la boca de su protagonista Cándido, después de sus interminables gestas, heridas y travesías: “Hay que cuidar el propio jardín”.

Cándido, después de enfrentar las batallas más diversas, reco-

rrer el mundo con ideologías de todo tipo y época, de haber dado todos los combates, herido, moribundo y reviviendo para entrar en otra lucha, apoyándola fervorosamente, finalmente resuelve retirarse a cultivar su propio jardín.

En su análisis sobre esta obra, Roland Barthes nos señala las tres bonanzas que nos muestra Voltaire:

- 1) Haber vivido en su época para sobrellevar los horrores.
- 2) Olvidar la historia. “Para ser felices, Voltaire ha suspendido el tiempo”.
- 3) El viaje, la búsqueda de lo exótico. “El viaje te confirma, no te transforma”.

Para Cándido, no hay otro sistema que el odio del Sistema. Voltaire ha fundado el liberalismo con sus contradicciones: “Destruyamos al infame, es decir, al Dogmatismo”. El devenir es enfrentado huyendo, en una línea de fuga que lo confirma en su propio individualismo.

La grieta a la que aludimos desde el principio acaba interviniendo en los vínculos familiares. En más de un caso, padres e hijos, hermanos y amigos ya no se reconocen en los estereotipos familiarizados y en su modo de insertarse socialmente. El grupo interno se ve afectado. Es una invasión del área 3 que, si antes no podía ser reconocida, ahora pasa a ser abusiva, tiñéndolo todo, hasta los actos mas íntimos.

Carolina, reflexionando sobre el modo en que procesa su marido su amargura y su malestar, comenta: “Él no va a ninguna marcha, no participa en ningún espacio político, no habla con nadie, solo lo hace en su espacio psicoanalítico. No discute ni con la familia ni con sus amigos estos temas”.

Su resentimiento es descargado exclusivamente en su pareja, hasta llegar a situaciones de maltrato.

Hoy, en la clínica grupal, vemos desplegar ciertos dispositivos y modos de conversación que tratan de evitar que el grupo se identifique en espejo con la sociedad y con la ferocidad que se manifiesta en las discusiones.

Lo mediático ha hecho de esta ferocidad y estas actitudes tormentosas más *borderlines* que histéricas, un espectáculo con el que infecta de improprios y frases hechas todos los programas periodísticos.

En el análisis institucional que llevábamos adelante en una organización de derechos humanos hemos visto cómo se precisó silenciar de cierto modo la discusión política para permitir emerger y procesar la angustia que estaban viviendo sus miembros.

Darle lugar al desasosiego, cultivar nuestro jardín y estar prontos a lo nuevo que nos anuncia la tela vacía, son algunos de los desafíos a los que una psicología social clínica nos convoca.



por **DÉBORA TAJER**. Licenciada y Doctora en Psicología (UBA), Magister en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO/CEDES), Profesora Adjunta a cargo Cátedra Introducción a los Estudios de Género y Profesora Adjunta Regular Cátedra Salud Pública/Salud Mental II de la Facultad de Psicología UBA. Fue Coordinadora General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES (2001/02). Ha realizado consultorías para la OPS, OMS, RSMLAC, UNFPA, CNM, DGMuj del GCBA, entre otros. Participó como Experta en la Red de Conocimiento sobre Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS



**MUERTA POR
ABORTO
CLANDESTINO
LUISA**



EN EL MARCO DEL ACTUAL DEBATE, SE PROPONE AQUÍ UNA REFLEXIÓN A PARTIR DE UNA CERTEZA: LA ILEGALIDAD DEL ABORTO VOLUNTARIO ES UNA CUESTIÓN DE FALTA DE DERECHOS PROPIA DEL SUBDESARROLLO E IMPACTA EN LA SUBJETIVIDAD DE LAS MUJERES.

EL ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Contexto político

Nuestra sociedad se encuentra en pleno debate en la actualidad acerca de la despenalización y legalización del aborto. Surgen muchas preguntas y debates acerca de su razón política. Porque el gobierno “de ahora” lo promueve, porque el gobierno de “antes” no. ¿Es una cortina de humo? ¿Es un reclamo legítimo del movimiento de mujeres? ¿Es una deuda de la democracia hacia las mujeres? ¿Podemos tomar aprendizajes de cómo han sido estos procesos de legalización en otros países del mundo, en especial de los más cercanos en geografía, cultura y tiempo, como Uruguay y México DF?

Situación sanitaria

Desde el punto de vista sanitario, podemos decir que el gobierno “de antes” promovió un escenario de avances de leyes que aumentaron la calidad ciudadana en salud en términos de la agenda de género, entre las cuales podemos enumerar por su cercanía al tema en discusión: ley 26.618/10 - Matrimonio igualitario; ley 26.485/09 para Prevenir, asistir y eliminar todas las violencias contra las mujeres; ley 26.743/12 - Identidad de Género; ley 26.862/13 - Reproducción asistida; ley 26.657/10 - Salud Mental, y la Guía técnica para el aborto no punible (2010), que es la recomendación para el sector salud para implementar el campo que se abre luego del fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia que interpreta el artículo 86 del Código Penal como causal legal a toda violación.

De hecho, todo este avance legal generó un cambio muy importante en relación a la realización de abortos legales por tres causales desde el sistema sanitario, aun cuando el aborto voluntario todavía no es legal en nuestro país.

En el primer nivel de atención pública, se implementaron en principio consejerías pre y post aborto que luego cambiaron su nombre por consejería en opciones, siguiendo el modelo de reducción de daño. Luego los equipos interdisciplinarios que incluían Medicina General comenzaron a asistir abortos legales con medicación (Misoprostol) y, en algunos casos, con el método de aspiración (AMEU). Estxs profesionales se agruparon progresivamente en la Red de profesionales por el derecho a decidir. El problema empezó a acontecer –y continúa aconteciendo– en la dificultad de contar con prestaciones del segundo nivel de atención, en el cual los servicios hospitalarios de ginecología y obstetricia se encuentran abarrotados de objetorxs de conciencia. Salvo algunas experiencias aisladas como la Maternidad Carlotto de Moreno, en provincia de Buenos Aires, algunxs efectores de Rosario y Santa Fe y provincia de Chubut, el panorama sigue siendo de ampliación de derechos desde el primer nivel y vulneración de los mismos por el segundo nivel, con el cuerpo de las mujeres como escenario del conflicto.

En la Argentina –y en la mayoría de los países de la región, con excepción de Cuba, Costa Rica, Uruguay y una ciudad como México DF– hablar de aborto y subjetividad es hacerlo en contextos de ilegalidad.

Abortar en circuitos clandestinos genera efectos psíquicos terribles, no por la práctica, sino por la clandestinidad.

Aborto y campo de la salud mental

En la Argentina –y en la mayoría de los países de la región, con excepción de Cuba, Costa Rica, Uruguay y una ciudad como México DF– hablar de aborto y subjetividad es hacerlo en contextos de ilegalidad. Esto implica decir que no hay una sola relación entre aborto y subjetividad, y este texto se referirá a lo que acontece en países como el nuestro, donde el aborto voluntario es ilegal y solo es legal por tres causales, que son: 1) la violación de la gestante; 2) el riesgo de vida de la misma, y 3) el riesgo para su salud.

Uno de los problemas que tenemos es que incluso para las causales de aborto legal o ILE, existen diversos modos de vulneración de ese derecho. Uno de ellos es la objeción de conciencia de lxs profesionales de la salud y otro, la judicialización. Este último obstáculo consiste en hacer ingresar al circuito de la Justicia lo que es una práctica médica legal que no necesita ningún permiso adicional. Judicializar en una gestación equivale a complicar la posibilidad de la intervención en estadios en los cuales el riesgo de vida y salud de la gestante aumentan.

Estas causales legales, sin bien inscriben a la práctica como un problema de salud pública, excluyen una variable de alta importancia para el campo de la salud mental, que es la autonomía. Por lo tanto, en nuestro país, cuando se sortean los obstáculos señalados se puede abortar legalmente, pero nunca porque una mujer quiera hacerlo.

Es desde este escenario que hablo en el campo de la subjetividad, no en cualquier otro escenario. No estoy hablando de Canadá, no estoy hablando de Cuba, no estoy hablando de Inglaterra. Estoy hablando de Argentina en estas condiciones.

¿Cuáles son los impactos en la subjetividad de vivir en un país en el cual el aborto es ilegal o legal solamente por estas causas? Yo voy a dividir en dos lo que les quiero contar. En la primera parte, voy a presentar mi postura personal frente a la situación y cómo cambió, y en segundo lugar, cuál es el impacto en la subjetividad en general de los contextos de ilegalidad/ clandestinidad y qué pasa con lxs profesionales de la psicología en relación con esta problemática.

En relación con mi postura personal, claramente percibo que, hace unos quince años, experimenté un viraje con respecto a cómo yo miraba esta cuestión. Desde que tengo memoria, siempre estuve a favor del aborto legal y voluntario, pero hace un tiempo me di cuenta de que yo tenía “colonizada” mi cabeza, incluso cuando estaba a favor. ¿Cómo me di cuenta? Precisamente, porque cuando hablaba de este tema tenía mucho cuidado de no herir susceptibilidades y creencias. Entonces decía: “Bueno, no sé qué van a pensar ustedes”, que “según la creencia”, y todo este tipo de cosas. Pero me pasó algo que me demostró que estaba bastante errada y que mi cabeza estaba convencida y colonizada al mismo tiempo. Me invitaron a una reunión en un lugar bonitísimo en un palacio en Italia, que pertenecía a la Fundación Rockefeller, en Bellagio, frente al Lago Di Cuomo. El encuentro había sido organizado por la revista *Reproductive Health*

Matters y versaba sobre la articulación entre las Reformas Sectoriales en Salud y la Salud Sexual y Reproductiva. Una de las exposiciones –había gente de todo el mundo– fue realizada por una abogada irlandesa. En Irlanda, un país católico en el que el aborto fue ilegal hasta el histórico referendo de fines de mayo pasado, el seguro nacional de salud irlandés pagaba las prácticas de aborto en Inglaterra a todas las ciudadanas irlandesas que quisieran practicárselo. Luego de varias intervenciones quedó clara para mí una realidad: hoy, todos los países desarrollados tienen aborto legal. Me di cuenta de que la ilegalidad es una situación de los países periféricos, entre los cuales nosotrxs nos encontramos, en los cuales la ciudadanía femenina es aún de baja intensidad. Es un problema básicamente de falta de derechos para el subdesarrollo, no es un problema moral. Me di cuenta, entonces, de que vivía en un país en el cual había aprendido a identificar como problema moral lo que es en realidad una falta de derechos. Esa percepción descolonizó mi cabeza. Entendí que la ilegalidad del aborto voluntario es una biopolítica del control del cuerpo de las mujeres de los países periféricos. Y así lo entiendo desde entonces.

La segunda parte de lo que les quiero contar es cómo impacta en general a nivel de las subjetividades y qué pasa con los dispositivos psicológicos en nuestro país en relación con las prácticas ilegales. Cómo se significa una práctica. En un texto que escribimos con Ana Fernández hace diez años –“Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres”–, señalamos la diferencia que hay, por ejemplo, en cómo se nominan las prácticas de aborto voluntarias en los dos primeros meses de embarazo en Cuba: “Regulación de la menstruación”. Esto es muy diferente a denominar a la misma práctica clínica quirúrgica como “matar una vida”. La intervención sobre el cuerpo es la misma, la significación es diferente; por lo tanto, son diferentes las implicancias emocionales y morales.

Ahí vemos claramente cuál es el impacto, en un país donde el aborto es legal, en la subjetividad, y cuál es el impacto en un país donde el aborto no es legal. Entonces, ¿cuáles son los recaudos que tenemos que tener desde el campo de la psicología?

- ▶ No psicologizar el análisis de la problemática, suponiendo que los procesos subjetivos que una mujer puede desplegar frente a un aborto están referidos estrictamente a sus posicionamientos intrapsíquicos.
- ▶ No naturalizar los sentimientos de culpa como inherentes a toda práctica abortiva.
- ▶ No confundir el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener que dirimir frente a su decisión personal de abortar o no.

Es muy importante no “psicologizar”, esto es, no pensar que todo lo que le pase a una mujer en condiciones de decidir si va a abor-

tar o no va a abortar tiene que ver con lo intrapsíquico. Tampoco debemos naturalizar los sentimientos de culpa, inherentes a una práctica de aborto. En los relatos de las mujeres que abortaron con Misoprostol con ayuda de las Socorristas en Red (del libro *Código Rosa. Relatos sobre abortos*, de Dahiana Belfiori), vemos que muchas veces lo que se siente es alivio. No siempre hay que interpretar que existe una deuda con la madre que nos dio la vida y, por lo tanto, vamos a tener culpa necesariamente cuando abortamos. Mucha de la culpa, cuando la hay, es consecuencia de la ilegalidad de esta práctica y por toda la condena social y familiar que hay en relación a esta libre decisión.

Otro de los recaudos que debemos asumir y que mucha gente no tiene –muchos colegas, lo que es peor– es no confundir derechos ciudadanos con el dilema que cada mujer tiene frente a la decisión. Es decir, que haya un aborto legal, libre y gratuito no quiere decir que yo tenga que abortar. Yo puedo decidir si quiero o no y qué valor tiene esa vida o no, si yo la significo para mí. Y eso no quiere decir que no tenga que existir el derecho. Son dos cuestiones totalmente diferentes.

Retomando, abortar en circuitos clandestinos genera efectos psíquicos terribles, no por la práctica, sino por la clandestinidad. La ilegalidad del aborto es un indicador grave de violación de los derechos humanos y la vulneración de derechos genera sufrimiento psíquico. Además de ser **un marcador del margen real que hay en la sociedad para que una mujer elija**; por lo tanto, mide el grado de autonomía que las mujeres tienen en la sociedad. Y aquí hay algunos puntos en los que quiero detenerme también, vinculados a los deslizamientos disciplinadores de las prácticas psicológicas.

Algunas concepciones psicológicas identifican que siempre que hay fecundación hay deseo de hijo, consciente o inconsciente. Desde esta concepción, se desconoce la realidad material de que hasta los mejores anticonceptivos no son 100% seguros, siempre hay un margen.

El hecho de que un preservativo se rompa no puede ser confundido con un deseo inconsciente de tener un hijo. No se puede interpretar desde una omnipotencia de lo subjetivo y lo deseante. De ahí la importancia del acceso a una práctica que pueda reparar ese margen de inseguridad cuando no hay deseo o no hay un vínculo que dé marco de viabilidad a una crianza.

Otro aspecto a desmitificar es la idea de que toda interrupción de una gestación tiene efectos traumáticos *per se*. Muchas veces, más de las que se quiere identificar, produce alivio y baja del malestar psíquico.

Hay también diferencias de clase y de generación en relación con los imaginarios respecto del aborto. Es muy importante **desarticular la idea de que es un problema solo de las mujeres pobres que no pueden pagar abortos clandestinos**. Si el aborto es clandestino es un problema de todas las mujeres, no solamente de las que no pueden pagar. Aun la que puede pagar lo hace en condiciones de clandestinidad, poniendo en riesgo su salud por la dificultad de la derivación al sistema formal de

atención médica incluso teniendo una buena cobertura. Muchas veces la práctica se realiza sin anestesia y, por supuesto, sin contar a nadie y “sin visitas”, a lo que se suman múltiples maltratos y violencias que ocurren en el circuito ilegal.

Con respecto a la clase –empezando primero por las adolescentes–, hay diferencias entre adolescentes pobres y adolescentes no pobres. En adolescentes pobres, las prácticas abortivas las exponen a riesgos de muerte y desamparo; a las adolescentes no pobres que pueden pagarlas, pero en circuitos de clandestinidad, las formas de disciplinamiento son los miedos y las culpas. ¿Cuál es la diferencia entre generaciones de mujeres que pueden pagar el aborto? Por ejemplo, la significación en una misma familia, donde puede estar muy aceptado para la pareja de padres después de dos o tres hijos y es condenado y culpabilizado en el caso de la adolescente. ¿Por qué? Porque de nuevo lo castigado es la autonomía, en este caso, la autonomía de la adolescente en relación a estos padres.

En relación a lo dicho, hay otro tema que me parece muy importante de señalar: la asimetría que se da en las adolescentes, en relación a con quién acontecen estas prácticas sexuales que des-



Otro aspecto a desmitificar es la idea de que toda interrupción de una gestación tiene efectos traumáticos per se. Muchas veces, más de las que se quiere identificar, produce alivio y baja del malestar psíquico.



pués pueden terminar en embarazos no deseados. Lo que nos muestra la práctica es que en las chicas pobres hay más asimetría de edad y cuanto más temprana es la edad de la chica que queda embarazada es más probable que se deba a una situación de abuso. Por lo tanto, ya estamos en un escenario con una complejidad muy específica. De las chicas no pobres, por lo general, acontece en parejas más parejas, y cuando hay abuso –porque el abuso no es solamente hacia las chicas pobres–, muchos de los abusadores lo hacen con protección. Por lo tanto, hay marcas psíquicas pero probablemente no haya aborto, no haya embarazo no deseado. Y ahí tenemos otro tema con respecto a cuál es la concepción que los dispositivos psicológicos tienen sobre las prácticas de abuso.

Se da un tema terrible con las concepciones y las **confusiones que hay entre lo que podría ser “la función paterna” y los padres reales existentes**. ¿Qué pasa cuando un familiar cercano, que a veces es la pareja de la madre o a veces es el padre biológico, abusa de esa niña o de otra adolescente? ¿Y qué pasa si a eso lo confundimos con el ejercicio de la función paterna? En vez de pensar que, precisamente, lo que no está haciendo es ejercer la función paterna, sino utilizando el cuerpo de la niña para jugar la sexualidad que a él le interesa. Es decir, no cumpliendo con la función paterna que implicaría el traspaso de una regulación basada en una legalidad a la cual él también se atiene y somete, sino diciendo: “Yo soy la ley y hago lo que se me da la gana”.

En estos casos es muy importante distinguir los efectos diferentes que estas cuestiones tienen sobre la subjetividad de las niñas. Debemos hacerlo, precisamente, para no generar condiciones de iatrogenia desde la práctica psicológica cuando nos enfrentamos con este tipo de situaciones.

Por supuesto, estas situaciones tienen efectos subjetivos tremendos, que se agravan cuando el abuso se transforma en un hijo y las chicas son, por lo tanto, consideradas como un receptáculo, pero no como personas. Cuando estamos en un país en el que las chicas violadas no pueden abortar legalmente, lo que realmente acontece es que la subjetividad de esa niña no le importa a nadie, y si la subjetividad de la niña no le importa a nadie es porque esa niña no importa. Hay que decirlo con todas las letras.

Una última reflexión apunta al valor de la salud mental dentro de una de las causales de aborto legal (ILE), que es el riesgo de la salud de la mujer. Si pensamos a la salud como integral, llevar adelante un embarazo no deseado, sea por la causa que fuere, genera impacto sobre la salud mental de una mujer. Por lo tanto, no querer continuar un embarazo es una causal válida desde una perspectiva de salud mental.

En la otra punta del espectro del campo de la salud mental, es importante considerar que un diagnóstico psiquiátrico no debe ser causal *per se* de aborto legal si la gestante desea el embarazo y puede llevarlo a cabo, así como la crianza, si tiene capacidad subjetiva y red de apoyo. Lejos de las tentaciones eugenésicas, la psicología debe prestar su mejor saber para garantizar derechos, deseos, responsabilidades y autonomía.

por **DANIEL GOLLÁN**. *Médico (Universidad Nacional de Rosario). Posgrados en Epidemiología y Administración Sanitaria. Médico de planta carrera profesional hospitalaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos. Director de Unidades Sanitarias Secretaría de Salud Municipalidad de Merlo (1998/2001). Subsecretario de Atención Primaria y Unidades Sanitarias de la Municipalidad de Merlo (2001/2003). Subdirector Nacional de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica –ANMAT– (2008/2010). Ministro de Salud de la Nación, de febrero de 2015 a 10 de diciembre de 2015*



GESTIONAR LA SALUD PÚBLICA EN UN MARCO ESTRUCTURAL DESFAVORABLE

EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DESDE UNA VISIÓN DE LA SALUD COMO DERECHO, SE DEBE LIDIAR CON INTERESES SECTORIALES, DEBILIDADES ESTRUCTURALES Y CONDICIONAMIENTOS CULTURALES QUE RESULTAN AFINES A LA LÓGICA DE MERCADO DOMINANTE.



En junio del año 2014, la entonces presidenta Cristina Fernández de Kirchner decidió conformar una nueva secretaría de Estado en el Ministerio de Salud de la Nación bajo el nombre de Secretaría de Salud Comunitaria, cuyos objetivos centrales fueron fortalecer la presencia territorial del ministerio, mejorar la articulación territorial de los diferentes programas y dispositivos sanitarios –nacionales provinciales y municipales– y desarrollar acciones que favorecieran la participación comunitaria en salud. Fui nombrado a cargo de esta secretaría, que se integró con un equipo de jóvenes sanitaristas. Esta etapa de gestión duró siete meses, hasta febrero de 2015, fecha en que la Presidenta decidió nombrarme como ministro de Salud de la Nación hasta el final del mandato en diciembre de ese mismo año. Esta experiencia de escasos 18 meses nació signada por la certeza de que ninguno de los cambios estructurales que necesita nuestro sistema de salud podría ser alcanzado en tan escaso tiempo, pero que era imperativo ponerlos en debate desde el marco teórico y, al mismo tiempo, desarrollar hasta donde se pudiera la mayor cantidad de herramientas de transformación que dieran temporalidad a ese marco teórico.

La Argentina tiene un sistema de salud caótico, con escasa posibilidad de gobernanza. La extrema fragmentación, la creciente cantidad de actores con capacidad de decidir o incidir en su funcionamiento y la debilidad de las estructuras para su articulación sistémica son el resultado de un proceso que se desarrolló durante décadas desde 1954 y que estuvo signado por el retiro progresivo del Estado nacional como principal financiador y prestador de servicios de salud. De esta manera, se fue perdiendo la posibilidad de establecer un derecho de ciudadanía a la salud más o menos equitativo y homogéneo garantizado por el Estado, quedando el sistema cada vez más condicionado por la lógica de mercado producto del crecimiento incesante de la salud privada. En este contexto, la mera regulación y fiscalización estatal resulta absolutamente insuficiente para ordenar el sistema.

A este condicionamiento estructural a la implementación de políticas de salud acordes con nuestro pensamiento sanitario hay que sumarle los condicionamientos culturales que son, a la vez, la base ideológica-conceptual dominante sobre la que se construyen los sistemas organizados con la lógica de mercado, siendo este un problema central, ya que no solo han logrado dominar el “sentido común” de las sociedades, sino también la de los dirigentes políticos, incluso los de las fuerzas políticas que sustentan su ideario en un rol estatal fuerte y distribución más equitativa de los recursos nacionales. Todo esto hace que la decisión de reestructurar un sistema de salud como el argentino deba afrontar un punto de partida desfavorable producto de una



gran cantidad de intereses sectoriales que se han enquistado en años de creciente debilidad estatal para organizarlo a escala nacional y la consiguiente ocupación de esos espacios de poder por lógicas sectoriales y mercantilistas. En otras palabras, se debe lidiar contra esos intereses que han ido distorsionando la construcción colectiva con visión de salud pública y, al mismo tiempo, con autoridades y funcionarios políticos con poder de decisión fuertemente atravesados por esa lógica dominante. El ministro de Salud de la Argentina tiene bajo su jurisdicción, en el nivel de la atención sanitaria, solo cinco hospitales y algunos centros de rehabilitación. El resto, 1.294 hospitales, son provinciales o municipales. Tampoco tiene mayor incidencia en la gestión de los 7.000 Centros de Atención Primaria de la Salud, que están bajo la órbita provincial menos en las dos provincias poblacionalmente más grandes del país –Buenos Aires y Córdoba–, que transfirieron esa responsabilidad a los municipios. La Superintendencia de Servicios de Salud, que tiene el rol regulatorio sobre el subsector de Obras Sociales nacionales (que dependen de los sindicatos) y empresas de medicina prepaga, tiene una dependencia formal del Ministerio de Salud, pero, en los hechos, es un organismo autónomo que no participa de las políticas sanitarias dispuestas por este. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), también conocido como PAMI, es asimismo un organismo autónomo de las decisiones del Ministerio de Salud, al igual que la



Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.

La única articulación formal a nivel de políticas sanitarias entre los Estados a nivel nacional y provincial es el Consejo Federal de Salud, COFESA. Entre las provincias de las diferentes regiones del país se organizan los Consejos Regionales de Salud, CORESA. Estos órganos han demostrado una debilidad manifiesta en cuanto a su capacidad real de homogenizar un sistema y solo logran coordinar algunas acciones sanitarias. Al no haber un sistema único o integrado, no existe tampoco un organismo administrativo centralizado de orden operativo.

Por otra parte, existe el subsector de Obras Sociales sindicales y las provinciales y el subsector de medicina prepaga. Todos estos presentan una enorme heterogeneidad en cuanto a sus capacidades y dimensiones.

El financiamiento y la prestación de servicios de salud también presentan un escenario sumamente complejo, con cruzamientos de todo tipo entre Estado, privados, obras sociales y medicina prepaga.

Pero además hay que considerar a otros actores del sector de la salud con gran capacidad de incidir en el sistema, como son la industria farmacéutica, los colegios y círculos de profesionales, las asociaciones científicas, los sindicatos (no solo por su manejo de las Obras Sociales), los centros de formación de fuerza laboral en salud, el sector científico tecnológico, los medios de

Nuestros objetivos en el mediano y largo plazo estuvieron centrados en comenzar a construir herramientas para la homogenización del sistema de salud argentino.

comunicación. Estos sectores no forman parte de manera formal de las estructuras de administración del sistema de salud, pero tienen un rol que incide en su funcionamiento. Lo que ha sucedido en las últimas décadas es que, ante la ausencia de una función ordenadora que solo el Estado puede ejercer, se consolidaron nichos de poder que desnaturalizaron el rol que deben tener estos actores. Avanzaron en su capacidad de incidir sobre las decisiones de políticas públicas de salud mediante múltiples instrumentos de presión que las meras normas de regulación no pudieron contener.

Nuestra gestión en el ministerio estuvo signada entonces por la imposibilidad temporal de concretar cambios estructurales, por lo cual nos abocamos a las repuestas inmediatas, insoslayables en toda gestión; la concreción de algunas medidas de reparación de derechos ya consagrados por ley, pero aún sin reglamentación operativa; la generación de herramientas que permitieran sostener en el tiempo un cambio sistémico, y la puesta en de-

bate de la necesidad de ese cambio estructural. En todas estas acciones, la gestión tuvo que afrontar presiones de diferentes sectores y actores, lo cual era esperable no solamente porque las contradicciones son propias de toda actividad gubernamental, sino porque cuanto más desquicio organizativo se ha producido en un sistema a lo largo del tiempo, más se han enquistado actores con capacidad de hacer valer sus intereses sectoriales por sobre los colectivos.

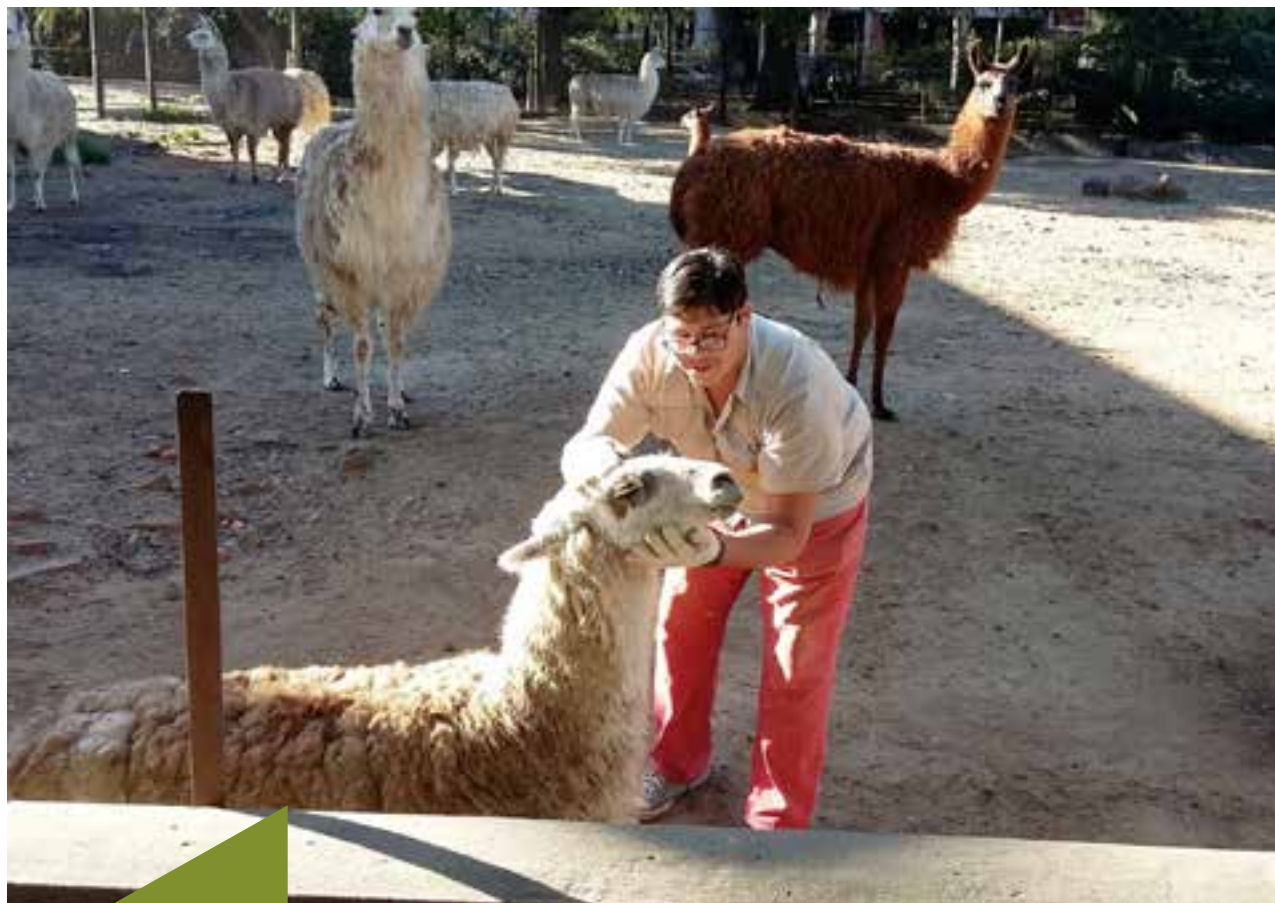
Nuestros objetivos en el mediano y largo plazo estuvieron centrados en comenzar a construir herramientas para la homogenización del sistema de salud argentino, aun en el contexto de una Constitución nacional que puso la mayor responsabilidad en los Estados provinciales, dejando a la Nación un supuesto rol de “rectoría” que, a nuestro entender, es extremadamente débil cuando no se tienen los recursos ni instrumentos para hacerlo efectivo. ¿Cuáles fueron las herramientas principales que abordamos durante la gestión?



1. Proyecto de ley para la creación por ley de una estructura de 6.000 equipos básicos de salud para cubrir el Primer Nivel de Atención en todo el país con financiamiento nacional.
2. Desarrollo de estrategias y dispositivos de participación comunitaria.
3. Creación de hospitales de alta complejidad en cada provincia con financiamiento mixto nacional/provincial.
4. Incorporación formal al COFESA del tema formación de recursos humanos en salud tanto en el pregrado como en el grado y el posgrado, con el objetivo a mediano y largo plazo de lograr la formación de trabajadores de la salud acordes con las necesidades de la salud pública. También se creó la Escuela de Gobierno en Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, para la formación masiva de cuadros sanitarios, que debía articularse con otras escuelas similares a escala latinoamericana en el marco de la Unasur.
5. Refinanciamiento de los sectores público y solidario de la salud a través del dictado de normas y de la creación de dispositivos para garantizar el recupero de las prestaciones realizadas por el subsector público a personas con cobertura de obras sociales o de empresas de medicina prepaga en todo el país y desarrollo de iniciativas para acotar el desfinanciamiento de las obras sociales nacionales por el drenaje masivo de recursos hacia la medicina prepaga.
6. Gestión de financiamiento para ejecución de un plan de inversiones masivas con el objetivo de fortalecer los centros de salud del subsector público, tanto hospitalario como del primer nivel de atención, a través de la incorporación masiva de aparatología médica adecuada.
7. Desarrollo de una política de medicamentos tendiente a garantizar la participación de la producción estatal en la provisión de fármacos en el subsector público de la salud y la articulación de los laboratorios públicos con el sector científico tecnológico público. Puesta en marcha de mecanismos de compra centralizadas para el uso del poder de compra del Estado a nivel nacional y también regional a través de las estructuras del Mercosur, la Unasur y la Organización Panamericana de la Salud.
8. Creación de ámbitos de debate masivo sobre el sistema de salud argentino y la necesidad de avanzar en su reestructuración hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud.
9. Desarrollo de políticas de género vinculadas con la salud, a través del dictado de resoluciones para hacer operativos derechos en el marco de las nuevas normativas sobre identidad de género.

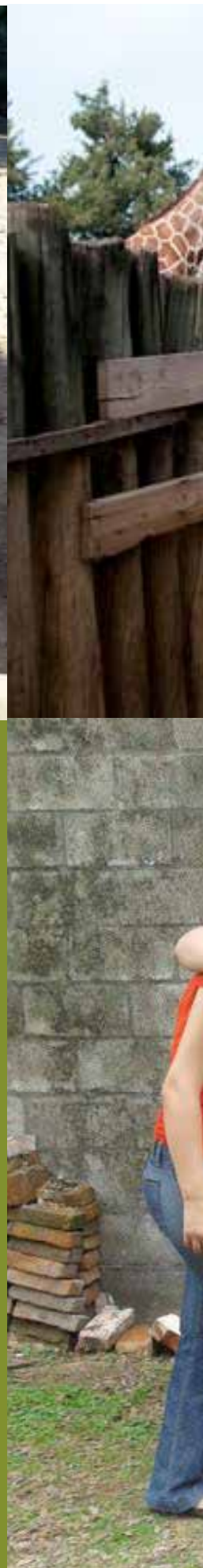
Se pudo instrumentar algunas de estas medidas. Otras fueron puestas en marcha o quedaron a consideración del tratamiento parlamentario. Todas produjeron adhesiones y rechazos, y casi todas fueron dejadas de lado cuando se produjo el recambio de gobierno en diciembre de 2015. No obstante, creemos que logramos colocar en debate temas trascendentales y, en particular, poner, después de décadas, nuevamente en discusión visible el sistema de salud argentino. Tal vez este sea el mayor de los logros en tan corto tiempo de gestión, ya que fortaleció la posibilidad de construir un enorme colectivo a escala nacional que hoy está trabajando para el desarrollo de un proyecto de salud colectiva. Porque ningún cambio estructural será posible si no se cuenta con un gran movimiento constituido por trabajadores de la salud, academia, movimientos sociales y sindicatos que le den sustento en el tiempo, en eso que hemos definido como la gran batalla, la batalla cultural.





EXPERIENCIAS INNOVADORAS EN SALUD MENTAL. DEL ZOO AL ARTE: “DEL INVENTO A LA HERRAMIENTA”

A PARTIR DE ESTA INICIATIVA, PACIENTES DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PUDIERON DESARROLLAR TAREAS COMO APRENDICES JUNTO A LOS CUIDADORES DE ANIMALES, EN UN VÍNCULO QUE LOS AYUDÓ A REDEFINIRSE A SÍ MISMOS Y EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES QUE LOS ATENDÍAN.





por VICENTE DE GEMMIS. Psicólogo-Psicoanalista. Magister en Salud Mental Comunitaria. Docente e investigador de la UBA. Fundador del Programa Cuidar Cuidando y Talleres de Artes y Oficios del Centro de Salud Mental N° 1



Allá por el año 1990 fundamos un dispositivo exótico de integración social. Experiencia única en el mundo. El Zoo de Buenos Aires brindaba la posibilidad de ser un ámbito propicio para que se desarrollara un dispositivo de salud mental. La idea inicial era que niños y adolescentes con problemáticas emocionales, en muchos casos severas, concurrieran al Zoo. Se podría decir que era un experimento, algo que sale de los perímetros admitidos por los saberes hegemónicos en salud.

Desde el inicio, el “experimento” sorprendió por sus efectos: los participantes se desenvolvían de una manera casi opuesta a su devenir hospitalario. Intentamos entender qué pasaba, por qué, por ejemplo, Alejandra, que en el hospital donde en ese momento estaba internada presentaba conductas impulsivas, rompiendo vidrios y muebles, podía en cambio trabajar al lado de un cuidador del Zoo, aprender a cuidar a los animales a quienes trataba con un cariño desconocido hasta ese momento en ella. Creímos comenzar a entender ese porqué. Cuando en una asamblea en el hospital una doctora le preguntó sobre esa manera diferente de estar, Alejandra respondió: “...yo no soy boluda, el hospital es para hacerme la loca, no el zoológico...”. Ese fue el inicio de nuestro intento de conceptualizar una práctica. Había un cambio de posición de los chicos cuando se modificaba su contexto institucional. El hospital psiquiátrico era para “hacerse el loco” o, en el mejor de los casos, para ser cuidado; el Zoo era para aprender a cuidar: el programa permitía a los participantes pasar de ser cuidados a poder cuidar.

El Zoo se fue transformando en un lugar de curiosidad y aprendizaje, tanto para los niños y adolescentes como para el equipo de profesionales. Fue transformando a las personas que participaban de la experiencia. Los chicos dejaban de ser pacientes para transformarse en aprendices de cuidadores; los profesionales fueron construyendo sus nuevos roles, ocupando un lugar excéntrico –fuera del centro–, permitiendo entonces el surgimiento de nuevos vínculos: cuidador-chico aprendiz. Vínculo totalmente opuesto al de profesional-paciente.

En las paredes del hospital, un grafiti expresaba la voz de un paciente: “En este lugar cada encuentro casual es una primera entrevista”. Hablaba de cierta modalidad del vínculo hospitalario que podríamos definir como “técnico”. En una entrevista de un programa de televisión, ante la pregunta sobre su trabajo con los chicos, un cuidador respondió que le gustaba mucho el trabajo de cuidador de animales y que poder transmitirles eso a los chi-

cos era algo hermoso, “fuera de serie”. Tomando esas palabras, nosotros decimos que ese vínculo es “fuera de serie”, por oposición a lo seriado de los vínculos hospitalarios.

Pero otra vez, ¿por qué? ¿Qué hacía que sucediera esto? ¿Por qué el vínculo era diferente? Descubrimos que en el origen había una necesidad mutua: ambos se necesitaban. Los chicos necesitaban del saber de los cuidadores, que les iba a permitir poder cuidar a los animales transformándose ellos en cuidadores, y los cuidadores necesitaban de los chicos ya que eso les brindaba la posibilidad de tener un aprendiz a quien poder transmitirle su saber, saber que lo transformaba en un maestro. Posición que también les permitía, en cierta forma, poder transmitir su linaje. No en vano los cuidadores decían de sus aprendices, orgullosamente: “Este en mi pollo”, o sea, algo de lo mío, de mi saber, se ve en mi aprendiz.

También el vínculo de los participantes y los profesionales se transformaba, se desprofesionalizaba, en el buen sentido de la palabra, se podría decir que éramos amateurs, “el que ama”. Una tarde, compartiendo una sobremesa con un participante que, según el informe profesional, era muy callado y reservado, nos contó detalles muy importantes de su historia que desconocíamos. Al finalizar, nos dijo a un colega psiquiatra y a mí que nos había contado todo eso porque nosotros no éramos ni licenciados ni doctores. Quizás ese ámbito zoológico habilitaba una escucha desprofesionalizada o “fuera de serie”.

Resonó en nosotros, por mucho tiempo, una frase que nos dijo el maestro Fernando Ulloa (figura ejemplar del psicoanálisis) cuando, al poco tiempo de comenzada la experiencia, fuimos a que nos aconsejara cómo seguir: “Lo que ustedes están haciendo es una experiencia más cercana a teorizar una práctica que a practicar una teoría”. Esa frase fortaleció, por la magnitud de quien la dijo, algo que era embrionario en el dispositivo: teorizar una práctica, una práctica viva que se iba construyendo. No estábamos reproduciendo algo escrito hace años; estábamos construyendo permanentemente una práctica, obviamente con las herramientas que suponen las teorías y saberes previos, pero como herramientas que permitían ir avanzando en una construcción colectiva.

Desde hace varios años, y en simultaneidad con Cuidar Cuidando, me encuentro realizando talleres e intervenciones desde el arte y los oficios en el Centro de Salud Mental N° 1 Hugo Rosaños. Resultan muy diversas las experiencias que se fueron construyendo en ese contexto. Algunas de ellas son:

El Zoo se fue transformando en un lugar de curiosidad y aprendizaje, tanto para los niños y adolescentes como para el equipo de profesionales. Fue transformando a las personas que participaban de la experiencia.



► Un taller de radio que se lleva a cabo en el maravilloso estudio que tiene la escuela ORT (sede cercana al centro de salud), en el cual los jóvenes estudiantes de la orientación en Medios de Comunicación de dicha escuela, enseñan y transmiten un saber que aprendieron, aprendiendo a su vez a enseñar a niños de dos escuelas integrales interdisciplinarias (antiguamente llamadas escuelas de recuperación). Mientras eso sucede, va generándose un grupo de trabajo con relaciones “fuera de serie” que van produciendo cambios subjetivos importantes en todos los participantes.

► Un taller de arte en cueros, que se fue armando al escuchar a un usuario del centro de salud de 70 años, que toda su vida había trabajado con ese material. El oficio lo apasionaba y quería colaborar con el centro transmitiendo su saber a quien lo necesitara.

► “Esculpiendo en el tiempo”, que surgió a partir de un encuentro con un documentalista y un escultor en metal y fue deviniendo un taller donde simultáneamente se esculpía y se iba realizando un documental sobre el mismo (pueden buscar el video en YouTube: “La latita de paté” <https://www.youtube.com/watch?v=9jTXbQj5NQY>).

► Un taller de fotografía estenopeica, llamado “Fuera de campo”, que terminó produciendo colectivamente, a partir de las fotos, una historia documentada en un libro: “El mundo nítido” (https://issuu.com/tallerfuera decampo/docs/pdf_libro_tfdc_2015_completo).

En la época de Cuidar Cuidando, escribimos un libro titulado “Del invento a la herramienta”. Toda experiencia que experimente puede, y *tiene que*, generar conocimiento que pueda utilizarse como herramienta. Herramientas para utilizar críticamente pues, como bien se sabe, en salud mental, todo conocimiento previo debe probarse en el nuevo contexto. De este recorrido relatado intentaré describir algunas herramientas posibles.



1) No hay un proyecto armado y definido previamente. Hay un bosquejo de idea inicial y luego una construcción con los otros, una mutualidad entre paciente y/o usuarios, profesionales, talleristas. Vamos armando el proyecto; en este sentido, se podría decir que está contemplada en la experiencia cierta dimensión política, en tanto empoderamiento de los usuarios –participantes-aprendices– del taller. Vamos construyendo la experiencia entre todos. En este devenir se intenta acompañar cada proceso pensando que lo importante no es *adónde* sino *cómo*: qué tipo de vínculos y qué proceso de subjetivación se va produciendo. La pregunta no sería si estamos haciendo bien o mal las cosas, sino qué sujeto hacemos *ser* en la experiencia, qué proceso de subjetivación se va produciendo.

2) Los –por así llamarlos– “dispositivos” generan encuentros cuerpo a cuerpo, generan vínculos. El efecto terapéutico o de inclusión está fuertemente condicionado por los vínculos que propone el dispositivo. Es contradictorio querer que un participante se integre socialmente y armar un dispositivo que lo objetive en su desarrollo. Muchas veces los dispositivos en salud tienden a objetivar y a desempoderar al paciente-usuario produciendo un efecto iatrogénico. En Cuidar Cuidando decíamos que los jóvenes pasaban de ser objetos de una práctica de atención y cuidado a ser sujetos de una práctica de cuidado. Los dispositivos tienen que tender a construir procesos de subjetivación en los participantes.

3) Todo conocimiento previo tiene que transformarse en un encuadre flexible, que permita poner en dudas las certezas de los conocimientos disciplinares a la luz de la experiencia.

4) Pensar la salud mental de una manera que nos permita salir de la lógica médico-paciente, animarse a experimentar, permitirse refuncionalizar recursos no específicos de salud mental (el Zoo, la escuela ORT, etc.).

También es importante reconocer que todo nuevo dispositivo genera herramientas nuevas. Los talleres del centro tienen sus aportes diferenciales, esto está dado por el tema del arte

y la creación. En varios de ellos se brinda la posibilidad de conectarse con sus propias emociones, conflictos, padecimientos, para expresarlos creativamente y recreativamente a través del arte. Como ejemplo de ello, uno de los participantes fue derivado al taller de fotografía estenopeica con una problemática vinculada a no poder alojarse en una institución escolar. Era expulsado, podríamos decir, no podía hacer *raíces*. En un momento del taller comenzó a interesarse por sacar fotos a plantas y brotes que crecían en lugares difíciles, casi imposibles, como, por ejemplo, en grietas de paredes, rajaduras del piso, etc. Estas fotos fueron valoradas por el grupo e incluidas en la historia como plantas que tenían la capacidad de curar enfermedades. Se podría conjeturar que él pudo proyectar su mundo interno y, colectivamente, esta proyección se fue resignificando, algo que lo angustiaba fue transformándose y formando parte de una historia colectiva que luego quedó plasmada en un libro.

Creemos que se trata de una forma lúdica-creativa de resolver conflictos, tanto internos como externos. Mientras esto sucede, se va conformando el grupo de trabajo, se dan simultáneamente dos procesos: uno singular y otro grupal. Mientras el acontecimiento individual sucede, se va conformando un grupo de “impares” –grupo heterogéneo– que acompaña, sostiene y estimula; así se retroalimentan tanto los procesos individuales como los grupales. Luego, ellos pueden hablar de lo creado, o a partir de lo creado, ponerlo en palabras, compartirlo con otros, no ya como un padecimiento, sino como una creación. La experiencia demuestra que la tarea favorece la conformación de grupos heterogéneos o grupos de “impares”. Esto sucede pues la tarea pone en pie de igualdad a los participantes más allá de su problemática, genera una simetría en los vínculos y una democratización del saber.

Para ir concluyendo, se podría decir, parafraseando a Alain Badiou, que como trabajadores de la salud mental lo que no podemos ni tenemos que dejar de intentar es actuar en tanto seres creadores *de posibilidades*.

En Cuidar Cuidando decíamos que los jóvenes pasaban de ser objetos de una práctica de atención y cuidado a ser sujetos de una práctica de cuidado.



A CIEN AÑOS DE LA REFORMA DE 1918. LA REFORMA Y OTRAS COSAS

EN SU MOMENTO, EL MOVIMIENTO EMANCIPADOR UNIVERSITARIO PLANTEÓ PROBLEMÁTICAS NO RESUELTAS ENTRE EL MUNDO ACADÉMICO Y LA PARTICIPACIÓN POPULAR. ¿QUÉ PODEMOS TOMAR HOY COMO LEGADO, EN NUESTRA MIRADA HACIA LA SALUD DE LAS COMUNIDADES?



por **HÉCTOR SEIA**. *Médico psicoterapeuta. Especialista en salud mental. Trabajó con numerosas publicaciones en diversos medios, tanto específicos como literarios. hectorseia@hotmail.com*

Se cumple en este año el centenario de la Reforma Universitaria de 1918, y existe una amplia bibliografía sobre este hecho histórico singular iniciado en Córdoba y extendido en toda Latinoamérica. Por cierto, también es permanentemente rememorado su *Manifiesto Liminar*. Pero en estas anotaciones solo pretendemos interrogarnos sobre si hay algo vivo, vivo hoy, de este acontecimiento y su trayectoria, cuyo espíritu interpela a este presente.

Recordaremos palabras escritas en el origen y desde las barricadas. La orden del día del 23 de junio de 1918: “Las nuevas generaciones de Córdoba reunidas en plebiscito por invitación de la Federación Universitaria (FUC), considerando el nuevo ciclo de civilización que se inicia cuya sede radicará en América porque así lo determinan factores históricos innegables, exigen un cambio total de los valores humanos y una nueva orientación de los valores espirituales”. Esto planteaban los estudiantes cordobeses en el contexto configurado por la finalización de la Primera Gue-



rra Mundial, la Revolución Rusa que prometía abrir un nuevo horizonte y, entre otros sucesos, el advenimiento al poder en el país de un movimiento popular. Hechos distantes que se harían próximos y estos, a su vez, se convertirían en continentales: la rebelión contra un mundo decadente y opresor primero estalló en la cerrada Universidad de Córdoba, con su pequeño universo clerical, luego en las otras, rompiendo con disciplinamientos dogmáticos de distinta especie, pugnando por abrir las puertas de las casas de estudios a la sociedad. Puertas de doble vía, téngase en cuenta. Inaugurando una democracia en la universidad con el estudiante como centralidad; proclamando la autonomía institucional con respecto a distintas corporaciones, y la libertad de cátedra.

Además, el movimiento articulaba con las luchas de trabajadores de la época y por lo tanto trascendía la cuestión pedagógica-académica, erigiéndose en una corriente social de signo emancipador.



Desde la fundación, la Reforma defendió la autonomía institucional y del pensamiento. Esto es una de sus virtudes. Pero, también, esa fundación fue apoyada y legitimada por un movimiento popular que cambió el perfil del país.

Una nota de importancia en cuanto al estudio histórico de la Reforma es, sin dudas, su difusión latinoamericana. En corto tiempo despegó vasos comunicantes en la geografía cultural y política al sur del Río Bravo y contó como propagandistas, entre muchos, al primer Leopoldo Lugones, a Ricardo Rojas, José Ingenieros, Manuel Ugarte, Alfredo Palacios, Rubén Darío, Gómez Carillo, Vargas Vila, Amado Nervo, José Santos Chocano...

En 1920 se reúne la Primera Convención en Santiago de Chile: hay represión, y el reformismo tiene el primer mártir, el estudiante y poeta Domingo Gómez Rojas. Llega a Bolivia en 1919 y también en ese año es introducido en Perú, y sobre su ideario Víctor Haya de la Torre fundaría el APRA (Alianza Para la Revolución Americana), y José Carlos Mariátegui la estudiaría en sus *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*. En Centroamérica llega a Costa Rica, y en Cuba la lidera Antonio Mella. En 1921 se realiza en México el primer congreso de la Reforma. Desde su comienzo cordobés, el movimiento adhirió a los postu-

lados de la Unión Latinoamericana cuya programática era anti-imperialista. En efecto, los principales mentores mediterráneos eran miembros de la filial Córdoba de esa institución: Deodoro Roca, Gregorio Bermann, Gumersindo Sayago, Ricardo Vizcaya, Guillermo Ahumada, Jorge Orgaz, Enrique Barros, Carlos Astrada Ponce y Saúl Alejandro Taborda.

Otro aspecto que merece ser señalado es la secuencia de las tomas de las universidades en esos días de 1918 en el territorio argentino: Córdoba, Santa Fe y luego Buenos Aires. Suena como un eco de afirmación federal en el seno dramático de la Patria Grande que puja por construirse en un agonismo con las fuerzas de la balcanización.

¿Qué pensamientos tenían los reformistas en la hora cero? En ellos se dibujaban diversas concepciones, no sistematizadas, abiertas, dialógicas entre sí: un liberalismo que seguramente no era el del mitrismo, un laicismo militante, un socialismo romántico, un definido antiimperialismo y diversas notas de un

A lo largo de estos cien años, la Reforma transcurrió por una diversidad de estados, recibiendo la impronta y los remezones de la historia nacional y mundial.

federalismo que se encuentran en los documentos de la gesta; y, siempre, la vocación de la unión latinoamericana.

Estas categorías y afectos, puestos en contacto con las realidades opresivas y retrógradas tanto de las universidades como de las sociedades del continente, se hicieron rebelión contra jerarquías y sistemas institucionales y de pensamiento que no pudieran justificar su existencia en la razón, en la experiencia y en la justicia. Es de allí que podemos formular que una de las características esenciales y de origen de la Reforma fue la producción de pensamiento (y acción) crítico.

Una lucha contra todo dogma o escolástica (celeste o terrestre), como también una perspectiva democrática radicalizada.

Siguiendo al historiador Roberto A. Ferrero, todo análisis de la Reforma debe tomar en cuenta dos componentes inexorables: el propiamente académico y el contenido de latinoamericanidad. Esto en cada momento histórico.

A lo largo de estos cien años, la Reforma transcurrió por una diversidad de estados, recibiendo la impronta y los remezones de la historia nacional y mundial. Hubo diferencias y divisiones dentro de la tradición reformista, como apropiamiento y cooptación por parte de políticas partidarias, dogmáticas y en parte desmovilizadoras. Ha defendido libertades y también se ha plegado a procesos regresivos que atentaban contra la ampliación de los derechos de las mayorías, encapsulándose en el reducto escolar.

Desde la fundación, la Reforma defendió la autonomía institucional y del pensamiento. Esto es una de sus virtudes.

Pero, también, esa fundación fue apoyada y legitimada por un movimiento popular que cambió el perfil del país. Con sus claridades y oscuridades. Sin embargo, luego, otras oleadas del *demos* desafiante en las calles no fueron comprendidas por los reformistas, aunque la profundidad colectiva de esas multitudes presentía y buscaba, a su modo, la libertad y lograr unas vergüenzas menos. Tampoco le fue fácil al liderazgo popular comprender las razones y abstracciones reformistas. Por supuesto, siempre se puede contar con excepciones. El barro de la historia.

En 1958 aquel espíritu vuelve a tomar las universidades y las calles, para defender la educación pública; y en 1969, con el Cordobazo, alcanza uno de los puntos más altos con la rebelión amasada por lo que se llamó la unidad obrera-estudiantil. Más tarde, en el período democrático, ese numen ha permanecido dentro de los límites de las universidades haciendo sus deberes, con una atrofia casi total del componente latinoamericanista, y la producción de un pensamiento crítico, plural, situado y emancipador. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar que no es ajena a la verdadera tradición reformista la reciente y múltiple creación de universidades públicas y populares.

Transcurrimos un tiempo de oscuridad y destrucción, con las subjetividades colonizadas por una nueva escolástica que im-



pone el neoliberalismo, con impacto en todos los planos de los saberes y de la vida. Teología que tiene sus teólogos que hegemonizan el discurso en la universidad y en toda la sociedad. La Reforma del 18, concebida de manera íntegra, como potencia generadora de saberes libertarios, críticos y de dimensión continental, debe servir como inspiración para pisar la presente “hora americana”.

Este número está dedicado a la Epidemiología Comunitaria, y los autores participantes ilustran debidamente sobre el tema. Nosotros solo hemos intentado referirnos a un hecho histórico trascendente, subrayando algunos aspectos sobresalientes del mismo, y hacer notar que la propia EC contiene, en su dinámica, un vector poderoso para recuperar a la comunidad como productora de pensamiento/acción, de autoconciencia en el proceso salud/enfermedad, aportando un saber otro a la dimensión abstracta de la problemática, complejizando, reconfigurando y cuestionando paradigmas consagrados. En una palabra: enriqueciendo el pensamiento y los afectos. Y eso es liberador y es, de algún modo, colocarse en la línea de filiación de la Reforma del 18.



vocesenelfenix.com