

ien tratar este problema desplazándose del plano científico al de la in política. Esta es otra diferencia, tal vez la principal, entre ciencias rales y sociales.

Cuando la incertidumbre de la autorreferencia en las ciencias sociales e maneja de la manera indicada en el párrafo anterior, la consecuencia es el mantenimiento de la apoliticidad o de la objetividad de la científico su acentuación.

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

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

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

ENSEÑAR MEDICINA

1. DESCONTEXTUALIZACION Y CIENCIA

1.1 La significación científica del objeto de trabajo

La realización de un trabajo requiere algunas condiciones. Lo primero es la identificación del objeto sobre el que se va a trabajar. En cualquier caso, el objeto se define como lo que constituye la materia específica que se va a transformar para obtener el resultado buscado.

En algunos casos, el objeto de trabajo parece ser fácil de identificar. Un alfarero sabe, sin necesidad de pensarlo mucho, en qué consiste exactamente el objeto sobre el que ejerce su profesión, aunque el resultado de su actividad pueda expresarse en formas diversas. Del mismo modo, un cura trabaja sobre las almas de sus feligreses para su eterna salvación. Tanto la labor del alfarero como la del cura tienen una historia, que ha dado como resultado, entre otras cosas, esa facilidad en el reconocimiento de su objeto, tanto por parte del trabajador como de quienes son destinatarios del resultado de ese trabajo.

En otros casos, la identificación del objeto no es tan sencilla: puede hasta ocurrir que haya discrepancias acerca del mismo entre trabajadores y destinatarios, e incluso dentro mismo del grupo de los primeros. Estas diferencias serán más acentuadas cuando no exista una historia que haya consolidado una cierta visión de ese objeto, y también cuando se trate de trabajos que se refieran a saberes, es decir, a la búsqueda de conocimientos, frente a prácticas, sobre todo a prácticas materiales: la diferencia entre los dos tipos de trabajos —ambos conducentes a la realización de alguna forma de práctica— es que el que tiene como objeto un saber (en cierta medida ejemplificado con el cura del párrafo precedente) enfoca una práctica teórica (utilizando un término que pertenece a Althusser), mientras que el alfarero realiza una práctica práctica, es decir, con objeto material.

Una práctica puede no estar consolidada por la historia debido a que se trate de una práctica reciente, como la de una profesión surgida como

consecuencia de una nueva división del trabajo [la computación, por ejemplo], o porque no existe una continuidad a lo largo del tiempo acerca de la forma de realización o la significación de la misma, como ha ocurrido con la medicina. Este es un fenómeno que afecta a todas las prácticas si se toman lapsos suficientemente largos, pero afecta en particular a las divisiones del trabajo que se encuentran en relación con periodos de transformaciones profundas en sus fundamentos básicos: sus paradigmas.

La diferenciación entre prácticas y saberes, en cambio, se debe más a las dificultades que existen, en el caso de los saberes, para la identificación del objeto de trabajo, por lo menos en apariencia. Decimos en apariencia porque, a pesar de lo afirmado, todo objeto de trabajo es un objeto construido, solo que en un caso —el de las prácticas— esa construcción se realiza a lo largo de la historia, y en el otro —los saberes— debe realizarse para un tiempo y momento propios, es decir que debe tomarse la historia en consideración como parte del problema. Esto tiene una doble consecuencia: sobre la historia y sobre la ciencia, al establecer una relación entre ambas que, al integrarlas, confiere a la primera su pleno sentido y a la segunda su capacidad crítica y transformadora.

De manera que tanto en lo que se refiere a los saberes como a las prácticas, la identificación del objeto de trabajo debe ser analizada en su complejidad articulada —sus múltiples determinaciones— para comprender su significación. Cuando el trabajo, en uno u otro campo, es un trabajo científico, esa significación es vital para no errar en la búsqueda del conocimiento o en la realización de una práctica eficaz.

Cualquier objeto de trabajo solo puede ser objeto de un trabajo concreto; no tiene sentido plantear objetos para el trabajo abstracto. En el caso del trabajo científico esto se traduce en la creación de valores de uso científicos, tanto saberes como prácticas, es decir, en conocimientos útiles y prácticas eficaces.

La identificación de un objeto sobre el cual se va a trabajar utilizando el método científico, tanto en la búsqueda de conocimiento como en la práctica profesional, no garantiza la utilidad ni la eficacia de uno u otra, en la medida en que el objeto sea un objeto abstracto, esto es, despojado de sus inserciones reales. Se trata, entonces, de un objeto sobre el que se trabaja, pero no de un objeto de trabajo.

Un objeto de trabajo solo puede serlo de un trabajo concreto. Un trabajo concreto necesita de objetos concretos para realizar su tarea, es decir para crear los valores de uso que lo justifican. El trabajo científico, en tanto trabajo concreto, precisa objetos que cumplan con las condiciones necesarias, las cuales no son otras que la conexión con la realidad, la contextualidad del objeto.

Identificar el objeto de trabajo aparece entonces como una condición necesaria, pero no suficiente, para la realización de un trabajo científico. Plantear así las cosas parece sugerir que la manera de resolver el proble-

ma es buscar la condición necesaria y suficiente para hacerlo. Hay un error en este enfoque, puesto que la identificación de condiciones necesarias y suficientes no es un procedimiento que permita, a través del uso de la lógica, obtener resultados definitivos. La lógica es, a su vez, una condición necesaria pero no suficiente para obtener esos resultados; la lógica pura, es decir, aislada de su objeto, no es otra cosa que metafísica (y nunca ha pretendido ser otra cosa). De lo que se trata es de la construcción de un objeto de trabajo que esté insertado en la historia.

Entre la pasiva identificación de un objeto y la activa construcción del mismo, media la misma importante diferencia que existe entre el trabajo abstracto y concreto o, lo que es lo mismo, entre el objeto aislado de su realidad y ese mismo objeto puesto en su contexto histórico. ¿Es necesario agregar que la construcción del objeto científico es, al mismo tiempo, la autoconstrucción del trabajador como trabajador científico? Esta pregunta abre un espacio de cuestionamiento —que no vamos a transitar— sobre la relación sujeto objeto.

La construcción de los objetos de trabajo como objetos históricos es lo que justifica la afirmación de que todas las ciencias son sociales. Esta afirmación, que pocos trabajadores dedicados a las ciencias sociales se animarían a discutir cuando se la refiere a estas, podría ser fuente de interminables polémicas cuando se la refiere a las ciencias naturales (y no solo por parte de los trabajadores de las mismas). Para nosotros, la validez de la afirmación es la razón por la cual no se puede combinar la enseñanza siempre en una apostición de temas que no permiten su integración adecuada. Con esos agregados lo que se puede conseguir es aburrir a los estudiantes y desprestigiar a las ciencias sociales.

Una vez establecido el principio de que no se puede eludir el marco histórico en las ciencias sociales, veamos lo que ocurre con el objeto de trabajo de la medicina.

1.2 La medicina y su objeto: el cuerpo enfermo

El objeto del trabajo médico es el cuerpo enfermo. La coincidencia de opiniones abarca no solo la de quienes ejercen la práctica, sino también la de quienes son sus receptores, pero, además, recoge lo que es la experiencia histórica a este respecto.

Sin embargo, el cuerpo enfermo no es el único objeto de la práctica médica, también lo es el cuerpo sano, en la medida en que esa práctica incorpora medidas preventivas (que se conocen como promoción de la salud). Acerca de esto último ya no existe tanto acuerdo, ni entre médicos y no médicos, y ni siquiera en el grupo de los primeros. Este desacuerdo aparece cuando se redefine el objeto de trabajo de la medicina como el proceso salud enfermedad, fórmula que tiene la ventaja de recuperar la

unidad de ese proceso —y, más allá de ello, señala la imposibilidad, casi diría la inutilidad, de distinguir con precisión los conceptos de salud y enfermedad—, pero cuya amplitud dificulta el tratamiento concreto del tema.

El cuerpo enfermo en cuanto objeto ha sufrido ciertas transformaciones a lo largo de la historia, las cuales están en relación con dos tipos de razones: la eficacia de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos o razón interna de la práctica, y el significado de la misma o su razón externa. En cualquier caso, la consecuencia es una modificación de la práctica que atiende a alguna de esas razones.

Como ejemplo: la tendencia de cierta forma de práctica en los países desarrollados es cuidar a los pacientes en lugar de curarlos ("to care, not to cure") lo cual está de acuerdo con una disminución de la eficacia curativa de la medicina —esta es la razón interna— frente a las transformaciones de la patología corriente; en otras circunstancias, ni se cuida a los enfermos ni se los cura, debido a la existencia de un exceso de fuerza de trabajo —esta es la razón externa— que hace innecesaria la reposición o mantenimiento de la misma.

Significa que el cuerpo de un enfermo, si bien es el mismo en cualquier circunstancia de tiempo y lugar, no es lo mismo cuando aque-llas cambian. ¿Se puede procesar de igual manera un objeto en circun-stancias distintas? Si, se puede, pero las consecuencias van a ser distin-tas, y van a ser no solo en sus consecuencias sociales, sino también en el terreno más limitado y preciso de lo biológico individual.

El cuerpo enfermo no es aislable como objeto de trabajo científico: si se lo aísla, la práctica pierde eficacia al aplicarse sobre un objeto abstrac-to, es decir, sobre un objeto que no puede ser objeto de trabajo.

La afirmación del último párrafo parece contradecir los resultados que obtiene la práctica de la medicina en sus versiones avanzadas, sofisti-cadas y modernas; no obstante, lo que sucede es que sus éxitos se deben a una manera particular, distorsionada, de considerar los objetivos de la misma, objetivos que, en muchos casos, prestan más atención a los intereses de la práctica en sí, encerrada en sí misma, que a las necesida-des reales de los pacientes. Este desplazamiento es uno de los efectos más perniciosos de un proceso típico de las sociedades capitalistas, que es la burocratización de las prácticas sociales, el cual se une a otra circunstan-cia que tiene que ver con los cambios sufridos por la medicina.

Son numerosos los críticos que han señalado en forma reiterada el cambio de carácter sufrido por la medicina. Ese cambio —que ha recibido el nombre de fetichización dado por Marx para expresar la manera en que un producto de la mente humana se independiza de la misma para pasar a dominar a su productor original— sigue las mismas pautas que el resto de las prácticas en la sociedad capitalista.

El proceso de fetichización de la medicina pasa por numerosas y

sutiles transformaciones, tanto en el ámbito del conocimiento como en el de la práctica, e implica cambios en la organización de uno y otra. La importancia de su análisis estriba en la comprensión del proceso que lo produce, pues de lo contrario se intentará resolverlo mediante la apelación perniciosa moral de la sociedad. Ninguna de estas cuestiones puede ser dejada de lado, en particular la recuperación moral es una necesidad real, pero no se la puede lograr mediante un proceso sin contenido; se trata de una cuestión concreta.

En síntesis, las transformaciones aparecen expresadas en lo que ocurre con el cuerpo enfermo, que pasa de ser un objeto de trabajo a ser una mercancía. La denuncia de esto ya es un lugar común, cuando se habla de la comercialización de la medicina, solo que se equivoca su deter-minación para adjudicarla a comportamientos individuales, en lugar de buscarla donde realmente se encuentra, que es en la manera en que las concepciones ideológicas del capitalismo invaden los diversos ámbitos del quehacer social.

Una vez que el cuerpo enfermo se entiende en carácter de mercancía, no hay más que pasar a tratarlo como tal. El problema entonces se trans-forma en un manejo comercial, en el que se disputa la apropiación del plusvalor generado en los procesos de trabajo social, al mismo tiempo que se intenta la conservación del valor que justifica la existencia misma de la mercancía y que es responsable de los manejos absurdos o patéticos que se hacen con el cuerpo enfermo.

En torno de esa concepción se ordena la práctica médica de los países capitalistas. La relación médico paciente no es la relación humanitaria personal que se postula para ella. Es sencillamente una relación de transacciones comerciales entre un cliente y su proveedor, independiente-mente de si el servicio prestado responde a las necesidades de la persona que lo recibe. La forma global de la práctica no se diseña de manera que facilite la solución de los problemas de acceso de pacientes o uso de recur-sos, sino que se ordena en forma más o menos espontánea entre sus diversos contendientes, para resolver la disputa que se genera alrededor de la apropiación del plusvalor. El conocimiento que se genera alrededor esta práctica no es el saber que domina y transforma a la naturaleza, sino el que se pone al servicio de la explotación de las personas. La enseñanza de la medicina a partir de este cúmulo de relaciones no hace sino consoli-dar, en base a un círculo verdaderamente vicioso, la fetichización del cuer-po enfermo.

1.3 Determinación y sobredeterminación o lo abstracto y lo concreto: el cuerpo como abstracción

Es posible obtener un conocimiento de la realidad desde ópticas

diversas, desde la captación sensible e intuitiva de la misma, hasta su análisis con procedimientos científicos, pasando por otros métodos más o menos esotéricos. Algunos de estos procedimientos proporcionan resultados más verdaderos que otros, pero es muy difícil, posiblemente imposible, establecer comparativamente, es decir, basados en criterios comunes el valor de verdad de cada uno de ellos. Esto se debe a las diferencias intrínsecas para la validación de cada método. Intentar, por ejemplo, aplicar al análisis del zen la lógica formal, no resulta válido dado que ese método se basa (por lo menos en parte) en la destrucción de la lógica formal.

La ciencia presenta la ventaja, frente a otras maneras de conocer, de garantizar, en cierta medida, los resultados que obtiene, utilizando para ello procedimientos que exigen requisitos rigurosos, los cuales le permiten cumplir con su promesa de garantía. Pero el cumplimiento de esos requisitos no siempre se hace efectivo, cuando ello ocurre los resultados pueden ser falsos o verdaderos, pero su falsedad no es perceptible, como consecuencia de la alta generación con concomitante científico.

Existen varias maneras en que los científicos pueden equivocarse en su búsqueda de verdades. Los procedimientos que forman parte del método de la ciencia son terreno de debate permanente entre epistemólogos, metodólogos, filósofos e historiadores de la ciencia, además de científicos de ramas diversas (la polémica despertada por la obra de Kuhn, o la de Plagel, son ejemplos paradigmáticos de ello), pero a nosotros debe interesarlos particularmente la forma que consiste en lo que hemos llamado en este trabajo descontextualización.

Como dijimos, esta consiste en despojar al objeto de su ubicación en la realidad, en aislarlo como si existiera en un vacío material, tratarlo como si fuera un concepto puro ligado al mundo por el tenue y labil hilo de la relación causal simple, lineal, directa, que lo ata indisciblemente a las causas primeras o finales. Y es claro que la vida puede ser bastante más compleja que esa ingenua simplificación. Por esa vía se llega a la metafísica, en el sentido más peyorativo del término. Para ponerlo en lenguaje científico: la descontextualización del objeto de trabajo no permite su tratamiento como algo concreto, puesto que lo despoja de sus múltiples determinaciones.

múltiples determinaciones.

El proceso de abstracción consiste en ese despojar, en separar paulatinamente un fenómeno de la realidad, eliminando conceptualmente aquellas determinaciones que no se consideran esenciales para analizar el fenómeno que se está estudiando. De modo que el proceso de abstracción es necesario como una fase del proceso investigativo; el problema surge cuando no se reconstruye el fenómeno en cuanto realidad, cuando el objeto de trabajo permanece como objeto abstracto sin retomar el conjunto de determinaciones que lo concretan. Este segundo momento del proceso investigativo es una verdadera reconstrucción conceptual del mismo objeto real que le dio origen, la reconstrucción del objeto real es una parte

propia y compleja de la investigación, sin la cual la ciencia pierde su rigurosidad y su eficacia transformadora.

En el caso de la medicina y su objeto, el cuerpo de las personas, el fenómeno de abstracción concreción se cumple con las mismas características que en cualquier otro campo de la ciencia. Un cuerpo no es una persona; es una materia sometida a innumerables tensiones que lo partizan y dividen para que cumpla con las funciones que de él se requieren: es un cuerpo para que desee al mismo tiempo que un instrumento de trabajo y ocurra objeto de guerra. También es un conjunto de huesos y vísceras que una máquina de guerra. También es un conjunto de las facultades de medicina, los estudiantes despectados en los anfitriones de las facultades de medicina.

No cabe duda de que el cuerpo es todo lo que se dice en el párrafo anterior, tampoco que es legítimo analizarlo en esos aspectos, pero no lo es mantenerlo conceptualmente aislado en esos fragmentos de humanidad, que es lo que hace la medicina.

1.4 Ciência e Ideologia

La ciencia verdadera consiste en ese doble movimiento que parte de lo concreto real, abstrae del mismo un objeto al que analiza en su particularidad, lo devuelve a la realidad como un concreto pensado que se diferencia del anterior en cuanto se ha aclarado el papel del conjunto de las determinaciones que lo configuran. La rigurosidad y el valor de verdad de la ciencia están determinadas mucho más por este pasaje de lo concreto a lo abstracto y vuelta a lo concreto, que por la aplicación de lo que se conoce abstracto y vuelta a lo concreto, que por la aplicación de lo que se conoce abstracto y vuelta a lo concreto, que por la aplicación de lo que se conoce abstracto y vuelta a lo concreto. Cuando el rigor que se exige a la ciencia se reduce a cumplirse esta se transforma en ideología.

Es menester, por lo tanto, intentar aclarar el sentido de esa palabra prismática (en términos de Ludovico Silva), lo que nos permitirá entender las relaciones que se agrupan entre ciencia e ideología.

El mismo ludovico (*La plusvalía ideológica*, editores de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela) señala, a su juicio, una contraposición irreducible entre ciencia e ideología: todo lo que es científico es no ideológico, todo lo que es ideológico es no científico. Esta posición no es compartida por muchos otros autores, quienes entienden que la ciencia verdadera puede ser portadora de ideología, al margen de su valor como ciencia. Sin entrar en la polémica, veamos las consecuencias de estos

La afirmación de un par de párrafos anteriores acerca del rigor científico, parece indicar una coincidencia con la posición de Ludewicz: lo es en la medida en que se entiende el doble carácter que tienen muchas de las actividades sociales: por una parte, lo que hace al contenido específico de las mismas, en este caso el que corresponde a la ciencia como procedimiento para develar las verdades que se encuentran en sus objetos de estudio, pero también a un contenido inespecífico que solo tiene relación con

Cs. verdaculum

el hecho de que se realiza a través de una cierta forma de práctica. Este contenido inespecífico de la práctica es la ideología, o, para decirlo de otra manera: la ideología es una práctica que en lugar de descubrir verdades en los objetos, construye los sujetos de su práctica.

Estas razones llevan a considerar que la relación entre ciencia e ideología debe buscarse a través de la manera como se realizan las prácticas sociales. Al perder rigurosidad la ciencia, su práctica va a tener efecto únicamente en el terreno de la conciencia de los individuos, tanto de los que la realizan como de los que son menos observadores o receptivos de sus resultados. La ideología de la ciencia se encuentra en las formas de su práctica, la cual construye sus sujetos en el mismo proceso.

2. CIENTIFICISMO Y DEPENDENCIA

2.1 El cientificismo como ciencia descontextualizada

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

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

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

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

Las viejas grandes palabras comenzaron a temblar y poco después a perder vigencia. El golpe de gracia provino de donde menos se esperaba, al ser las mismas ciencias duras las que se encargaron de darlo: la relatividad de Einstein, el principio de incertidumbre de Heisenberg y el teorema de Gödel ocasionaron un terremoto científico durante la década del treinta que terminó con muchos de los mitos e ilusiones acerca de la ciencia.

Pero si en el campo académico las cosas estaban más o menos claras, en el terreno de la aplicación de la ciencia a los problemas de la vida coti-

diana las cosas eran mucho más complejas y confusas. No sabíamos cómo utilizar los conocimientos adquiridos para resolver los ingentes problemas que veíamos a diario, muchas de las disciplinas que llenaban horas y días de estudios solo eran útiles para formar profesores que enseñaran esas mismas disciplinas a otros alumnos que reproducieran el ciclo sin fin.

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

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

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

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

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

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

Los centros mundiales que producen ciencia están en Europa o en

entendidos del prob. a invest
en → 2 determinaciones → contexto (adec. - inadec.)

Norteamérica. Nuestros países son importadores de ciencia que ha sido creada en otros contextos, lo cual hace que la ciencia que utilizamos no esté ubicada en el marco que corresponde para que sea eficaz. La poca ciencia que creamos tampoco es una ciencia contextualizada, dado que sus problemas y métodos son también importados.

Este es otro de los males de la dependencia.

2.2. La dependencia como descontextualización de sociedad

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

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

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

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

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

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

El punto de vista social es el que reconoce un nivel de organización de la realidad que contiene y supera al que corresponde a los individuos. Ese nivel organizativo es como un cuerpo vivo compuesto de partes interconectadas por relaciones sumamente complejas que se refuerzan a veces, se contradicen otras, pero que son necesarias unas a otras para que el cuerpo que conforman no pierda su integridad.

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

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

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

La afirmación de la dependencia con alguno de los calificativos con que se acostumbra caracterizarla, destaca aspectos parciales de la misma, es decir, quita unidad a su interpretación y, en consecuencia, la describe parcialmente. Nuestra posición al respecto es que no existe una dependencia sólo económica (lo social, o política, o cultural) sino que todas se encuentran articuladas en la vida de una sociedad a través de una misma determinación.

La sociedad dependiente ha perdido los objetivos y las esperanzas que en algún momento generó su historia. No tiene una economía dirigida a la satisfacción de las necesidades de su gente sino a la de los explotadores de todo pelo. La política no es el debate libre de un pueblo que decide por sí y para sí sino una dolorosa ficción de democracia. La cultura no es la expresión de las raíces de lo nacional sino la copia ignominiosa y lamentable de cualquier otra cultura que siempre es mejor que la nuestra. Todo esto apunta a una sola cosa: la dependencia es la manera como se expresa en nuestros países la discontinuidad de la historia.

2.3 La ideología del cientificismo y la dependencia

Lo único que puede sustentar una posición al margen de la historia es una ideología, entendida en su sentido más tradicional como sistema de ideas que intenta establecer pautas para la conducción de la sociedad, en lugar de ser una práctica ligada al funcionamiento de la misma.

La única ideología posible para una ciencia y una sociedad descontextualizadas, es una visión del mundo de universales y absolutos, una *Weltanschauung* que desprecie cualquier referencia a lo concreto real, que se aparte de la molesta vida cotidiana para transitar por los senderos reservados a las élites académicas. La ideología del cientificismo y la dependencia puede en verdad llamarse ideología de la descontextualización.

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

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

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

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

Quizá la manera más transparente para visualizar la práctica ideológica del cientificismo, es mediante la imagen de la torre de marfil, el magífico aislamiento de la vida cotidiana para dedicarse por entero a la búsqueda de la verdad. En nuestros países, esta es una forma frecuente de realizar la actividad por parte de muchos científicos. Por otra parte, la asignación de fondos considerables para la construcción y dotación de

instituciones destinadas a esta forma de la práctica es, al mismo tiempo, un resultado y un refuerzo de la misma.

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

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

De modo que todo el trabajo se transforma, como en el caso del cientificismo, en un refuerzo ideológico de la concepción dependencista. No es demasiado grave que haya algunos científicos que asuman una posición científicista (lo cual no significa que su ciencia sea falsa, sino ineffectiva para la sociedad donde la practican), ni que algunos dirigentes políticos tengan una actitud de sumisión frente a los países imperialistas. Lo grave es que esas actitudes, a través de las prácticas ideológicas que generan, se transforman en el pensamiento hegemónico de las sociedades dependientes. Más que ideología oficial se trata de una ideología del Estado, es decir, de la configuración que corresponde a la del conjunto de clases que lo conforman.

Los circuitos viciosos que conforman las ideologías del cientificismo y la dependencia, se conjugan en una sola trama que atrapa en su red los propósitos de escapar, en cualquier terreno, a sus determinaciones. Esas determinaciones han sido señaladas como una falta de correspondencia, un poner fuera el origen real de los problemas, sacarlos de la historia. A esta práctica social la hemos llamado descontextualización.

En nuestro caso, sus consecuencias aparecen con claridad al examinar la relación que existe entre dependencia y enseñanza de la medicina.

2.4 La dependencia en la enseñanza de la medicina

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

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

El análisis de la enseñanza médica debe realizarse a través del conocimiento de sus determinaciones, en parte ya revisado en este documento. Esas determinaciones señalan las razones por las que esa práctica, la enseñanza, se realiza de la manera concreta que muestra la realidad. Lo concreto es, según Marx, la síntesis de múltiples determinaciones. En la síntesis que es la realidad se mezclan una serie de motivos cuya identificación puede no ser inmediata, pero es necesaria para poder intervenir sobre esa realidad y cambiarla.

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

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

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

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

Nuestra propuesta es que la observación anterior padece del mismo vicio que estamos criticando en esta sección. No toma en cuenta el contexto en que esa afirmación podría tener validez, de modo que se transforma en un buen ejemplo de lo que estamos tratando de transmitir. Es una afirmación fuera de contexto porque desconoce el hecho de que lo que tiene valor en nuestras circunstancias es el intento de realizar cambios en ámbitos significativos de la vida social, aunque sea difícil alcanzar todos los propósitos que motivaron la acción.

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

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

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

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

3. PROFESION Y FUNCION SOCIAL

3.1 El médico como profesional

Todo el mundo tiene una idea más o menos precisa de lo que significa ser un profesional, aunque esa precisión signifique cosas diferentes para distintas personas. Para el conocimiento común, profesional es el que conoce bien su trabajo y lo desempeña correctamente, cualquiera sea el procedimiento mediante el cual ha adquirido el conocimiento que posee.

Estas dos características: la forma de práctica y la manera de adquisición del saber necesario, van a reaparecer de otra manera en el tipo de conocimiento conocido como científico.

El conocimiento científico de la práctica profesional no hace más que destacar, con la manera enfática de los lenguajes especializados, lo que el conocimiento común ya había identificado como el desempeño correcto de las tareas en una determinada práctica. Desempeño correcto, entendido ahora científicamente, es el que se ajusta a normas impersonales, que no tienen que ver con los deseos, preferencias o intenciones del sujeto, que no realiza la práctica, sino con las características del objeto sobre el cual la realiza: alejamiento de la subjetividad para aproximarse a la objetividad de la situación. La traslación lingüística habla de criterios universales en lugar de particulares, en el sentido de algún patrón común de comportamiento para todos los lugares y circunstancias.

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

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

La idea de profesión implica, al mismo tiempo que una práctica eficaz y un modo particular de adquisición del saber, cierta legalidad, un reconocimiento de la capacidad necesaria para desempeñar una tarea específica dentro de un cierto campo de conocimiento. Esto, a su vez, requiere de alguna institución que se encargue de ese reconocimiento, pues lo legal exige de esa institucionalidad; de lo contrario no podría asignársele ningún sentido concreto. Ahora bien, lo legal institucional, ¿no es contradictorio con lo legal científico? Al menos en apariencia, lo primero es legal porque así lo determina algún texto o costumbre adoptado y aceptado por alguna institución que define la legalidad, en tanto que lo segundo lo es porque es verdadero.

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

obvio, no es de dudar la legalidad de la actividad policial, pero es difícil ver la legalidad (o la científicidad, en el sentido tradicional del término) de la actividad criminal.

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

En todos estos casos, llama la atención el hecho de que las actividades descritas se desarrollan en el terreno de la producción de servicios y, más específicamente, en el terreno de la circulación del capital. Esto parece indicar que el problema de la profesionalización corresponde a ese ámbito de lo social.

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

En el caso de la medicina, existe una larga tradición en cuanto al carácter profesional de la práctica médica. Dicho carácter deriva del reconocimiento que amplios grupos sociales han hecho de esa práctica como algo profesional. Pero esta afirmación parece apuntar más bien a una necesidad de la sociedad que realiza el reconocimiento que a una cualidad intrínseca de la práctica reconocida.

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

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

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

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

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

3.2 La función social de la profesión médica

Digamos de comienzo que el médico cumple dos funciones en el desempeño de sus tareas: una función médica y una función social.

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

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

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

Las nociones de trabajo abstracto y concreto desarrolladas por Marx en *El Capital*, se refieren a las formas en que un trabajador conserva el valor de los materiales con que trabaja y sobre los cuales trabaja al producir un nuevo producto (trabajo concreto) y, al mismo tiempo, agrega valor al producto (trabajo abstracto). La función social del trabajador es crear valor, a la vez que realiza su trabajo concreto de transferir el valor contenido en los objetos y materiales de trabajo a los nuevos productos. Las nociones de trabajo concreto y abstracto pueden extenderse a los trabajadores improductivos, en el sentido que aparecerá en los párrafos siguientes.

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

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

La condición de dependencia agrega una carga adicional sobre el trabajador, en tanto crea una sobredeterminación de la situación de

explotación al someterlo a los dictados del mercado internacional (siempre desfavorable a los países dependientes) y sobre todo a las condiciones financieras que esos mercados establecen en el dominio de la circulación de los productos.

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

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

La identificación objetiva de clase (clase en sí) —o, en términos del debate teórico, la situación de clase— debe hacerse tanto desde el punto de vista de la posición que se ocupa en el proceso de trabajo como del resultado del mismo.

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

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

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

Por fin, la identificación subjetiva de clase por los médicos (clase para sí) —de nuevo llevándola al debate teórico: la posición de clase, aquella que solo puede definirse frente a los conflictos sociales que se enfrentan— es

una verdadera confusión que se deriva en parte de la confusión que revela la discusión precedente y, por otra parte, en el deseo consciente o inconsciente de los médicos de no identificarse con trabajadores explotados.

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

La descripción de una tercera clase posible, que se suma a las dos fundamentales de la sociedad capitalista, no hace sino agregar confusión y ambigüedad a la ya existente. Cualquiera sea la solución teórica (y práctica) al problema planteado, esta confusión y esta ambigüedad hacen que las formas específicas de articulación de los médicos en el Estado de los países capitalistas dependientes les confiera, a través de su actuación profesional (definida en base a esa articulación), una significación particular, a la que nos referimos en los párrafos siguientes.

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

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

La función social del médico es parte de su práctica profesional, es indistinguible de ella, pero, al mismo tiempo, es independiente de la función médica que se cumple mediante la misma actividad. Esta dualidad de significación que se unifica en la realización del acto médico, es la fuente de las falsas interpretaciones que se hacen acerca de la función del médico en la sociedad, las cuales se expresan con frecuencia en una formulación idealizada que destaca el papel altruista de esa función, sin percibir los componentes estructurales que hacen del funcionamiento de la sociedad una unidad orgánica.

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

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

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

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

La medicina no escapa a esta determinación. Por el contrario, siendo una profesión cuyo objeto de trabajo es el cuerpo de las personas, se encuentra en innegable posición para, al mismo tiempo que cuida de ese cuerpo, servir como uno de los elementos del control que el Estado ejerce sobre el mismo. Y esta es la inserción precisa de los médicos y la función social específica que ejerce la medicina en nuestras sociedades. Quiere decir que el conjunto de la institución médica, esto es, sus profesionales y las prácticas que desarrollan, cumple una función que completa los procedimientos de control que ejercen los otros aparatos ideológicos (o hegemónicos, en clave gramsciana) del Estado para legitimar su existencia.

El hecho de considerar la institución médica como un aparato ideológico tiene indudables consecuencias para el análisis de los comportamientos que desarrollan tanto los profesionales de la medicina (no solo médicos) como la población que utiliza los servicios. Las consecuencias más importantes van a manifestarse en forma de cambios en la manera de considerar los problemas que presenta el ejercicio de la medicina, tanto para quienes la ejercen como para quienes son objeto de la misma. No es lo menos importante el que esos cambios tiendan a facilitar una aproximación entre unos y otros, puesto que el distanciamiento existente es la principal dificultad para una reconsideración a fondo de todos esos problemas.

La significación que tiene esta manera de visualizar la función social del personal de salud no puede ser demasiado enfatizada, puesto que es la base real de una verdadera toma de conciencia de ese personal, lo cual

abrir el camino para las necesarias redefiniciones que estamos buscando en el triple terreno de la docencia, la investigación y la práctica médica.

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

Lo que sin duda podría afirmarse es que lo más importante va a ocurrir al conjunto de la población, y esto porque un cambio en la función social de la práctica médica implica un verdadero cambio social (afirmación que implica una crítica a las concepciones sectoriales), como intentaremos mostrar a continuación.

3.4 Prácticas alternativas como lucha ideológica en la construcción de hegemonía

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

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

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

En lo que hace a la práctica de la medicina, el pensamiento hegemónico, esto es, consensual, asigna a los profesionales de la salud la responsabilidad de esa práctica en cuanto función médica. Como se ha señalado, no existe una asignación ni un aprendizaje de la función social de una determinada práctica.

La asignación de la función médica a los profesionales es, a su vez, una función social institucionalizada mediante los procedimientos burocráticos mencionados antes, pero tales procedimientos son también el resultado de conflictos de diverso carácter desarrollados a lo largo de un

periodo histórico. No siempre la función médica estuvo en manos de los profesionales de la salud, lo cual pone en evidencia que el pensamiento hegemónico acerca de esa práctica cambió de entonces a ahora.

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

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

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

Nuestro propio pensamiento hegemónico reconoce ese origen, a partir del cuestionamiento de la práctica tradicional de mediados del siglo pasado, que respondía a las concepciones hipocrático galénicas similares a las que hoy llamaríamos ecológicas, para proponer otra forma de práctica sustenta da en una concepción diferente, no necesariamente incompatible con la anterior, pero que ha desencadenado no solo una práctica distinta, sino que ha dado origen a una dura lucha ideológica entre lo que se identifica como las formas biológicas de la práctica y las formas sociales de la misma.

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

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

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

4. HISTORIA Y RECONTEXTUALIZACIÓN

4.1 El cuerpo, de máquina a signo

Es un hecho conocido que el cuerpo de los seres humanos se ha ido transformando a lo largo del tiempo en un lento proceso que ha modificado sus características anatómicas y fisiológicas. Hay que decir más bien que el cuerpo humano es una construcción permanente cuyo origen no puede identificarse en un inicio preciso y definido sino en un proceso evolutivo. El proceso cuya consecuencia es el cuerpo que somos puede ser considerado como el de la construcción de una máquina, cuyo funcionamiento se adapta permanentemente a las condiciones de existencia de los seres humanos.

La máquina humana es por cierto admirable y la admiración que produce ha sido expresada por todas las artes en todas las épocas. No obstante, lo que nos interesa señalar es que en el proceso de construcción solo de otras máquinas, sino también de otros seres vivos. En algún momento la máquina humana se transforma en signo.

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

¿Ser un signo es ser signo de algo?

¿De qué es signo el cuerpo de los seres humanos?

El cuerpo resume y expresa muchas cosas, pero su significación es una significación histórica, que aparece en el curso de la historia como ascenso de máquina a signo.

La revelación como signo se realiza a través de múltiples manifestaciones: el bienestar físico que produce un trabajo manual realizado en ciertas condiciones, la satisfacción al completar un trabajo intelectual, el placer que produce el amor y la belleza con que se muestra en la pareja, la fuerza que muestra el cuerpo en el combate, el bienestar, la satisfacción, el placer, la belleza y la fuerza de los cuerpos felices.

Todas las expresiones del signo que es el cuerpo se han ido creando o modificando a través de la historia. El cuerpo como signo histórico en su expresión feliz es la salud, lo contrario es la enfermedad.

La historia, a su vez, puede entenderse como el proceso social a través del cual se construyen (producen, reproducen) los cuerpos de los seres humanos.

4.2 La construcción del cuerpo a través de la historia como instrumento de trabajo manual e intelectual

La filogenia es el proceso de evolución biológica de la especie humana. La referencia a la evolución biológica puede ser engañosa, ya que designa el resultado del proceso y no el proceso mismo. Este se caracteriza por ser un proceso social, puesto que se encuentra mediado por la más importante de las relaciones establecidas entre los seres humanos en cuanto sociedad: la que le permite el dominio de la naturaleza.

El progresivo dominio de la naturaleza por la especie humana requirió, en el alba de la historia, la transformación del mono en homínido y la de este en ser humano, con las correspondientes modificaciones anatómicas (el instrumento que es origen de todos los demás), y la más importante de todas: el voluminoso desarrollo del cerebro y, sobre todo, de las neuronas en la capa de sustancia gris que lo recubre.

Las transformaciones filogenéticas del cuerpo de la especie van apareadas a otros cambios que no ocurren en el cuerpo, sino en la manera en que este se relaciona con la naturaleza. O, mejor dicho, el proceso que realiza la intermediación entre esa relación y la modificación del cuerpo es el trabajo.

La primera actividad que tiene apariencia de trabajo humano, aunque sin diferenciarse aún de la que realizan los antecesores filogenéticos de los seres humanos, es la recolección de frutos vegetales y la matanza de animales para proveer las necesidades básicas de esa etapa del desarrollo. Esa actividad manual e instintiva se encuentra inicialmente centrada en el sujeto que la realiza, su desplazamiento hacia el objeto de la actividad va a crear las condiciones para la transformación más asombrosa que ha experimentado jamás la especie humana: la aparición de la capacidad de pensar.

A partir del momento en que surge la capacidad de pensar como consecuencia de la desobjetivización (u objetivización) del trabajo, la actividad manual va acompañada de su contrapartida simbólica que es la actividad intelectual. Y también a partir de allí el cuerpo habrá alcanzado un grado de desarrollo que presentará pocas modificaciones (desde el punto de vista anatómico) que sean siquiera comparables a las experimentadas hasta entonces.

Sin embargo, el trabajo como categoría determinante de las transformaciones ocurridas, no cesará en su capacidad de producir cambios, solo que ahora estos se encontrarán en la esfera del desarrollo intelectual: el sentimiento estético y el pensamiento científico son dos de las formas elevadas que aparecen como consecuencia de la relación entre actividades manuales e intelectuales mediadas por el trabajo reciproco entre unas y otras.

Hacer un hecho es un trabajo manual. Pensar en hacer un hecho es un trabajo intelectual. Pero es, filogenéticamente, imposible pensar en hacer un hecho si no nos enfrentamos a la necesidad de ampliar la capacidad de trabajo de nuestro cuerpo máquina (para derribar un árbol o matar un animal, por ejemplo). Esta espiral de determinaciones reciprocas no se detendrá jamás; su historia es la historia de la humanidad.

4.3 La sexualidad y el uso del cuerpo en la práctica del amor

En el desarrollo de las personas los sentidos juegan inicialmente un papel predominante. De hecho, la construcción del sujeto parte de la apropiación sensitiva de los objetos exteriores: el primer paso hacia el conocimiento que es la subjetivización del objeto, es al mismo tiempo la afirmación ontológica de la sensualidad como instrumento en la construcción de la sexualidad.

Nuestro concepto de sexualidad excede la simple definición de lo que está referido al sexo (macho, hembra), para abarcar una triple práctica que nos relaciona con los otros a través de un sentimiento de amor. Esas prácticas se dan simultáneamente en los niveles individual y social como práctica intelectual (la creación y el conocimiento estético), sensual (la percepción del placer) y reproductiva (biológica y social). El amor involucra estos tres aspectos, como un movimiento dirigido hacia desarrollar en el otro (los otros) el máximo de sus capacidades (en la definición de Fromm).

El conocimiento estético implica el doble flujo de la incorporación de la belleza por vía de los sentidos, su elaboración intelectual y su devolución como producto de esa aprehensión. La percepción del placer sigue un camino similar en el que se privilegia la primera parte del circuito señalado. La reproducción biológica y social contiene las dos prácticas anteriores. De manera que en esta interpretación del amor se borran las diferencias entre las prácticas intelectuales, sensuales y sociales para integrarse en una sola práctica sexual que las combina.

La sexualidad utiliza al cuerpo en la práctica del amor tanto a través de la percepción de la belleza y el placer en sus manifestaciones sensibles, como en la elaboración intelectual de los mismos y su consiguiente conocimiento inseparable de su práctica, de una práctica que es a la vez subjetivación y sujeto.

La proyección en la historia de la práctica del amor se hace en el proceso de reproducción social a través de la reproducción biológica de los individuos que conforman esa sociedad, pero también mediante la reproducción de las condiciones que permiten el desarrollo de las capacidades individuales y sociales: de ahí la importancia de la definición de Fromm, dada su aplicación a lo que bien puede llamarse metas en el desarrollo histórico de la sociedad: el permanente incremento de nuestras capacidades sociales, es decir, el amor.

4.4 La historia como lucha y el cuerpo como arma de combate

La historia del cuerpo máquina en su construcción a través del trabajo y la historia del cuerpo signo en su realización a través del amor, se determinan reciprocamente y se construyen políticamente. Esta construcción política del trabajo y del amor es la historia como lucha permanente.

Las luchas políticas se realizan en muchos niveles y de distinta manera a lo largo de la historia. Una de esas maneras es el combate, el cual asume dos significaciones principales: la expansión, conquista o defensa territorial, y la disputa por el poder. En algunos casos estas dos significaciones se combinan en una sola, en todos los casos el instrumento principal del combate es el cuerpo de las personas.

En nuestra época, la primera significación se expresa en forma paradigmática como nacionalismo, la segunda, en los países capitalistas, como lucha específicamente política. Por si fuera necesario, aclararíamos que esta afirmación no significa (de ninguna manera) una autonomización de la política, sino que, por el contrario, se trata del examen particularizado de una de las consecuencias de la integración de los fenómenos económicos, culturales y políticos en una sola e inseparable dimensión, mencionada en el primer párrafo de esta sección. Volvamos ahora al análisis del nacionalismo y la lucha específicamente política, para señalar que ambas significaciones pueden asumir dos formas principales.

El nacionalismo puede entenderse como la defensa positiva de lo nacional o como la agresión a lo externo, aunque casi siempre su discurso va a acentuar lo primero en detrimento de lo segundo. La diferencia principal —desde la óptica planteada en este trabajo— va a ser que el nacionalismo agresivo basará su práctica en el uso del poder como forma de dominación, en tanto el positivo intentará realizar una práctica hegemónica: otras diferencias completarán su significación ideológica.

La lucha específicamente política, a su vez, puede entenderse como una disputa por el poder de decisión con el propósito de reproducir las condiciones sociales existentes o, alternativamente, como un intento de cambiar esas condiciones. La expresión más clara de esto último es la lucha de clases, con el significado de intereses irreconciliablemente antagonistas de las clases, definidas por su papel específico en la produc-

ción de la vida social. También en este caso aparece la misma diferencia que en el anterior: las dos posiciones se diferencian en cuanto a la práctica de dominación en el uso del poder o, alternativamente, el intento de construcción de una nueva hegemonía.

Las combinaciones entre las formas polares de nacionalismo y lucha política ordenan no solo las características políticas de una sociedad, sino también —lo cual es más pertinente para nuestro propósito— las formas específicas en que la sociedad mantiene mecanismos de control social.

El nacionalismo agresivo más la lucha política en favor de la reproducción resulta en gobiernos reaccionarios que, en los países dependientes, ejercen una represión indiscriminada como mecanismo de control social: el reino del terror.

La combinación de política reproductiva más nacionalismo defensivo produce una democracia formal liberal —conservadora, que institucionaliza numerosos mecanismos ideológicos de control, conocidos desde Althusser como aparatos ideológicos del Estado (manteniendo también cierto nivel de represión física tolerable). Uno de esos mecanismos es la medicina tradicional.

Nacionalismo agresivo y lucha política no reproductiva se articulan en formas de gobierno ora demagógicas, ora populistas. Aquí los mecanismos de control también se inclinan fuertemente por los controles ideológicos, llegando en algunos casos a la represión sutil que utilizan los aparatos del Estado, sin llegar a los extremos de la represión física.

Algunos países en la órbita del socialismo real ejemplifican este caso desde el lado de lo que podría llamarse imperialismo de izquierda. Su contrapartida interna es la dictadura del proletariado.

Por último, la democracia real aparece como una combinación de nacionalismo positivo y política de cambio. En este caso, por el mismo hecho de que se trata de la construcción de una nueva hegemonía, no existirían mecanismos de represión, ni físicos ni ideológicos, sino un permanente debate que sería el principal instrumento de articulación social.

4.5 La visión colectivista del cuerpo como objeto de trabajo médico

La triple historia del trabajo, el amor y el combate, se unifica en su resultado: la producción de la vida social. La sociedad no es otra cosa que la totalidad concreta de esa única historia, que puede ser vista a través de diferentes ópticas, de múltiples facetas, pero que siempre vuelve a descubrir el mismo referente que es los cuerpos en movimiento vital: unidos para trabajar, para amar, para combatir.

El cuerpo social, formado por los cuerpos vivos de las personas en relación, es el verdadero objeto del trabajo médico. Esto debe ser así porque, si la medicina cuida o restituye la salud de los cuerpos, ello impli-

Verdad del objeto trabajo médico → cuerpo social.

Es de salvar → es histórica → recontextualización

ca el cuerpo vivo, el cual no puede ser otro que el cuerpo en relación significativa con los demás. Dicha significación se alcanza superando la particularidad individual para acceder a la generalidad social.

El estar en relación con otras personas de modo que se conforme una sociedad, es lo que posibilita y define la humanidad de los cuerpos, definiendo que excede la conceptualización en términos meramente ideológico-simbólicos, para concretarse en las prácticas reiteradamente señaladas. De manera que se comete un error fundamental cuando se considera como objeto de trabajo médico al cuerpo de un individuo aislado, pues se pierden las determinaciones reales (históricas) que le confieren sus características únicas e irreversibles: vida y humanidad.

Esto no es nuevo para muchos médicos que desde siempre han sabido que su función social es, precisamente, defender la vida y la humanidad de las personas a su cuidado. Basta releer el Juramento Hipocrático para percibir como desde la antigua Grecia nos llega ese legado histórico.

Lo que quizás no sea tan trivial es la manera de aproximarse al cumplimiento de esa función, por la vía de considerar todas las determinaciones pertinentes para entender al cuerpo enfermo en una determinación rescate sus referentes sociales, no tanto por los cambios en un marco que niñque en cuanto enfoque de procedimientos diagnósticos o medidas terapéuticas (que pueden ser muy importantes) sino, sobre todo, por la actitud con que el médico enfrentará la relación con las personas a su cuidado y su misma inserción en el proceso social.

4.6 La ciencia como recontextualización histórica

Estas consideraciones conducen a reflexionar en torno al significado de la ciencia en general y de las ciencias de la salud en particular. Como ya debe resultar obvio, nuestra posición es que una ciencia de salud verdadera no puede ser otra cosa que una ciencia histórica.

La afirmación talante que hacemos es que no existe una ciencia de vida que sea siempre, sino que el primer momento de la reflexión científica debe ser el que corresponde a colocar los objetos y métodos de estudio en contexto histórico. La tarea científica comienza en el mismo momento en que se realiza esa recontextualización.

Es más: en cada momento puede haber más de una ciencia en relación a un mismo problema. En la Grecia esclavista de la democracia ateniense (democracia, claro está, para los demócratas), había una medicina para los esclavos y otra para los ciudadanos. Y está bien que así fuera, porque los contextos históricos de ambas situaciones eran diferentes: el cuerpo de los esclavos conservaba aún en buena medida su condición de máquina, en tanto el de los ciudadanos había pasado a ser signo y, en consecuencia, debía cuidarse en ese carácter a través de la perfección fisi-

ca y la belleza. A las máquinas, repararlas para que continuaran en funcionamiento.

Hay una tendencia natural a eliminar ese primer momento de reflexión científica. Cuando ello ocurre, el objeto de estudio (o el método) puede quedar desfasado del acontecer histórico: descontextualizado. En este caso lo que se desarrolla es una pseudociencia que se transforma de inmediato en una remora que intenta volver hacia atrás las ruedas de la historia. No se trata de una ciencia conservadora sino de una anticiencia.

El proceso de poner los problemas en contexto es vital, en especial para los países dependientes, puesto que la descontextualización de la pseudociencia es uno de los principales mecanismos de dominación de que disponen los países centrales en el terreno de la cultura. Esto cuenta con un importante aparato transnacional que es la organización misma de la ciencia, expresada en los mecanismos de legitimación de la actividad científica.

5. MEDICINA Y FUTURO

5.1 La historia del futuro como práctica de la libertad

La ciencia en contexto es, necesariamente, una ciencia de avanzada, una ciencia cuyo problema, por lo mismo que está inserta en la historia, no puede ser otro que contribuir a solventar las trabas que dificultan el avance hacia formas mejores de sociedad. Por ello una ciencia histórica es, también, una ciencia que sirve para la construcción del futuro.

Ello no significa, no puede significar, que hay un determinismo inevitable del futuro hacia formas superiores de organización social. Lo que sí quiere decir es que si la ciencia es verdadera, es decir, si está en contexto, entonces su quehacer se inscribe en la lucha política, en el combate por alcanzar las metas que se identificaron en el acápite anterior: el máximo desarrollo de las capacidades de todas las personas.

Visto desde este terrible año orwelliano, el futuro no luce optimista. La configuración de las fuerzas más reaccionarias de la historia coincide con la más extraordinaria acumulación de fuerza física destructiva. Una guerra monstruosa es un futuro probable.

Pero tal como no hay un determinismo inevitable hacia formas superiores de sociedad, tampoco es inevitable la degradación hacia el holocausto final. Y no lo es porque las fuerzas sociales que comparten un mismo ideal de progreso, pueden transformarse en las promotoras de una nueva conducción que replantee la organización de la sociedad a través de nuevos sujetos sociales, con una visión que retome y reformule los viejos problemas en los nuevos contextos.

Debemos entender que la construcción del futuro es una tarea cotidiana, que la historia es una práctica que se realiza día a día como una

descontextualización → lucha política

construcción política; la historia del futuro debemos elegirla hoy como práctica de la libertad.

5.2 La significación del cuerpo libre en la práctica del trabajo, el amor y el combate

Nuestro contexto histórico nos remite hoy a las dos maldiciones bíblicas a las que nos hemos visto sometidos desde tiempo inmemorial, y abre una tercera opción que supera a las dos anteriores. Al "ganarás el pan con el sudor de tu frente" y "pararás con dolor", debemos agregar una nueva consigna: lucharás para construir la historia.

5.2.1

La historia de nuestros países es la de la explotación de su trabajo. Esa explotación, analizada desde antes de Marx como la apropiación por la clase capitalista del excedente de valor generado por la clase obrera, va mucho más allá de ese simple (conceptualmente) movimiento de la circulación y acumulación del capital.

Es en la esfera de la producción, en el mismo proceso de trabajo donde la explotación tiene sus características más nefastas, ya que es allí donde el trabajador se ve desplazado en su humanidad por un patrón más terrible que cualquiera de los que los capitalistas son capaces de concebir: la máquina.

Entiéndase que este no es un alegato en contra de las máquinas; si es un alegato en contra de las máquinas como los componentes fundamentales en la definición del proceso de trabajo. El manejo del obrero por la máquina completa el desplazamiento de la utilidad intrínseca de los bienes por su valor como mercancía.

Los trabajadores en nuestros países sufren de una doble explotación: la que padecen como explotados por los capitalistas locales y la que se deriva de ser países dependientes. Por si fuera necesario un ejemplo de esto último, la deuda externa de América Latina podría dar una idea de su significación, pero más allá de eso está el ejemplo directo del envío de fábricas altamente contaminantes a los países dependientes, justificadas como redespigüe industrial.

Ya hace algunos años que Oscar Varsavsky definió el criterio pueblacentrico frente al empresocentrico para evaluar proyectos bajo racionalidad socialista. Ese criterio, a favor del pueblo, debe pasar a ser un componente fundamental de cualquier visión renovadora en serio de la organización social.

A favor del pueblo quiere decir que los procesos de trabajo deben dejar de ser la amenaza para la salud de los obreros y de la población general que son en la actualidad, para pasar a constituirse en procesos

diseñados de manera que el cuerpo de los trabajadores se sienta libre durante el mismo. Más aún, el cuerpo de los trabajadores debe sentir la satisfacción que derive de un trabajo bien hecho. Como la salud es, en parte, esa satisfacción, el estudio del cuerpo en el trabajo será parte también de la ciencia médica verdadera.

Contextualizar el estudio del cuerpo en la práctica del trabajo no significa que los programas de estudios médicos deberán incluir exhaustivamente el análisis de esa práctica, sino que deberán hacer referencia a la misma para ubicar correctamente el análisis de la génesis y perspectivas de los problemas individuales o colectivos de salud.

No obstante, el propósito de la referencia va más allá: su destino final es alcanzar la conciencia social del futuro médico como medio de capacitarlo y disponerlo no solo para el ejercicio de la medicina, sino para su práctica social, esto es, para formar parte de la base de apoyo al proyecto transformador que elimine la explotación del trabajo y que reformule los procesos de trabajo con criterio pueblacentrismo.

Nuestra propuesta, en consecuencia, es que el estudio de la medicina debe contener (no como especificidad sino como referencia) el análisis de los procesos de trabajo en los que se encuentran insertos los trabajadores, y más allá de esto, la definición de los criterios con que un proceso de trabajo podrá ser considerado adecuado para seres humanos en una sociedad más responsable que la nuestra.

El criterio humano de proceso de trabajo adecuado estará dado por aquel que produzca satisfacción en el momento de realización del mismo; solo así el trabajo dejará de ser una condena para pasar a constituir algo que nunca debió dejar de ser: un instrumento de liberación del pueblo.

5.2.2

Existe un cierto paralelismo entre la explotación del trabajo y los desplazamientos inhumanos que ello genera en el proceso de trabajo y en la creación de valor, con la explotación del amor y los desplazamientos, aún más evidentemente inhumanos, que ello genera en las relaciones afectivas.

Los valores, indudablemente de uso, que se generan en la práctica del amor, no solo han llegado a ser degradados al carácter de mercancía explícita (en la prostitución), sino que lo han sido también, de una manera más sutil, en relaciones que no implican tal carácter.

Así como el capitalista se apropia del saber y del excedente de valor generado por el obrero, existe una apropiación parcial del cuerpo del otro en la práctica del amor. Hay una verdadera política de las relaciones afectivas, a través de la cual los cuerpos de las personas dejan de ser libres para constituirse en un dominio de otros. Esto, que en algunos casos constituye una patología mental, en otros se transforma en una norma de comportamiento social.

Algunas de las normas institucionalizadas tienen siglos de duración y, en consecuencia, pueden parecer permanentes e indiscutibles; el matrimonio, la familia. Este es un terreno sumamente delicado; es indudable que un referente afectivo es de importancia vital para el desarrollo de las personas y para su salud, pero ¿por qué ese referente tiene que ser siempre el mismo?

De hecho, la relación familiar ha sufrido cambios significativos en las últimas décadas. El más importante, en relación con los procesos de industrialización y transformación urbana, es el paso de la familia extendida a la nuclear, con las consiguientes modificaciones en cuanto a su organización como referente afectivo: de la permanente disponibilidad, variabilidad y versatilidad de personas a quienes recurrir en caso de necesidad, a la ambigüedad y rigidez de acceso.

Estos cambios no han sido explorados aún de manera adecuada en su significación respecto a la salud. En los países más desarrollados, donde ese proceso ha avanzado con mayor profundidad, han aparecido una serie de nuevas instituciones y de experimentos organizativos que en apariencia son intentos para resolver problemas creados por la nueva situación: desde instituciones de cuidado para personas que resultan una carga intolerable para una familia nuclear, hasta comunas u otras formas de organización social que ejemplifican una propuesta de remplazo de la familia tradicional.

Lo que resulta claro es que la política represiva acerca del cuerpo, tradicionalmente institucionalizada como norma (a través de la iglesia, la escuela, la legislación) y como organización (en la familia y el matrimonio), es cada vez más una cuestión pública, un tema de la política y una búsqueda de nuevas formas de comportamiento que avancen en la lucha contra esa represión.

En consecuencia, existe un amplio campo de estudio en que el objeto de trabajo es el cuerpo del afecto, tanto en su capacidad de expresión como en las condiciones internas y externas para que esa expresión sea posible. Puede ser que esto conduzca a identificar causas y objetivos, en el terreno de la salud, que hoy consideraríamos al margen de lo que es nuestra medicina. Es probable que esas causas y objetivos implicaran, como en el caso del trabajo, problemas y propuestas de organización social, o mejor de reorganización social. Y si bien este no será un quehacer de la medicina, esta habrá cumplido un papel importante al colaborar en su identificación y análisis.

Los criterios de una práctica humana del afecto deberán regirse, también en este caso, por la búsqueda de aquellas situaciones internas (de los individuos) y externas (de las relaciones sociales en grupos pequeños o amplios) que tiendan a permitir la expresión del placer y la belleza que son consecuencia del afecto. Como es obvio, esta visión implica la triple práctica que se señala en el capítulo anterior.

5.2.3

La historia puede considerarse desde distintos puntos de vista, pero una constante a través de los tiempos ha sido la de las luchas que en todas las épocas han constituido parte significativa del contenido de la historia.

Las batallas de la historia han tenido por objeto conquistar el dominio del territorio o derrotar y someter a algún enemigo real o imaginario, pero el contenido más constante y permanente de las luchas ha sido la apropiación y el control del cuerpo de los otros o, alternativamente, el intento de su liberación.

Si la historia pasada es un indicio de lo que pueda ser la historia futura, significa que debemos emprender nuevas luchas para conquistar la libertad del cuerpo en el trabajo y en el amor, esto es lo que justifica nuestra afirmación anterior de que la construcción de la historia es una práctica política.

Puede parecer extraño plantear que la salud tiene que ver con el cuerpo, pensado como instrumento de lucha política, pero esas son las condiciones que nos impone la historia, si aceptamos la idea de una ciencia verdadera en los términos en que la hemos descrito.

El cuerpo del combate es un cuerpo colectivo; por lo tanto, su estudio excede nuevamente el contenido de los estudios de medicina. No obstante, la referencia a la fuerza del cuerpo que combate debe servir de marco de análisis para entender la significación de esos estudios. Otra vez, el alcance de esta referencia va a ser el que corresponde a la correcta inserción del médico en el proceso social de la medicina, en la medida en que entienda cuál es la función social de la medicina, en la que el cuerpo que se analiza es el objeto y la vía de construcción de la historia.

5.3 La medicina futura como profesión democrática

Es indudable que en una ciencia en contexto, las viejas preguntas adquieren nuevos sentidos. No es lo mismo preguntarse por qué estudiar medicina cuando la perspectiva es la de realizar una práctica que se inscribe en un marco liberal positivista, en el que la medicina es un comercio, que cuando se piensa la historia de Latinoamérica como es, en su marco de explotación continua y de dependencia creciente.

La medicina del pasado, no contextualizada, ha sido, pese a las buenas intenciones de muchos de sus practicantes, una ciencia puesta al servicio de la explotación del cuerpo en el trabajo y de la represión del cuerpo en el amor. Y esto es independiente no solo de las buenas intenciones, sino también de los resultados que en numerosas circunstancias han significado el alivio de un mal o la curación de una enfermedad individual, pero habíamos de la significación social de la medicina, de su signifi-

cación como proceso que tiene que ver con la vida de relación de las personas y con la manera en que esa relación se transforma en historia.

Por cierto que no siempre los practicantes de la medicina han tenido buenas intenciones. La historia reciente señala innumerables circunstancias en que los médicos han servido a fuerzas retrógradas, llegando a ser copartícipes de las formas más inóviles y horribles de la represión del cuerpo: la tortura.

No es una novedad que siempre ha habido quien estuviera dispuesto, de manera voluntaria o a regañadientes, a maltratar a sus semejantes, pero lo importante es percibir la relación que existe entre esto último y la forma de enseñar medicina, porque la actitud del médico que ayuda a recuperar las fuerzas físicas a un cautivo para que pueda seguir siendo torturado es compatible con la manera en que se enseña medicina en la actualidad. Ello no sería así, no podría serlo, en caso de que los contextos del análisis del cuerpo se definieran, tal como lo proponemos aquí, por la búsqueda de las significaciones del cuerpo libre en el amor y el trabajo.

No es necesario llegar a los extremos con que hemos ejemplificado los excesos que pudiera permitir una cierta enseñanza de la medicina. No es necesario, en la mayoría de los casos, recordar que existieron la Alemania nazi, la Venezuela de Pedro Estrada o la Argentina del Proceso, para saber a qué extremos puede llegar la deshumanización de la raza humana.

Hay formas mucho más sutiles que las señaladas, a través de las cuales es posible percibir la función social tan el sentido que se menciona más arriba en este mismo apartado) que ha desempeñado la profesión médica en nuestros países. No hay que esforzarse mucho por descubrirlo; el rol que Talcott Parsons le asigna a la práctica médica es el de control de una desviación social.

Un enfermo, para la sociología funcionalista, es una alteración, un error del funcionamiento social. En consecuencia, el enfermo debe ser suspendido en sus funciones como ser social en tanto dure su enfermedad. Para ello, debe adquirir un nuevo estatus: el de enfermo, lo cual le abre un nuevo campo de comportamientos posibles al mismo tiempo que protege al conjunto de la sociedad de los efectos nocivos, biológicos y sociales, que podría acarrearle el contacto con el deviado.

El actor social al que esa sociología asigna el papel de juez en este proceso es el médico; su dictamen es inapelable y al individuo al que él ha diagnosticado como enfermo solo le cabe aceptar su rol. En suma, el médico es un controlador social a nivel de los individuos, mucho antes que las coincidencias de muchos deviantes sociales se convierta en un riesgo para el equilibrio social y tengan que entrar en funciones mecanismos de control generalizados.

Tal vez corresponda mencionar al pasar que no todos los médicos cumplen ese papel todo el tiempo. Quizás sea pertinente señalar que la revolución freudiana es, también, una crítica implícita a las antiguas

nociones de salud y medicina. Pero esto abriría otra perspectiva en la que no queremos entrar ahora.

El papel controlador del médico, de más está decirlo, no es un papel consiente, pero es el que ha desempeñado desde que el capitalismo generó una sociedad con alta potencialidad conflictiva en una atmósfera de democracia formal, y el que sigue y seguirá desempeñando en tanto no sea sustituido por una nueva manera de considerar su objeto de trabajo y su inserción social.

Si en el futuro hay ciencia verdadera y si la historia avanza en la dirección del progreso, la medicina puesta en contexto científico e histórico no podrá ser otra cosa que una profesión democrática, una profesión cuya propuesta social sea la liberación del cuerpo de los otros para trabajar, para amar y para luchar por lograr primero y por conservar después esas conquistas.

En esta perspectiva, enseñar medicina hoy equivale a intentar que esta se transforme en ciencia verdadera y que la historia avance en la dirección del progreso.

* TENDENCIAS EN PLANIFICACION

1. DE HISTORIAS Y TEORIAS

1.1 Malentendidos históricos

La planificación desarrollada en América Latina durante la mayor parte de las tres últimas décadas ha sido víctima de varios malentendidos que han generado sucesivos periodos de euforia, decepción, crisis y recuperación parcial. Analizaremos ese proceso tal como se ha venido desarrollando, para intentar caracterizar su posible desenvolvimiento.

El principal malentendido se debe al intento de aplicar una herramienta socialista a los países capitalistas. El origen de la planificación se encuentra en los países socialistas, inicialmente la Unión Soviética, cuando el plan se utiliza para reemplazar el mecanismo del mercado como procedimiento de asignación de recursos y de distribución de productos. Los países capitalistas subdesarrollados advierten la posibilidad igualitaria que introduce la planificación, sobre todo en el periodo que sigue a la crisis internacional de 1930 con sus desastrosas consecuencias sociales en los países pobres y su corolario en la segunda posguerra, posibilidad que se fundamenta en dos grandes banderas: paz y desarrollo.

La experiencia de la reconstrucción europea termina de convencer a muchos intelectuales latinoamericanos que la vía de la planificación es eficaz para la transformación del atraso y la pobreza en nuevos modelos de riqueza y madurez. Las teorías desarrollistas apuntan a una solución de los ingentes problemas de empleo, inflación, déficit en la balanza de pagos, escaseces sectoriales y subconsumo, basándose en una fórmula mágica: crecimiento. Una cierta versión del estructuralismo aplicado a la economía postula la resolución de todos los desequilibrios macroeconómicos y sectoriales sobre la base del ajuste de las producciones y su distribución planificada.

Es la época de los primeros análisis de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) sobre la economía latinoamericana y de una cierta toma de conciencia en los países centrales acerca de la situación en los países subdesarrollados. También es, y no precisamente por mera coinci-

con independencia de la situación económica actual o futura y también de las necesidades reales de los grupos menos favorecidos de la población. Además, la intermediación interviene de la misma manera que en el caso anterior, privilegiando unos u otros aspectos del programa.

El resultado final —en cuanto práctica— de este conjunto de determinaciones es imposible de precisar si no se conoce mucho más de las circunstancias concretas en que se desenvuelve el proceso de asignación y los actores que personifican la situación. Ello solo puede ser observado en un caso real. Lo que interesa destacar es la significación especial que asume, en el ejemplo, la combinación de la cuestión nacional y el problema social. Porque lo que no se discute es que la salud —y en particular la salud de los niños— es un bien para la nación, pero el conflicto —lo que si se discute— es la asignación de recursos para un grupo limitado de la población, aunque ese grupo se encuentre en situación de desventaja material —a veces de espantosa desventaja material— respecto del resto.

Esta ambigüedad entre lo nacional y lo social es la manera como se expresan en el nivel general pero concreto —el de la formulación presupuestaria— las numerosas contradicciones que se han señalado en estas páginas. Y esta ambigüedad se traduce, al asignar recursos para un sector, en un dilema. El dilema es el siguiente: si adopto el punto de vista de la cuestión nacional —correspondiente a que la salud de todos los niños es un bien para la Nación—, la solución inmediata que se genera señala la existencia de un problema social —las escandalosas diferencias en nivel de salud y situación epidemiológica del grupo afectado— cuya solución solo es posible en la medida de su conflictividad y, en consecuencia, en la medida en que pierda su carácter de cuestión nacional. Pero si se pierde el carácter de cuestión nacional, entonces no hay solución inmediata y debo volver a comenzar adoptando el punto de vista del problema social.

La expresión científico-política de ese dilema es que vamos a encontrar argumentos en el enfoque científico y motivación en el político, los cuales pierden su individualidad en la práctica concreta, cuya realización es siempre un ejercicio de poder institucional, ejercicio conflictivo que solo tiene solución, como tantas otras cosas en la vida, mediante la batalla que todos los días debemos dar para hacer de nuestra sociedad un lugar donde merezca la pena seguir viviendo.

ATENCIÓN ¿PRIMARIA O PRIMITIVA? DE SALUD

1. INTRODUCCION

En otros trabajos⁵¹, hemos recalorado la necesidad de contextualizar los objetos de trabajo. Esa necesidad reaparece en el caso que nos ocupa, lo cual significa que no es posible considerar la atención primaria de salud como un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia. Sin embargo, ese aislamiento conceptual aparece en las formulaciones habituales con que se nos presenta el problema. Aparece así, sobre todo, en lo que los organismos internacionales y las agencias de salud de los países centrales propagandizan como las políticas a desarrollar en todo el mundo para salir definitivamente del subdesarrollo sanitario. Una de esas supuestas políticas de salud es la difundida actualmente como la que nos permitirá acceder a la salud para todos en el milenio año 2000: la atención primaria.

2. EL SISTEMA DE SALUD

La contextualidad de la atención primaria de salud está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial. Es decir, la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica, como la que puede observarse en los documentos de la Organización Mundial de la Salud.

De los diferentes puntos de vista en que puede considerarse la atención primaria, conviene destacar el que corresponde a su inserción en un sistema de salud y el que entiende la propuesta como un fenómeno aislado.

51 Véase *Disertar medicina en este volumen*.

Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica —diagnóstica y terapéutica— y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad de la atención; por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada, de lo contrario, puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticos extemporáneos.

2.1 Calidad y puerta de entrada

Hay varias maneras de considerar el problema de la calidad en la atención primaria de salud, que corresponden a las formas organizativas implementadas en ese nivel de atención, dependientes a su vez de una conceptualización más profunda acerca del proceso salud-enfermedad y de las formas sociales de respuesta frente a los mismos: en síntesis, se trata de la vieja discusión entre los generalistas y los especialistas, en este caso llevada hasta la atención en el nivel más elemental.

El problema consiste en decidir si la atención médica de cualquier paciente debe estar a cargo de generalistas o de especialistas. Plantado en estos términos, no existe una solución única, sino buenas o malas formas organizativas según la opción elegida, y también significaciones sociales distintas. Lo que importa aquí es tener en cuenta que este nivel de atención es el primer contacto del enfermo —o el sano— con el complejo de servicios que deben estar a su disposición en la medida que ello sea necesario para resolver el problema de salud que presenta, de manera que una mejor forma de conceptualizar este servicio es como puerta de entrada al sistema de servicios de salud.

Si se piensa en la atención primaria como puerta de entrada, es claro que la función que debe cumplirse en ese nivel debe estar a cargo de personal muy bien calificado, para responder adecuadamente a las exigencias de orientación que van a poner a los demandantes en un determinado rumbo dentro del sistema —inclusive definiendo su salida del mismo a partir de ese primer contacto— y aunque ese rumbo pueda ser corregido más adelante, la mala orientación es un costo adicional que grava en forma cuantiosa a todos los servicios de salud.

Las principales opciones organizativas son: la existencia de un médico general que atienda los casos que llegan al servicio resolviendo los que

estén a su alcance y distribuyendo los restantes a las consultas correspondientes según su criterio; la atención por especialistas de nivel primario —pediatra, toxicólogo, clínico y cirujano general— a los cuales el paciente accede directamente o a través de un procedimiento de examen preliminar que orienta el diagnóstico hacia los especialistas de primer o segundo nivel sin intentar resolverlo. Cada uno de estos procedimientos globales tiene muchas variantes, pero es claro que cualquiera sea la forma que se adopte existe una exigencia de alta calidad que garantice la puesta en marcha del proceso de atención.

Lo malo de muchas de las soluciones propuestas es que se fundamentan sobre otras consideraciones, dejando de lado las que corresponden a las necesidades de los pacientes. Ello ocurre, en nuestros países, como consecuencia de una doble circunstancia: por una parte por la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la coexistencia de los servicios para toda la población sino solo para aquella que se encuentra en situación menos favorecida; en segundo lugar y en estrecha relación con lo anterior, entran las consideraciones de costos, de modo que la atención primaria se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema.

De modo que existen diversas razones que dificultan la instalación de una atención primaria que sirva a las necesidades de la población. En países que no han conseguido establecer un sistema de esas características, esto es, regionalizado y con un adecuado sistema de referencia, la atención primaria de salud se transforma en atención primitiva de salud, en un servicio de segunda categoría para población idem. Y aun admitiendo que es mejor alguna atención que ninguna, no es posible escapar al hecho elemental de que en los países donde no funciona la regionalización ni la referencia, la atención primaria de salud no es la puerta de entrada al sistema de salud —lo cual podría garantizar una asistencia adecuada—, sino el único servicio disponible para la población a la que está destinada. Con esta caracterización, la calidad del servicio prestado en tales condiciones, no puede alcanzar el nivel requerido.

El personal que se destina a prestar ese servicio, en los países capitalistas dependientes es, en general, el de menor nivel de capacitación: estudiantes o médicos recién graduados, sin la necesaria experiencia para desempeñar la función que tiene la mayor responsabilidad en el funcionamiento del sistema.

Para empujar las cosas, desde hace algún tiempo ha avanzado la propuesta de incorporar personal empírico no profesional para cumplir ese cometido, pero solo en algunas regiones periféricas y destinado a grupos sociales —marginales, campesinos pobres— determinados. Aquí existe una deliberada confusión entre la función de algunas alternativas culturales implementadas en muchos países desde tiempo inmemorial —me-

refiero a curanderos o similares— que no forman parte del sistema de salud en el sentido de puerta de entrada al mismo, sino que constituyen una propuesta alternativa a la medicina tradicional; esa confusión es doblemente negativa, al eliminar la posible utilidad de las propuestas alternativas junto con ser una pésima solución para el ingreso al sistema de atención. Sin embargo, se está intentando oficializar esos grupos como la parte informal del sistema formal de salud.

2.2 Sistema social y sistema de salud

De más está señalar que la primera forma de atención primaria de salud funciona en los países de la órbita socialista y en algunos capitalistas avanzados de régimen socialdemócrata, en tanto que la segunda es la que padecen los países capitalistas subdesarrollados y dependientes.

Un cuadro expresivo de las relaciones señaladas será de suma utilidad y significación para los estudios comparativos, a partir de una matriz del siguiente tipo:

SISTEMA ECONÓMICO SOCIAL					
Capitalismo			Socialismo		
SISTEMA DE SALUD	Liberal avanzado	Subdes. depend.	Democrac. social	Maduro	Reciente
↑ Puerta de entrada					
Circulación					

La diferencia más importante entre países capitalistas y socialistas es la existencia —en los segundos— de un sistema único de salud, es decir, donde todos los servicios responden a una sola administración. Ello introduce la posibilidad de un tratamiento uniforme de los problemas en todos los niveles y, por consiguiente, de una igualdad de prestaciones y beneficios para el conjunto de la población. Dentro de esta caracterización general existen importantes diferencias entre países socialistas que aquí se categorizan como maduros o recientes. En los primeros, el largo período organizativo condujo a un elevado grado de disciplina social, lo cual permitió una nortización importante que permea desde los procedimientos de planificación hasta los comportamientos más o menos espontáneos de

la población. En ese sentido, la organización del sistema de salud en los países socialistas maduros se aproxima al ideal del socialismo como la administración de las cosas.

En los países socialistas recientes, o mejor aun, que se encuentran en la fase de construcción del socialismo, el sistema de salud presenta algunas variaciones relevantes respecto del socialismo maduro. La principal de esas diferencias es la enorme importancia de la participación popular, la cual cumple con uno de los requerimientos de la fase constructiva, la movilización de la población, al mismo tiempo que facilita el desarrollo de muchas actividades de salud: las campañas en primer lugar, pero también cuestiones menos puntuales que acompañan el crecimiento de la conciencia sanitaria. Además de esa diferencia principal, existen otras que dependen de cuestiones no tan ligadas a la fase de desarrollo sociopolítico alcanzado: el volumen, capacitación y distribución de fuerza de trabajo y recursos materiales para salud no pueden haber alcanzado su pleno desarrollo, y las condiciones geográficas particulares obligan a adoptar algunas decisiones que pueden reverse cuando las condiciones cambian.

De todos modos, en el socialismo la atención primaria es una verdadera puerta de entrada al sistema de salud, que funciona muy eficazmente en el socialismo maduro y no tanto en el reciente. Existen asimismo normas de circulación interna que presentan esas mismas características de eficacia en uno y otro casos. La estrecha relación de estos hechos con el desarrollo alcanzado dentro de la concepción socialista se explica a través de las formas organizativas intermedias que generan las distintas fases del proceso.

En los países capitalistas la general para todos ellos es la multiplicidad organizativa, la existencia de más de una institucionalidad subsectorial —en ocasiones muchas más—, lo cual complica el funcionamiento del sector como sistema. Dentro de esa uniformidad existen considerables diferencias, mayores aun que las que se comprueban en el socialismo. Dos ellas permiten ordenar mejor las diferencias: el que corresponde al grado de liberalismo y el que separa los países avanzados de los subdesarrollados.

En el primer, etc., que sintetizaremos como liberal en un extremo y socialdemocrata en el otro, las diferencias responden básicamente al grado de respeto por las leyes de la oferta y la demanda, mucho mayor en los países estrictamente liberales, en los cuales el concepto de puerta de entrada no tiene sentido, dado que se entra al sistema por cualquier parte, dependiendo de cuál sea la oferta que los agentes a través de los cuales se determina la demanda —los médicos— consideran más conveniente o adecuada para su cliente o para sí mismos, en consonancia con esto, tampoco existen normas de circulación interna aplicándose aquí los mismos principios señalados para la entrada. En esas condiciones los grupos de población menos favorecidos enfrentan una situación muy riesgosa cuando no pueden pagar el precio fijado monopólicamente por la oferta, dado

que ni siquiera controlan su propia demanda que, como se señaló, está controlada por el mismo grupo olerente.

En el extremo socialdemócrata del mismo eje la situación cambia en forma radical. No existe caos organizativo sectorial sino, por el contrario, una organización que puede ser múltiple—en general, una doble institucionalidad que se concreta en un subsector privado y otro público o semipúblico—, pero que funciona con un elevado grado de eficacia y eficiencia: las puertas de entrada y las normas de circulación están claramente establecidas y se cumplen tan disciplinadamente como en el socialismo maduro, del cual el conjunto del sistema y su funcionamiento se diferencian escasamente.

El otro eje es el correspondiente a desarrollo subdesarrollo. Los países liberales y socialdemócratas se encuentran generalmente ubicados en el primer polo de este eje, de manera que la configuración de ambos ejes en conjunto es asimétrica (una T en lugar de un +) lo cual significa que los países subdesarrollados no son ni liberales a ultranza ni socialdemócratas sino dependientes. Esto apunta—dicho sea de paso— a que la interdependencia es una condición de aquellas situaciones.

Lo que une a los países liberales y socialdemócratas en su expresión sectorial de salud es la abundancia relativa de recursos, aunque todo lo demás los separe. La combinación de abundancia y organización determina la posición que ocupan los países socialistas, socialdemócratas y liberales en cuanto a los indicadores que señalan el estado de salud de sus poblaciones.

Los países subdesarrollados dependientes carecen de los recursos de los desarrollados y no tienen la disciplina social del socialismo o la socialdemocracia; además, ejercen su dependencia a través de la copia ineficaz de lo que funciona en otros países, en base a otras condiciones globales que así lo determinan. Por eso es que hay muchos tipos de sistemas—formales—en el subdesarrollo, casi todos ellos considerablemente indicadores.

La ineficacia e ineficiencia de los sistemas de salud en los países subdesarrollados y dependientes se suscita sobre el tripe de la escasez de recursos, la indisciplina social y la incoherencia entre las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse. Además, el sistema de salud en conjunto con un terreno de acciones específicas para resolver problemas muy sentidos por el conjunto de la población, una arena donde se debate el conflicto político—la lucha por el poder—y un campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses muy particulares.

La otra característica común a los países subdesarrollados—la primera en la ineficacia e ineficiencia—es la multiplicidad institucional. Esta es no solo subsectorial, sino que se repite dentro de cada subsector, de modo que cada servicio se encuentra parcial o totalmente aislado de los restantes.

2.3 Soluciones y fracasos

Los aspectos básicos definitorios de los seudosistemas de salud en los países subdesarrollados dependientes, forman parte de la cultura del subdesarrollo, lo que en otro trabajo⁵³ llamo cultura institucional, pero ello no impide que se intente copiar organizaciones de otros sistemas políticos sociales, en particular socialistas o socialdemócratas, sin excluir el liberalismo, y no solo secuencialmente sino simultáneamente, con el resultado fácilmente previsible de un notable incremento en todas las características negativas del cúmulo de servicios que se prestan. En estas condiciones la atención primaria de salud solo puede agregar un elemento más de caotización al caos existente. Ello ocurre porque se quiere resolver técnicamente una cuestión que solo puede encontrar un inicio de respuesta en un proceso político, es decir, en un proceso que tome debidamente en cuenta que la discusión es acerca del poder de que dispone cada uno de los grupos sociales en relación con la cuestión. Estas consideraciones nos llevan a reflexionar sobre los intentos que se realizan para resolver los problemas generados en cada situación sociopolítica.

En los países socialistas, socialdemócratas y liberales, esto es, el polo avanzado del eje desarrollo subdesarrollo, las soluciones que se buscan a los problemas emergentes consisten en una mezcla de mejor organización y más recursos, insistiendo los países socialistas en el primer término y los liberales en el segundo, aunque ninguno de los dos desprecia el término de segunda instancia. La priorización—más recursos o mejor organización—depende de la circunstancia enfrentada y de la posición más o menos progresista—en el sentido de favorecer a los grupos más desprovistos—de los segmentos dirigentes. La escala va desde mejorar la organización de la población y su institucionalización en el socialismo reciente, la normatización de los procedimientos en el socialismo maduro, una mezcla de esto último más incremento de recursos en la socialdemocracia, hasta una mayor asignación de financiamiento en el liberalismo. Insistimos en que esta descripción estereotípica admite variantes y altibajos (un país liberal como Inglaterra acentúa las cuestiones organizativas, USA impone el Medicare y el Medicaid aunque los desmantela parcialmente durante el gobierno ultrarreaccionario de Reagan, etc.).

Los países subdesarrollados dependientes, tal como hemos dicho antes, copian soluciones organizativas—el aumento de asignación presupuestaria les está parcialmente vedado—que les parecen exitosas o que simplemente son bien propagandizadas por agentes con intereses económicos, desplazándose así entre el centro de salud soviético, el hospital comunitario norteamericano, los médicos descalzos chinos, la policía

53 Véase *¿Cuál Cambio?* en este volumen.

médica alemana, la medicina socializada inglesa, la seguridad social europea u otras propuestas que constituyen sucesivos y reiterados fracasos. La última de esas propuestas en el nivel de atención primaria de salud, es la reactivación del médico de familia, ahora en carácter de especialista en generalidades. Esta propuesta, originada en USA para resolver un problema interno y local de su organización médica, es copiada por los países subdesarrollados y dependientes como si fuera lo que estos necesitan desde el punto de vista técnico para resolver sus problemas de salud.

2.4 Participación de la comunidad

La *onda* reciente sobre la que se asientan todos estos procesos, es la participación de la comunidad. La introducción de la propuesta participativa surge en la década del cuarenta, por una parte como una necesidad de reforzar los mecanismos de democracia real deteriorados a partir de la crisis mundial entre las dos grandes guerras, y también como una manera de desplazar las responsabilidades crecientes del Estado moderno hacia los ciudadanos. La experiencia de los *grass root movements* en USA es un importante antecedente para el desarrollo de la propuesta participativa. A partir de ahí, e inducido por esas necesidades y esa experiencia, todos los proyectos que los países centrales impulsan en la periferia contienen esa propuesta. Salud no escapa a estas consideraciones y así surge una variedad de formas de participación, que son sustituidas unas por otras en la medida de su sucesivo fracaso. Nuestro problema es explorar las razones de esos constantes fracasos y también las razones de la insistencia a pesar de lo reiterado de los mismos.

Vamos a plantear esta exploración desarrollando la idea del significado de la participación comunitaria según las condiciones en las que ella surge y se desenvuelve o, lo que es lo mismo, según sus condiciones de abstracción concreta.

En lo que respecta al surgimiento de la participación, hay dos maneras principales en que ello ocurre: como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades sufridas y sentidas por la población, junto con el convencimiento de que la acción grupal puede superar los problemas que la acción individual no puede resolver, o como una propuesta o proyecto organizativo de alguna autoridad tendiente a resolver las necesidades señaladas. En el primer caso, el proceso está ligado a toda la vivencia comunitaria y basado en un requisito de intersubjetividad que es origen y resultado de ese proceso: es una cuestión concreta. En el segundo, el proyecto se encuentra fuera de contexto real, lo cual conduce inevitablemente a su fracaso, pues se trata de una simple abstracción.

¿Porqué entonces la razón de la insistencia? Para algunos realmente convencidos de las indudables ventajas de la participación, la insistencia corresponde a la intención de superar los supuestos errores operativos que en cir-

circunstancias previas condujeron al fracaso. Para los más avisados, dicha insistencia no es más que una pantalla de legitimación que cumple parcialmente esa función esencial en el mantenimiento de cualquier sistema social.

2.5 Regiones

Existen otras diferencias internas a los países subdesarrollados, que son las correspondientes a las áreas urbanas y rurales por una parte, centrales y periféricas por otra. Lo que se observa en todos los países subdesarrollados, dependientes es una concentración de recursos en las áreas urbanas centrales en primer lugar, disminuyendo bruscamente en el resto para quedar las rurales periféricas —en la práctica— totalmente desprotegidas en la asignación de recursos para las mismas. Las otras regiones intermedias —urbanas periféricas y rurales centrales— presentan situaciones variables pero que están en todos los casos muy alejadas de las urbanas centrales. Si a ello se agrega que generalmente existe solo una región urbana central por país, se concluye que el nivel de desprotección de la mayoría de la población es verdaderamente abismal. Además, debe tenerse en cuenta que la desigualdad no es solo del volumen de recursos comprometidos sino también de la calidad de los mismos.

Todas estas distinciones de significaciones y circunstancias, hacen necesario tomar en cuenta de manera adecuada los marcos referenciales de la investigación.

3. LOS GRUPOS SOCIALES

Un segundo aspecto que debe ser considerado, además del sistema de salud, es la constatación de grupos sociales interesados, por razones diversas, en la atención primaria de salud y las razones mismas de su interés. Esta identificación es útil para analizar la viabilidad de los proyectos en discusión y para el diseño de la estrategia de implementación. Las razones del interés pueden ir desde la necesidad de acceder a ciertos servicios para la población destinataria, hasta la de ampliar el mercado de productos farmacéuticos para las empresas productoras de los mismos, pasando por la formación de una clientela política —legitimación— para los responsables de la decisión, o la apropiación del dinero disponible para el financiamiento del servicio por prestarios o intermediarios.

En principio, los grupos que pueden identificarse como interesados en las cuestiones de salud son los demandantes de servicios —la población— y los oferentes en sus distintas calidades de empresarios, decisores y administradores. Esto establece una primera diferencia entre ambos conjuntos primarios, que se abunda cuando se consideran los intereses particulares que existen dentro de cada uno de los grupos mencionados.

En el correspondiente a población, las diferencias van a constituirse en relación con las categorías utilizadas en su identificación y también con las especificidades de las mismas (el nivel de conciencia de clase alcanza, por ejemplo). En el caso de los empresarios, debe diferenciarse entre los que son proveedores de servicios directos a los demandantes —atención de salud— y los proveedores de insumos y equipos (a su vez separados en nacionales y extranjeros) a los primeros, puesto que pueden existir intereses conflictivos, además de que la lógica acumulativa difiere para cada uno de ellos. El grupo de los políticos se enfrentará en lo específico a la conservación del poder alcanzado. Por último, los administradores o la conservación del poder alcanzado. Por último, los administradores también tendrán una conflictividad interna basada en la disputa entre eficacia y eficiencia, siendo defensores de la primera los administradores provenientes del campo médico y de la segunda los que se han formado en el terreno específicamente administrativo.

Además de todas estas diferencias entre los grupos sociales, que crean intereses conflictivos dentro de cada grupo, hay otra fuente de diferencias importantes que complica aún más la ya confusa configuración del cuadro de situación. Se trata de lo que en otros trabajos llamamos *ciencia sanitaria*,⁵³ que consiste en la conceptualización que cada grupo tiene acerca del proceso de salud/enfermedad. Este es el elemento central de lo que se puede identificar como la ideología sanitaria, la cual, con la ideología política en los conflictos que se suscitan en torno a los problemas de salud.

IDEOLOGÍA →		SOCIAL	
	Clase dominante	en sí	Clase dominada para sí
SANITARIA			
Biologísta			
Ecológica			
Social			

Para la ideología sanitaria biologísta los problemas de salud son *individuales y consisten en un apartarse de la normalidad biológica*.

53 Véase Testa M., Díaz Palanco J., Galdieri R., Vera S., *Estructura de poder en el sector salud*, Caracas, CENDOS, 1992, Informe de Investigación.

cualquiera sea el criterio con que esta se defina. La etiología y la patogenia de las enfermedades agotan la cuestión de la causalidad así como definen las formas de respuesta posibles, básicamente mediante la atención a los problemas de enfermedad que presentan las personas: atención médica.

Para la concepción ecológica la salud es un estado de equilibrio con el ambiente, lo cual admite también diversas interpretaciones puesto que puede incorporar el ambiente natural, construido o social, superando de esa manera la visión puramente individual pero conservando la determinación biológica a través del equilibrio que se realiza en esos términos entre el conjunto de individuos y el ambiente. La respuesta que se genera responde a las variantes que se introducen respecto del modelo anterior, prestándose entonces especial atención a los problemas ambientales.

La visión social implica una determinación de la salud que se incorpora a la determinación de la salud general: es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las formas globales del comportamiento social —la economía, la política— y del comportamiento de la salud del conjunto de la población. Esta manera de pensar el problema engloba los niveles del pensamiento biológico y ecológico, adquiriendo una nueva dimensión que incorpora una visión totalizadora de la salud como cuestión social, fijando así un marco adecuado para la investigación de sus problemas particulares.

Por otra parte la ideología social, a partir de la cual se definen las condiciones del conflicto social, completa el cuadro de situación al permitir definir con precisión la ubicación de cada grupo social en ese conflicto con referencia a los problemas de salud. Esta ubicación resulta clave para entender el significado de las propuestas sectoriales, en nuestro caso particular la propuesta de atención primaria de salud según sus diversas definiciones y características, junto con la estrategia para crearlas viabilidad. Esa estrategia —o forma particular mediante la cual se implementa una política— se basa en el doble eje de la ideología que marca el cuadro anterior.

4. LA TECNOLOGÍA

Una tercera cuestión a considerar es el tipo de tecnología que se aplica en la atención primaria de salud. Dada la notoriedad que ha adquirido últimamente el término, parece necesario intentar el esclarecimiento de sus connotaciones técnicas y sociales. Desde el punto de vista técnico, la tecnología consiste en la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de una determinada tarea; es decir, no se trata solamente de las maquinarias que entran en la composición del instrumento que se aplica para trabajar —que es la interpretación habitual del

término—, sino del ordenamiento que reciben los diversos instrumentos de trabajo para el procesamiento de los materiales de trabajo. En este ordenamiento, la forma organizativa misma es parte de la tecnología, precisamente la parte que da significación social a la misma, lo cual es la segunda connotación señalada al comienzo de este párrafo.

Cuando se habla de tecnología no se hace referencia a otra cosa que al proceso de trabajo; también los egipcios de la segunda dinastía utilizaban una tecnología para construir las pirámides y para cultivar los cereales que les permitieron crear una civilización pujante. ¿Porque entonces la insistencia en el término? A mi entender, se trata de destacar el enorme desarrollo que ha tenido la sofisticación de las máquinas en los países avanzados, lo cual viene a sustituir lo que hasta hace unos pocos años era el énfasis en los recursos humanos. Hablar de tecnología en los países subdesarrollados dependientes es equivalente a señalar la necesidad de modernización, una de cuyas consecuencias es la creciente composición orgánica del capital, con sus connotadas repercusiones sobre el empleo y la disminución de la tasa de ganancia.

La creciente composición orgánica del capital—una de las características del acelerado desarrollo tecnológico actual—conduce a una disminución del empleo—para un mismo nivel de producción—por una parte, y a una reorganización del proceso de trabajo, por otra. Lo que debe destacarse aquí es que estos cambios son heteróneos—en el sector salud lo mismo que en otros sectores de la economía—por el desarrollo de las máquinas, del cual pasa a depender centralmente la forma organizativa que se adopte.

En el campo de salud las consecuencias van a ser dobles, afectando por una parte al proceso de trabajo médico—en particular las relaciones internas del equipo de trabajo—y por otra la relación entre ese proceso y los pacientes de los servicios—en particular la relación médico paciente—. Lo que generalmente ocurre es que la incorporación de nueva tecnología redefine la labor del supuesto equipo concentrando aun más los conocimientos técnicos en manos de los médicos, lo cual fortalece el poder de los mismos sobre el resto del personal, que aparece cada vez más como personal auxiliar, derrotando así la noción de equipo.

En cuanto a la relación médico paciente, se observa también un cambio importante al encontrarse cada vez más intermediada por la parafarmacia electrónica que se interpone en el diálogo necesario entre los actores principales de este proceso. El diálogo queda reducido a un monólogo, a un discurso médico que nadie entiende, ni siquiera el que lo pronuncia.

Se observan importantes diferencias también en esto, sobre todo si se considera simultáneamente con la subsectorización, es decir, si el servicio es prestado por el subsector público, privado o intermediado por la seguridad social u otro procedimiento de financiamiento. Las diferencias pueden presentarse de varias maneras; en algunos casos se llega a una gran

sofisticación instrumental (en regiones urbanas centrales donde el servicio es prestado por el subsector privado y financiado por un sistema de seguros también privado, por ejemplo), frente a otros casos que hemos calificado más arriba como primitivos.

Pero la diferencia principal se encuentra, seguramente en la parte de la tecnología organizativa, sobre todo en lo que respecta al tipo de personal con que van a contar esos servicios. Aquí también van a surgir considerables problemas, debidos a las diferentes conceptualizaciones existentes y a las consecuencias de todo tipo que pueden derivarse por la implementación de las mismas. Lo que está impreso en esta discusión remite de nuevo a la noción de equipo y la del tipo de personal asistencial retornando al enfoque de los recursos humanos—fuerza de trabajo—, para el cual también se hacen sucesivas propuestas (la actual en los círculos internacionales dominantes es la del médico de familia). Su matriz de análisis tendría el aspecto siguiente:

SUBSECTOR	TECNOLOGÍA		Organizativa
	Física		
	Adecuada	Sofisticada	
Público			
Privado			
Seguridad Social			

5. TECNOLOGÍA Y DEMOCRACIA

Los aspectos discutidos hasta aquí, a pesar de su apariencia técnica, son de extrema importancia en cuanto a la relación que tienen los servicios de salud con una concepción global de sociedad. Si se quiere vivir en una sociedad democrática—entendiendo por democracia algo más que votar de vez en cuando y ser iguales ante la ley—, los servicios de salud deben ser también democráticos, lo cual significa que deben tomarse en cuenta las relaciones hacia adentro y hacia afuera de los servicios.

La democratización interna de la organización sanitaria es, a mi juicio, uno de los eslabones imprescindibles para la transformación del sector salud en un sistema organizativo que se encuentre realmente al servicio del conjunto de la población. En las condiciones del subdesarrollo dependiente esto es una necesidad imperiosa debido a la relación que existe entre eficacia técnica y estímulo participativo—podríamos haber di-

cho entre eficacia técnica y eficacia política—, en una fase del desarrollo que requiere la superación del individualismo para conformar un ideal social que permita atravesar los escollos que se presentan para la construcción de la sociedad.

En cualquier situación de crecimiento se requiere de un estímulo que desencadene el proceso correspondiente. El estímulo puede ser de muy diverso tipo según la especificidad del caso: cuando se trata de crecimiento biológico es necesario un complejo de circunstancias ambientales —las cuales en alguna interpretación son entendidas como agresiones: la presencia de bacterias, por ejemplo— para lograr el desarrollo de ciertos órganos y funciones.⁵⁴ Cuando se trata de la sociedad, en especial de una sociedad que necesita crecer en sentido cuantitativo y cualitativo, el mejor estímulo —tal vez el único— que puede desencadenar y sostener el proceso de crecimiento y desarrollo es la participación mayoritaria y real de la población en los diversos ámbitos y circunstancias en que esa participación es posible y necesaria. El estímulo participativo establece en consecuencia un vínculo estrecho entre eficacia operativa y democracia.

Para poner un solo ejemplo: el equipo de salud tiene una función de conjunto que puede verse desde sus determinaciones técnicas: la aplicación de las capacidades específicas de cada uno de los integrantes del equipo a la resolución de la parte correspondiente del problema común; esa función técnica debe cumplirse siempre, pero en la interpretación tecnocrática de la noción de equipo ello se traduce en una microorganización jerarquizada burocráticamente y dirigida por una autoridad dominante (por lo general el médico), lo cual le confiere una significación política particular: la de aumentar la tendencia creciente hacia la burocratización del conjunto de la sociedad.

La relación entre salud y sociedad tiene múltiples expresiones, una de las cuales es la que existe entre el equipo de salud y la organización de la población. En ese sentido hay que considerar la doble significación de la democratización interna al equipo salud: 1) como condición necesaria de la eficacia operativa en el quehacer específico sectorial y 2) como creación de las condiciones que posibiliten la construcción de la democracia en la sociedad global.

6. CONCLUSIÓN

Lo más importante a dilucidar con respecto a la atención primaria de salud es si se trata de una atención primaria o primitiva, es decir, si sus establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Esto no

⁵⁴ Véase René Dubois, *Man adapting*, New Haven and London, Yale University Press, 1965.

depende de una definición legal del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a acceder a toda la red asistencial. En tal sentido, más efectivo que la declaración de la existencia de una red regionalizada y con procedimientos de referencia —declaración formal vigente en todos los países del continente— es el mecanismo de financiamiento que es el que ordena subsectorialmente al sector. Ese ordenamiento se realiza a partir de la circulación de los fondos con punto de partida en los grupos sociales que los originan, los que los canalizan, y aquellos a quienes están destinados. Estas redes de circulación determinan la conformación organizativa subsectorial⁵⁵ a través de la homogeneidad o heterogeneidad de los grupos que intervienen en cada nudo de la red. Además, interviene otro componente que son las interrelaciones entre las tres subredes generadas, las cuales se concretan en los porcentajes de financiamiento originados en un subsector que van a cubrir necesidades de servicios en cada uno de ellos. Su cuadro de relaciones aparece a continuación:

FINANCIAMIENTO	COBERTURA		
	Público	Privado	Seg. Soc.
Público			
Privado			
Seguridad Social			

En cada casillero aparecería la parte correspondiente al financiamiento de cada subsector que proviene de fondos generados por cada subsector. Lo grave es que los servicios de cobertura pública, destinados a la población de menores recursos, son los únicos que no reciben fondos de los otros subsectores, siendo por el contrario los fondos públicos una de las fuentes importantes para los servicios privados o de la seguridad social.

Las relaciones entre la legalidad formal del sistema de salud y sus formas de financiamiento deben ser estudiadas a fondo en cada circunstancia concreta, tanto para cada uno de los subsectores que lo conforman como para los lazos múltiples que los interrelacionan. El esclarecimiento de esto en sus instancias formales e informales es la pieza central de la significación que puede adquirir la atención primaria de salud en relación a la seguridad social. La categoría que puede permitir ese esclarecimiento es la

⁵⁵ Véase Testa M., *Aspectos sociales del financiamiento en el sector salud*, Santiago de Chile, mimeo, CIPES, 1971.

accesibilidad, entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.

La importancia de la relación entre formas de financiamiento y legalidad es doble. En algunas circunstancias la legislación sanciona una situación de hecho, es decir, reconoce como legítima esa situación y en ese caso la ley se cumple siempre. En otras circunstancias la ley intenta modificar la situación o el comportamiento vigentes y entonces se cumplirá solo si las fuerzas sociales interesadas en el sector tienen una disposición favorable al proyecto —o sea si la fuerza y la voluntad de jugarla en la lucha política de los grupos que están de acuerdo con el proyecto es mayor que la de los que están en contra—. lo cual significa que la ley no cumple aquí un papel legitimador, sino un papel movilizador de los grupos que deben dar la batalla por la legitimación buscada.

En definitiva, la verdadera significación de la atención primaria de salud deberá tomar en consideración todos los elementos señalados pero vistos desde una conceptualización totalizante: la contextualidad en el sistema de salud, el interés, participación e ideología de los grupos sociales en relación con el sector, la tecnología en los diversos subsectores de salud y, sobre todo, las relaciones que estos componentes en conjunto mantienen con la sociedad global y su inserción en los conflictos y luchas de la misma.

TECNOLOGIA Y SALUD ⁵⁶

1. REFLEXION INICIAL

En las últimas décadas, la práctica de la medicina ha sufrido considerables cambios, que se han acelerado extraordinariamente en los países desarrollados a partir de la incorporación de equipos sofisticados desde hace unos quince años. Ello plantea a nuestros países algunos complejos problemas cuyo análisis puede contribuir a evitar la toma de decisiones contrarias a los intereses nacionales de los países subdesarrollados.

Vamos en primer lugar los antecedentes históricos que desencadenan la explosión tecnológica en la práctica médica. Ellos son los importantes avances científicos ocurridos en las ciencias química y física, transferidos a la industria en múltiples aplicaciones en todos los terrenos.

La industria químico farmacéutica evidencia esa transformación —en los países avanzados— desde fines del siglo pasado, aunque sus aplicaciones más eficaces a la medicina tienen unos cincuenta años (aproximadamente desde la aparición de los primeros bacteriostáticos: las sulfamidas). La física debió esperar algo más, recibiendo un impulso decisivo para incorporarse a la vida cotidiana durante la segunda guerra mundial y sobre todo a partir de una de sus consecuencias: la carrera espacial desencadenada por la guerra fría. Los problemas de comunicación y control a distancia que hubo que resolver para la conquista del espacio se transformaron rápidamente en la producción de equipos y técnicas que podían utilizarse para otros propósitos. La miniaturización y la electrónica —combinadas en la microelectrónica— pasaron a dominar la escena tecnológica.

La incorporación de esas técnicas a la medicina tuvo otro requerimiento importante, cumplido con alguna antelación a —probablemente siendo un estímulo para— los desarrollos científicos en la industria química: la cientificación de la medicina, es decir su transformación de

⁵⁶ Capítulo elaborado con la colaboración de Carlos Bloch.