

FLOREAL FERRARA

Teoría política y salud II

Volumen 3

**OBRA
FLOREAL
FERRARA**

Edición de
Ernesto Salas

Teoría política y salud

Tomo segundo

FLOREAL FERRARA

Teoría política y salud

Tomo segundo

Abordando la salud
La práctica médica y otras diferencias
Las Obras Sociales

Prólogo
Daniel Gollán

Ensayo preliminar
Vicente Ierace

**OBRA
FLOREAL
FERRARA**

Volumen 3

Edición de
Ernesto Salas

Ferrara, Floreal

Teoría política y salud : tomo segundo : abordando la salud : la práctica médica y otras diferencias : las obras sociales / Floreal Ferrara ; Editado por Ernesto Salas ; Prólogo de Daniel Gollán. - 2a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2025. Libro digital, PDF - (Obra Floreal Ferrara / Salas, Ernesto; 3)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-6788-01-6

1. Salud Pública. 2. Seguro de Salud. 3. Medicina Comunitaria. I. Salas, Ernesto, ed. II. Gollán, Daniel, prolog. III. Título.

CDD 613



Universidad Nacional Arturo Jauretche

Rector: Dr. Arnaldo Darío Medina

Vicerrector: Ing. Miguel Binstock

Secretaría General: Lic. María Teresa Poccioni

Director del Instituto de Ciencias de la Salud: Dr. Martín Silberman

Edición: Ernesto Salas

Diseño interior y tapa: Gabriela Ruiz

1ª edición digital, Octubre de 2025

© 2025, UNAJ

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4275-6100

editorial@unaj.edu.ar

www.editorial.unaj.edu.ar

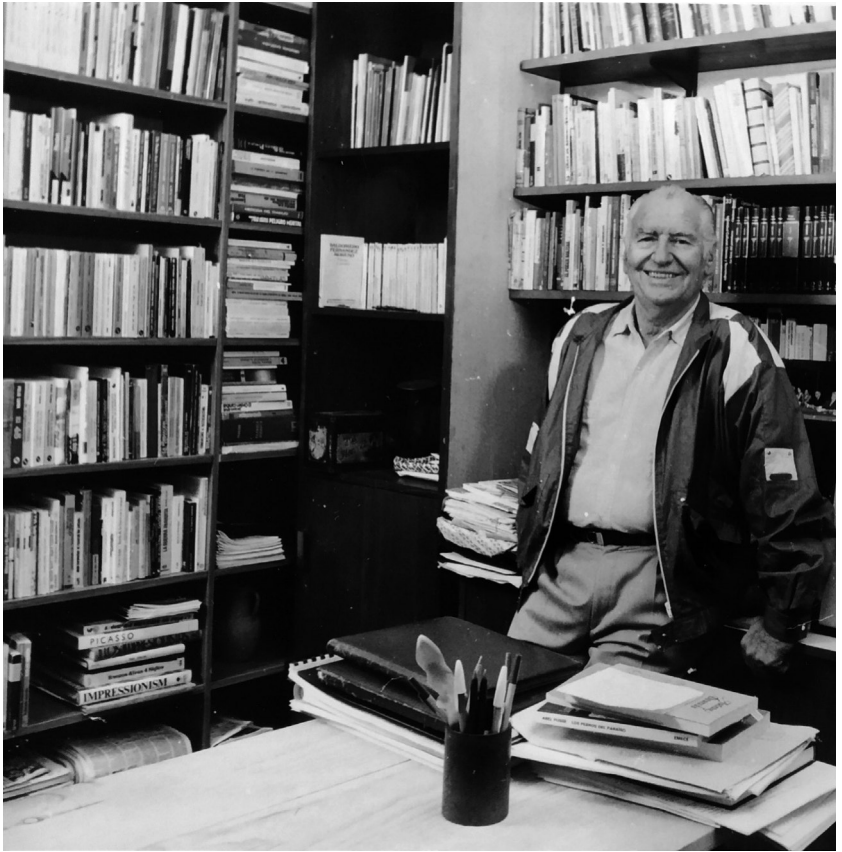
Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>



Prólogo

Floreal Ferrara fue un maestro de maestros. O mejor dicho, es, porque su pensamiento y su ejemplo militante nos siguen acompañando. Y eso es así porque en el debate histórico sobre qué es “la salud”, el aporte de Floreal ha sido trascendental a partir de desarrollar conceptos tales como las dimensiones social y política. Ramón Carrillo fue un adelantado para su época al establecer que la salud de las poblaciones iba más allá de las respuestas que se podían dar desde el sistema de salud formal a través del diagnóstico individual de las enfermedades y la posibilidad de una curación; introdujo el impacto de la calidad de vida como componente central y la importancia de la prevención. Floreal profundiza esos conceptos y ahonda en la participación de la comunidad en el cuidado de la salud, como quedó plasmado en la práctica con el proyecto ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud). Pero Floreal profundiza mucho más aún, buceando en las implicancias de lo político y hasta de lo filosófico alrededor de “la salud”, arribando a la necesidad de colocar a “el poder” en el centro del análisis para develar, finalmente, que quedarse en el mero ámbito de lo “científico”, de la dimensión “de los tejidos y órganos que componen los cuerpos”, es abso-

lutamente insuficiente para comprender la profundidad del problema.

Floreal, con influencia de Foucault, nos explica la relación entre la “medicina y el poder” al tiempo que relata sobre los orígenes de la “medicina social”, la experiencia alemana que tiene como máxima figura a Rudolf Virchow y la Escuela Americana de la Medicina Social encabezada por George Rosen; y también cómo se fueron apagando esos fuegos que iluminaban una visión social de la salud por las “tecnocracias” que terminaron imponiendo la visión acotada de la salud acorde a sus intereses y no a las necesidades de los pueblos. Floreal nos plantea el análisis de la materialidad (intereses) que forman parte determinante de las relaciones de la sociedad y de la ideología, que quienes tienen más poder lo detentan dentro de ella y lo imponen de modo dominante. Ese conjunto de ideas se constituye a través del aparato estatal en forma de normativas y de estructuras que las sostienen, construyendo el sentido común de “lo normal”.

Transformar estructuralmente la realidad en la vivimos requiere, necesariamente, de la acción política y toda respuesta reivindicativa de conflictos en particular tiene potencial transformador en tanto y en cuanto se desarrolle en el marco de una estrategia política. La pugna por las ideas es constante, pero el cambio de un conjunto de ideas dominantes no se produce en períodos breves sino que forman parte de procesos prolongados y llenos de vaivenes. Para impulsar y sostener un proceso de transformación de las sociedades hacia formas más justas y sostenibles, esas pugnas por las ideas —que, al final del día expresan las pugnas por diferentes intereses— deben librarse en todos los terrenos. Y Floreal nos enseña que “la salud” no es un campo atravesado solamente por lo sanitario sino que, además, es un espacio propenso para la organización y concientización del pueblo.

De los proyectos políticos en pugna, reivindica el del campo nacional popular expresado en las banderas de justicia social, independencia económica y soberanía política enunciadas por el peronismo y define

con claridad la necesidad de un Estado garante de derechos y una comunidad organizada garante de que el Estado cumpla con ese rol sin desviaciones, que sea partícipe y protagonista de la historia y del proceso transformador y la herramienta permanente para sostener la batalla cultural por las ideas.

Ferrara, entonces, define el campo de la salud en su dimensión amplia, sostiene que es a través de la política que se producen las transformaciones positivas en ese campo, a partir de la mejora de la calidad de vida en general y del acceso al sistema formal de cuidados de la salud, define el rol de Estado en el proceso y agrega, como componente fundamental, la participación de la comunidad.

La experiencia del Plan ATAMDOS es la expresión práctica de este ideario. Cuando Ferrara ejerce por segunda vez el cargo de Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, esta vez durante el Gobierno de Antonio Cafiero (1987-1991), pone en marcha el Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud que se centraba en la atención primaria a través de dispositivos conformados por equipos interdisciplinarios de salud y de la participación de la comunidad que participaba formalmente a través de los denominados Consejos de Administración. Ferrara avanza sobre el concepto de atención primaria de Alma-Ata: su plan no consiste sólo el de acercar la atención sanitaria a las zonas “periféricas”, de ser la puerta de entrada al sistema de salud y el pilar ordenador del mismo, sino que propone equipos que salen a la búsqueda proactiva de una población, a la que van conociendo casa por casa, realizando un análisis de la situación general, no solo de las patologías individuales sino de manera integral, con una visión bio-psico-social, incluyendo este concepto, lo ambiental, económico, cultural, etc., análisis del que la opinión y las vivencias de la comunidad forman parte. Los Consejos de Administración eran elegidos por asambleas de la comunidad y su opinión formaba parte de decisiones sobre la gestión del centro, inclusive en el uso del presupuesto.

Aunque su tiempo como ministro no llegó a los cinco meses, el Plan ATAMDOS de Ferrara marcó un hito en la historia de la salud pública argentina. Floreal no tuvo la menor duda en hacer explícita la relación entre la política, la ideología y la salud y defendió sin ambigüedades el rol militante de trabajador/ra de la salud, constituyendo equipos de salud consustanciados de un amor por su trabajo y por su pueblo.

Al día de hoy, cuando se están dando grandes debates acerca de hacia dónde va el mundo y la humanidad y, consecuentemente, hacia dónde va “la Salud”, en el pensamiento de Floreal Ferrara encontramos un punto ineludible de aporte que nos permita dirimir entre un mundo más humano o deshumanizado, el acceso a la salud de un modo equitativo para todas y todos o un modelo excluyente, tecnocrático, individualista en el que existan ciudadanos de primera, segunda y tercera categoría. La pugna seguirá siendo derechos contra privilegios. Ferrara sabía perfectamente de qué lado de esta disyuntiva estaba situado.

Daniel Gollán

La vigencia de Floreal Ferrara y ATAMDOS

Vicente Ierace¹

Siempre que se mencionan experiencias en Atención Primaria de la Salud en la Argentina y en América latina, surge como una inevitable referencia el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) implementado en 1988 en la provincia de Buenos Aires durante la gestión ministerial de Floreal Ferrara.

Llama la atención la persistencia en la memoria de esta experiencia de casi treinta años y más aun teniendo en cuenta la fugacidad de la misma, ya que sólo se desarrolló durante un breve período, abarcó al-

1 (1947-2018) Médico, especialista en Neumotisiología. Secretario de Salud Municipal de Florencio Varela en dos períodos (1984-1987). Director Asociado del Hospital Mi Pueblo. Director Ejecutivo de la Región Sanitaria VI. Fue Titular de la Cátedra de Salud Pública en la Universidad Nacional Arturo Jauretche

gunos municipios de la provincia de Buenos Aires e involucró a poco más de un centenar de equipos de salud. ¿Qué razones existieron y aún persisten para explicar esta vigencia? Es probable que una de esas razones, y no la menor, fuera la avasallante personalidad del creador de ATAMDOS, Floreal Ferrara. Para una generación Floreal fue sinónimo de Medicina Social, tal vez el primero ante el olvido que los años de proscripción del peronismo y luego la oscuridad dictatorial impusieron a la figura de Ramón Carrillo, cuando lo conocimos como docente en las postrimerías de la dictadura de Lanusse, en una cátedra en la cual era una solitaria y notoria referencia.

Lo vimos fugazmente como ministro del gobierno de Oscar Bidegain en la convulsionada provincia de 1973 y lo reencontramos en los equipos del CEPARJ (Centro de Estudios para la Renovación Justicialista) durante la campaña de Antonio Cafiero hacia la gobernación bonaerense en 1987. Y nuevamente en el Ministerio de Salud de la provincia, otra vez en un paso efímero, nos arengó y nos sedujo con su prédica sobre la Medicina Social, deslumbrándonos con la idea de ATAMDOS. Porque Floreal siempre fue un referente, sobre todo para los jóvenes a los que entusiasmó con su ágil y exuberante verborragia, proponiéndoles un camino que, originado en Carrillo, continuaba en él como conductor hacia el futuro posible de una revolución sanitaria. Pero no fue la única razón, la otra fue ATAMDOS. Porque ATAMDOS sigue vigente no sólo por una memoria emocional sino como una de las concepciones más concretas y lúcidas pensadas y ejecutadas en el marco de los postulados de la Atención Primaria de la Salud.

Sigue vigente como definición operacional para la instrumentación de la estrategia de la APS (Atención Primaria de Salud), sin que hasta hoy en nuestro país se haya generado una propuesta superadora en este sentido.

Tiene vigencia su concepción del equipo de salud interdisciplinario enfrentando la complejidad de la problemática sanitaria, como abordaje superador del enfoque disciplinar e individualista propio del modelo

biomédico, lo que también se expresa en la inclusión de profesionales de la salud mental, una propuesta ciertamente pionera en vista de las concepciones dominantes en la época. La raíz de esta propuesta está inmersa en la profundidad del pensamiento de Ferrara cuando define a la salud como “el estado óptimo de vitalidad física, mental y social que surge del accionar del hombre frente a los conflictos y a su solución”. Y dado que Ferrara concibe a la salud como un proceso dinámico, en el que el individuo y la sociedad accionan frente a los conflictos, es que piensa que sólo con su participación colectiva es posible perseguir el “óptimo vital”. Porque piensa al ATAMDOS fuera de los límites del Centro de Salud, yendo a la comunidad para adentrarse en su realidad y abriéndose hacia ella como espacio participativo, para hacer de la gestión no solo una tarea de “profesionales”.

El ATAMDOS de Ferrara evoca la imagen, rescatada por Jauretche del acervo yrigoyenista, del “taller de forja”, de un mundo que se derrumba para dar nacimiento a otro nuevo: un centro de salud con el bullicio de la participación y con un equipo de trabajadores creando una novedosa manera de abordar la complejidad de la realidad sanitaria. Porque la tarea del equipo incluía el diagnóstico comunitario, el abordaje de la vulnerabilidad social, la identificación y tratamiento de la problemática ambiental, la interacción con las organizaciones libres del pueblo, sumado a la resolución de las patologías prevalentes siempre desde la perspectiva de la interdisciplina.

ATAMDOS formaba parte de una concepción sanitaria más amplia, la de un Sistema Integral Progresivo de Atención de la Salud (SIAPROS) que, rescatando la concepción carrillista, proponía para la provincia una organización sanitaria que integrara los tres niveles de atención, en un intento de superación de la fragmentación e inequidad existentes.

La concepción de Ferrara contemplaba la necesidad de mejorar el nivel de capacitación de los trabajadores de la salud, en especial del nivel técnico y de enfermería que en esos tiempos en su mayoría no tenía

capacitación profesional. Para ellos, Ferrara ideó y puso en marcha el CEBAS (Centro Especializado Bachillerato de Adultos en Salud). El CEBAS fue parte de un plan que en el campo de la enfermería incluía: la reconversión de Enfermeros/as empíricos en auxiliares de enfermería, la formación de enfermería profesional y universitaria y la profesionalización de la enfermería.

El principal obstáculo para este plan de formación era que la mayoría de los trabajadores carecían de estudios secundarios, por lo cual el CEBAS posibilitó que en pocos años un importante grupo de trabajadores, especialmente enfermeros, pasaran del nivel de auxiliares al de profesionales.

Pese a lo breve de la gestión de Floreal Ferrara, tanto el ATAMDOS como el CEBAS persistieron, uno en la memoria y el otro a través de los miles de trabajadores que pudieron realizar el anhelo de finalizar el secundario y culminar en una carrera terciaria o universitaria.

En la Argentina de hoy, ante la persistencia de los males que aquejan a nuestra salud pública, con el riesgo de ver agravada esta situación por la adopción de recetas que solo servirán para profundizar aún más la inequidad del sistema de salud argentino, nuestra evocación merece trascender la mera emotividad, volviendo imprescindible el rescate de Floreal Ferrara y ATAMDOS no solo como referentes sanitarios obligados de nuestro pasado, sino también como bagaje ineludible para enfrentar la tarea pendiente de construir un sistema nacional de salud con cobertura universal, con mayor equidad, sin barreras de accesibilidad y que se exprese en la satisfacción y un alto nivel de salud de nuestros ciudadanos.

... Abordando la salud

La salud nunca fue lo que quisimos y nunca será lo que nos propon-
gamos.

Depende de otras razones que nuestra voluntad, no es un fantasma individual, subjetivo... Se trata de la más importante cuestión política en nuestros países.

La práctica médica y otras diferencias

En una visión simplemente descriptiva, el profesional de la salud puede ser comprendido como el realizador de actividades de prácticas profesionales, con mayor precisión, desarrolladas bajo el amparo de conocimientos que ha adquirido de múltiples y complejas formas.

Esos conocimientos empírico-científicos que hacen a esa práctica médica- profesional se encolumnan y acopian para lograr el desenvolvimiento eficaz de la tarea.

Ambos aportes concluyen resumiéndose en la categoría compuesta y amplia de científicos y sirven para darle calidad y precisión, como se dijo, para la positividad operativa en el resultado final esperado, o simplemente posible y definido.

La categoría de “científico” con relación a esos conocimientos de la práctica médica, depende de los saberes que brinda la realización de la práctica profesional como así mismo de la armazón científica que le otorga la teoría utilizable.

La consolidación de esa teoría que actúa como soporte científico esencial y grávido de posibilidades, es a su vez el producto de la consolidación de prácticas que se han ido acumulando y cristalizando en verdaderas herramientas teóricas elaboradas en el tiempo y el espacio profesional.

De esta manera la práctica médica en especificidad, aunque sostenida por el doble soporte de teoría y práctica, para el pensamiento inmediato, para la realidad profunda de tal conocimiento, presenta una variante sesgada para ese doble papel de la práctica teórica y de la práctica efectiva y real, o práctica propiamente dicha. Este sesgo es el que permite comprender la clara supremacía epistemológica de la práctica real, que abarca determinativamente al todo de tal complejidad.

Con esta diferenciación determinante o de supremacía epistemológica puede entenderse mejor la afirmación generalizante de que la práctica profesional de la salud es así, nada más que la eficacia operativa de conocimientos sustentada por el sedimento que otorga a sus operadores, la práctica-práctica y la práctica-teórica, pero con el sesgo que se señalara.

Ahora puede ofrecerse un reparo de ubicación, aun cuando se lo disponga desde una aproximación metafórica. En tal sentido, casi como Heidegger, puede creerse que la ciencia profesional que aparece otorgando la eficacia para el resultado de la operación deseable con la salud, obedece a una primacía de la razón operativa, de racionalidad de ejecución, por la cual todo lo tomado por práctica especialmente, o por teoría supletoriamente, todo lo que aparece en esa amplitud profesional, está influido por la razón de su existencia, como acontecimiento de su operatividad.

Desde estos puntos de vista y desde los límites epistemológicos indicados, puede aceptarse con mejor disposición analítica, que la convocatoria de mayor exigencia se localiza en la capacidad determinante de la práctica-práctica pero sin poder excluir, ni limitar los resultados obtenibles del cotejo permanente de la relación de práctica y teoría y viceversa. De ninguna forma puede acumularse la característica dinámica, de metodología dialéctica para este proceso de elaboración de los conocimientos para la práctica profesional.

Así resulta, que no podemos evadirnos de ambas situaciones, no puede caerse en la práctica sin asumir cierto desconcierto, porque no es el hecho el que constituye por sí solo a la realidad teórica, ni la enunciación de la teoría la que construye al hecho o a la cosa científica.

Esta dificultad de exactitud para con algunos de los componentes de esta díada, no facilita por cierto la capacidad pretendida de caer o quedarse fijos, estáticos en uno de los miembros de esa ecuación. Por lo tanto nos está vedada la intención de llegar a una autonomía de definición científica para con la práctica o para con la teoría.

Pero sin embargo se puede observar el reconocimiento de la existencia de una realidad objetiva, independiente del sujeto que percibe esa realidad, o conflicto por conocer científicamente su realidad exterior. La práctica dicta la determinación exigente de la integración teórico-práctica y puede aparecer como unidad y también como especial y preferentemente opuesta o en contradicción con la teoría. Su calidad dialéctica está permanentemente a salvo.

Hemos llegado de esta forma, al momento que puede saberse con firmeza que la práctica es un proceso de transformación que está influido por sus propias condiciones de ser y existir, condicionado y definido por multiplicidad de factores y que a su vez genera realidades verdaderas, eficaces con esos resultados de las transformaciones, que constituyen su proceso generatriz en el interior de la región de sus propias condiciones de operaciones.

Aquí se requiere una aclaración en torno a la ontología de la práctica en general y de la práctica médica específicamente. La realización de la práctica aparece como ligada al núcleo de una personalización inevitable y definida. Esta es una visualización de la práctica, que con tonos empíricos, resulta una percepción equivocada de la práctica del agente profesional que la ejecuta.

Ese agente operativo, no puede verídicamente asignárselo o equipararlo con el lineal sujeto de la práctica como el origen esencial u ontológico para con su objetivo, que para nuestro caso, es necesariamente la salud. Este es el momento exacto de la aclaración señalada y ella consiste en comprender que la práctica profesional es un proceso sin sujetos delimitados, sin seres trascendentales, personalizados para que la ejecutan, ni confines suprahistóricas que alcanzar.

La aparición de una práctica profesional de estas características sin sujeto individual, ni fines trascendentales, es la crítica reflexiva más oportuna contra la práctica profesional del idealismo, que toma a todas las prácticas sociales y a las ideas científicas como “un todo platónico” que es capaz de asignarse y fijar su predominio sobre las prácticas y la realidad.

Se trata por el contrario, de aceptar la existencia para la práctica profesional de un ámbito más allá de “la idea”, en el que la práctica existe. Ese ámbito más allá, es la práctica misma, o las prácticas sociales que definen a la díada.

Esa práctica profesional, es aquella que la filosofía médico-profesional no puede tomar como propia para modelarla y consignarla a su resguardo. La práctica médica cotidiana no solo hace tornar a la filosofía médica insegura y modificable, sino que más allá de esa cosmovisión para tal filosofía profesional, ella es capaz de permitir observar y hasta comprender y modificar el contenido mismo de esa filosofía.

Aquí se cuestiona para la filosofía profesional, para la teoría sanitaria, la concepción de los paradigmas del poder médico. Se cuestiona la efectividad de la ecuación que reconoce en el saber, condiciones esenciales

para conquistar y detentar el poder en tanto ese saber tiene aceptadas connotaciones individuales o personales y que se ejercitan por vía del médico-profesional que ejecuta la práctica.

De lo que se trata es de percibir que la práctica profesional no es la consecuencia del médico que está realizando la consulta, o concibiendo la estrategia quirúrgica o clínico-terapéutica a efectuar. Con este enfoque surge de inmediato que el poder médico así señalado, el poder que otorga el saber individual no puede ser aceptado sin más, porque así, en realidad solo aparece afirmando la idea en sí misma, vale decir “el poder por el poder”.

Esta visión olvida, o no toma en cuenta la expectativa que genera el poder, que delimita su sentido y caracteriza a aquello que se ejercita con él, vale decir a lo que aparece como resultado de su ejercitación.

Es más todavía, la filosofía médica que quiere para el idealismo abarcar “el todo de su práctica” no lo hace sino para ordenarlo didácticamente y ofrecerle así a los componentes del acto profesional y a sus implicados un orden o calificación determinada. Pero no alcanza a la profundidad en la causación del poder que la práctica puede denotar. El orden y sus componentes, que postula primacías y gradaciones, la unidad de ellas resultante, solo puede abarcársela si se capta la complejidad inevitable en todos los casos de la unidad señalada. El todo médico, profesional para extenderlo a su complejidad máxima, tiene la unidad de una estructura compleja, relacionada entre sus componentes, pero con detalles ineludibles de dominación y determinación para ellos.

Estas dominaciones y determinaciones no se repiten con inexorabilidad, ni tampoco para siempre, precisamente porque las ciencias médicas son ciencias sociales y de los seres humanos. Esto decide, para que los casos específicos, únicos, no permitan indicar “leyes” generalizables, por tratarse de acontecimientos singulares, personales. La realidad resultante sólo logrará construir “persistencias generales”, que presentarán variaciones sobre la particularidad considerada y desde ellas pro-

ducir conocimientos de casos, que sumándose, además del tipo clínico obtenido, ofrecerán efectos políticos y sociales para entender.

Se llega así a una variación de la práctica médico-profesional, que no otorga derechos de universalización para con las persistencias o constantes buscadas, sino algunos escalones menos de calificación científica, que anclará en generalización prudente, para esas persistencias o constantes. Las mismas no son, ni pueden ser idénticas; por eso la imposibilidad de universalizarlas, sino que deben permitir su comprobación variable, pero en una variación controlable para su extensión hacia la validez de los casos, incluidos, aún en la variación.

Si se ha señalado la primacía de la práctica profesional sobre la teoría científica sanitaria, que a su vez debió construirse desde su práctica concreta, debió aceptarse y así se hace, que la práctica médica es a su vez un proceso transformador que está ligado a sus propias condiciones de existencia y que ofrece como resultados verdades científicas, o conocimientos científicos particularizados. Esos conocimientos, ya se sabe que sólo pueden aceptar generalizaciones prudentes, limitadas, para con las constantes científicas construidas.

Llega el tiempo de las diferencias

Existe en las reflexiones modernas sobre las prácticas médico-profesionales, una lúcida posición indicando como característica de las mismas, su imposibilidad para formar parte de las relaciones directas de producción que se establecen entre los poseedores de los medios productivos y los trabajadores por ellos signados y determinados.

Esta deberá ser la postura de mayor fertilidad y enriquecimiento social, que deba adoptarse para alcanzar la mayor perspectiva de aproximación científica al conocimiento de la práctica médica. Esta aparece como la tendencia predominante para el análisis certero exigible, para la filosofía de la praxis médica.

A pesar de todo ello y conscientes de algunas de las limitaciones me-

todológicas y de razonabilidad para la eficacia de la conceptualización posible para la práctica profesional en el ámbito sanitario, aparece como preñado de insinuaciones epistemológicas una aproximación aunque sea limitada, a un abordaje de la práctica de la salud como integrante del proceso productivo general.

Se emprende esta mirada, aun sabiendo el resultado parcial de su enfoque y hasta las barreras infranqueables que sus resultados finales ofrecerán; pero aun y así, algunas de las constancias parciales que podrán evidenciarse, permiten suponer que el esfuerzo aunque no coronado en éxito, resulta apto para brindar enfoques y claridades utilizables de cualquier forma.

Las condiciones sociales en la que se ejecuta el trabajo de un operario productivo, son las que emergen de las condiciones que establecen las relaciones sociales de producción.

Para nosotros esas relaciones se fijan en el seno de las condiciones dependientes de nuestra realidad social, que le otorga escasa posibilidad de autonomía creadora al trabajador del país.

Empecemos a transitar las limitaciones y en esas condiciones ya podemos señalar que las condiciones en las que se ejecuta la práctica médica, también las incluimos en la situación de dependencia que se ha iniciado y que ciñen la realidad profesional al juego de las relaciones sociales de un país dependiente. Esta limitación, como se ve, no actúa como tal, por el contrario se suma a la visión dependiente del sistema productivo.

De aquí puede partirse y entonces percibir y aceptar un atrevimiento más, para así decir que la práctica médica y con amplitud operativa la práctica profesional, puede abarcársela en profundidad si se la asimila a su realidad teórico-práctica, con el proceso productivo de la sociedad.

Tal como ya ha sido señalado con anterioridad, ese proceso productivo reconoce en el proceso de trabajo su elemento inicial, indisolublemente unido y condicionado con las relaciones sociales que esa producción ha construido y construye dinámicamente.

El proceso de trabajo médico tiene que ver con las condiciones concretas, materiales y técnicas en las que se desenvuelve la producción profesional. Esta práctica es la consecuencia de la actividad personal del médico, su trabajo propiamente dicho, el objeto, la salud-enfermedad sobre el que actúa y que se sitúa en otro ser-grupo-comunidad y por fin, los medios o instrumentos con los que se actúa.

Aquí podemos tocar una de las limitantes de esta observación productiva para la práctica médico-profesional. Se trata sobre el destino de la práctica que se ubica en otro ser-grupo-pueblo y que cuesta incluirlo como interlocutor de este mecanismo productivo. Es casi seguro que su aproximación e inclusión puede intentarse y hasta lograrse como diálogo posible para la práctica. Pero ese intento exige desviaciones, que harán farragoso y de escasa significación teórica su laboriosa realización.

Volvamos entonces a la práctica médica con el abordaje señalado. La misma incluye el trabajo profesional y los elementos e instrumentos de trabajo que se definen como elementos técnicos adecuados, para la transformación del objeto de esa práctica, que no es otro que la salud indicada para un individuo un grupo o una comunidad.

Con esta visión la práctica médica es una actividad concreta, material con complejas integraciones nucleares, que permite la acción del profesional sobre las condiciones naturales del proceso salud-enfermedad, tendientes a la producción de mejores niveles de salud, como producto final, generado por la acción sobre la naturaleza del episodio o elemento de asociación esperada

La fuerza de la práctica profesional se inserta en su mecanismo material otorgado por la experiencia de la propia práctica y la extensión de tal experiencia ya condensada en su condición de teoría científica.

Con esta visión concreta de la determinación de la fuerza o proceso de la práctica profesional, queda alejada toda posibilidad de otorgarle al acto médico cualquier concepción idealista o cualquier evocación de contenido humanista para el trabajo médico como pura creación.

He aquí un justificativo elocuente para este abordaje, a pesar de la limitación de la concepción de proceso productivo que le asignábamos. A pesar de ello y desde su entramado ha surgido una conclusión que será válida para cualquiera sea la característica que se adopte para el estudio de las prácticas profesionales.

Con esa errónea visión de creación idealista, el trabajo médico aparece como fuente permanente de energías suficientes para la producción del proceso de la práctica médica y se olvidan o no se consideran, las condiciones exigidas para lograr que esas fuerzas del trabajo médico, consigan los elementos exigibles para su reproducción. En este caso, no solamente se refieren a las cualidades básicas designadas para responder las energías profesionales que se agotan o desaparecen, sino que debe intervenir para lograr las condiciones de reciclaje y refuncionalización para sus componentes, compatibles con la capacidad de inserción adecuada a los adelantos e incorporaciones científicas y tecnológicas de tanta significación.

La condición científica del proceso de práctica profesional, del trabajo médico específico, supone entonces una concepción material de la producción médica haciendo evidentes las condiciones concretas irreductibles del trabajo profesional.

Toda otra especulación idealista, de condiciones éticas, personales espirituales, de apostolado o de cualquier otra integración mágica o religiosa son falsas ubicaciones que limitan y llegan a anular la capacidad transformadora que sobre la realidad, donde se produce la salud-enfermedad y sobre ella misma, puede desenvolver la práctica-trabajo médico-profesional.

Queda por incorporar a esas condiciones materiales en las que se desarrollan las prácticas médicas, los medios utilizados para esas actividades.

Sobre ellas puede señalarse que definen a la práctica médica. El profesional y su entorno se han caracterizado como creadores de medios o instrumentos para la práctica profesional. Sobra con observar o es-

tudiar los medios instrumentales diagnósticos y terapéuticos que se han utilizado a través del tiempo, para que con ello pueda tenerse una cabal demostración del grado de avance y complejidad de desarrollo de la actividad profesional de cada época.

Lo que diferencia a una etapa médica o profesional de la otra es menos lo que se produce (salud-enfermedad, vida-muerte) que el modo de producir, que los medios con los que se produjo. Así son también las sociedades productivas en general y en particular.

Este *modo de producción* para la práctica profesional está sostenido por las diferencias en calidad de los medios utilizables para la producción de resultados terapéuticos sanitarios. Ese modo de producción médico, no solamente entrega el descubrimiento de las condiciones materiales de la producción profesional, sino además pone en evidencia las realidades que surgen de las relaciones de producción.

Como se sabe, esas relaciones de producción hacen a las relaciones sociales que se plantean entre los agentes componentes de la producción, en razón de las relaciones que existen entre los agentes productivos y los medios o instrumentos de producción.

En la práctica médica es necesario separar prontamente a estas relaciones sociales productivas, de las lineales relaciones interpersonales, intersubjetivas. No tienen que ver con el prestigio, el reconocimiento, el antagonismo personal, ni con la capacidad de dominación-dependencia individual, de los componentes de las relaciones de producción.

Aquí se puede notar la exigencia especial de la diferencia del enfoque de la práctica médica bajo esta concepción productiva. Debe provocarse alguna presión teórica para aceptar la ubicación de la misma en estas consideraciones sobre las relaciones sociales de producción. Sin embargo y aun a pesar de esa limitación, puede involucrarse con alguna convicción las ideas que sirven al campo productivo e incorporarlas a lo sanitario.

En ese sentido está demostrado que las relaciones sociales de pro-

ducción no ponen en contacto solo a los hombres, sino que son la consecuencia de las mezclas o combinaciones posibles entre los agentes productivos de la práctica profesional y las condiciones materiales en la que se da el proceso productivo de tal práctica profesional, creadora en alguna medida, pero no más que eso, de niveles esperables de salud-enfermedad.

A esta altura del razonamiento deberíamos introducir la convicción de que las relaciones sociales de producción señalan como condición de su existencia, la presencia de una formación política e ideológica que tiene especificidad con esas relaciones sociales y que nos deben remitir a las formulaciones institucionales supraestructurales, que le brindan características propias a esas formaciones sociales.

Dejaremos tales aproximaciones epistemológicas para el otro enfoque diferencial que haremos de inmediato, pero reparando que en alguna medida, este puede ser el punto de intersección entre los dos enfoques, o al menos, un plano de ligazón que permite enriquecer a las diferencias.

Digamos de todas formas, que la estructura de las relaciones de producción determina espacios y funciones que son absorbidos por los agentes de la producción, pero sin asumir el papel de sujetos, sino como claros ocupantes de esos espacios, porque solo son los portadores no personales de esas funciones.

Los *verdaderos sujetos* no son estos ocupantes o ejercitadores de esas funciones. En la práctica médica, sirve con precisión la extensión, los médicos no son sujetos concretos, hombres reales que ejecutan autónomamente tales prácticas profesionales, sino que son la definición impersonal, se trate de quien se trate, y la asignación operativa, de los espacios y funciones.

Para la práctica profesional también los verdaderos sujetos son las relaciones de producción, no como sujetos, no como médicos, sino como relaciones que surgen de la combinación de los elementos productivos. No son de ninguna manera relaciones interpersonales, antropológicas;

ni las sacrosantas y poéticas formas de relaciones pacientes-médicos; son relaciones de una estructura específica de distribución de espacios y funciones, cubiertos por objetos y agentes de la producción que se articulan por fuerzas que le son ajenas.

Las relaciones de producción resultantes de las diferentes combinaciones de los elementos constitutivos, señalan determinativamente las relaciones que sostienen los diferentes agentes de la producción, con los objetos, instrumentos y procedimientos de la producción y por lo cual distribuyen a los agentes de la producción en grupos sociales, funcionales y diferenciables, que les otorga un lugar determinado en el sistema productivo.

Esta extensión funcional aparece como difícilmente expansible hacia el universo de requerimientos sanitarios, poniendo en este instante evidencia sobre las limitaciones del enfoque productivo. La práctica médica recibe a sus demandantes ordenados en grupos funcionales, que han generado las relaciones sociales de producción general.

Lo cierto es que en su seno es posible observar y medir los grupos funcionales que transforman a sus agentes en entidades diferenciadas, pero los componentes de la demanda llegan a esas agrupaciones diferenciadas, como grupos sociales que la producción general programa diferenciadamente para obtener prestaciones, también diferenciadas ante sus necesidades de salud.

Es conveniente no abandonar este razonamiento a pesar de la limitación señalada, porque de todas maneras las prácticas médicas son diferenciadas según sus componentes, pero mucho más, según el nivel de integración socioeconómico que presentan los demandantes. Entonces las relaciones sociales de la producción también inciden sobre la práctica médica, pero en este caso ofreciendo la diferenciación resultante de su intervención sobre la sociedad.

Se trata así de una doble circunstancia diferencial. Por un lado la que se produce para con los agentes de la producción de la práctica médica,

devengada de las condiciones internas de esas relaciones sociales que se producen en su seno; y la otra, que llega desde el exterior de la práctica, pero que incide sobremanera en su operación y en las condiciones de realización y de justicia en la que debe desarrollarse.

Queda aquí un terreno aun inexplorado en su profundidad, que obliga a nuevos razonamientos y análisis científico-filosófico. Sus dificultades y limitaciones no opacan la riqueza de los resultados ofrecidos como tampoco las dudas y escollos encontrados y que obligan a su resolución, para tratar de sobrepasar esas limitaciones metodológicas y de razonabilidad para la eficacia del entendimiento de la práctica médica, como componente del sistema productivo general.

El demonio de la otra diferencia

Cuenta el Talmud que si el ojo pudiera ver a los demonios que pueblan el universo, la existencia sería imposible. Para nuestro caso, en cambio, las diferencias conceptuales pueden simplificarse aunque existen y tales simplificaciones tienen el balsámico sentido de sintetizar los demonios que ellas pueden dejar libres. Las diferencias y las complejidades pueden servir de demonios talmúdicos, que hagan imposible nuestra existencia científica. La complejidad exige comprensión.

Pero esas diferencias tienen una ventaja, en la formulación de los caminos de exigencia para alcanzar la eficacia de la síntesis. Al menos en este caso nos sirven para hacer posible nuestro objetivo. Se trata, como decíamos ante la llegada de los tiempos de las diferencias, de pensar a la práctica médica como alejada de las relaciones de producción y ahora sobremanera, después de haber experimentado ese vértigo de los demonios diferenciales, que hemos enfrentado ante la barrera que ofrecían las relaciones sociales de producción.

Pero la síntesis buscada, esta que obtendría la liquidación o al menos la mitigación de las diferencias, podría comenzar paradójicamente desde la misma producción. Resumir los demonios desde los

demonios mismos, para lograr en la identificación final, que lógicamente tendrá por horizonte la sociedad justa, haber hecho posible otra existencia apropiada.

Escuchemos entonces un nuevo susurro para la producción, percibiendo materialmente a todas las diferencias, aun las demoníacas, porque sin dudas ese tiene que ser el rumbo que puede anular la pena talmúdica que tenemos que asumir y resolver.

Se trata de un abordaje distinto de la producción. Pero sigue siendo la producción. Se trata de ponderar las condiciones que se necesitan para asegurar las exigencias de la continuidad del proceso productivo. De producir en el tiempo y en el espacio la permanencia de la producción. Paradójicamente deberíamos decir producir la producción y filosóficamente, encontrar los medios creadores para lograr las condiciones de creación.

Los economistas, sociólogos y aún filósofos, le han designado como un episodio también diferencial, como si convocaran a más de los demonios invocados para explicar al demonio supremo. Le han llamado la reproducción de las condiciones de producción y así han nombrado a la condición final de la producción.

Esto se puede comprender con facilidad observando la perspectiva de la sociedad para su proyección en el tiempo. Para existir, la humanidad requiere asegurar su reproducción. Los nuevos seres reproducen la condición de producción social. Al tiempo que los seres humanos existen, viven, producen, deben hallar el óptimo de posibilidades para lograr sus descendencias esto es decir, reproducir sus condiciones vitales y sociales de producción.

De la misma manera, toda formación social para existir debe, al tiempo que produce, lograr la reproducción de las condiciones totales de su producción

En la apelación demoníaca a la producción, para explicar la diferencia de la producción en las prácticas profesionales, debemos aceptar que se requiere para este razonamiento sobre la producción, reconocer

las exigencias de reproducción para todos los componentes del proceso productivo. Al recordarlos, ya descontamos la reproducción para las fuerzas y para las relaciones sociales de producción.

Al solo efecto de exorcizar a la multiplicidad de los demonios incluidos en la complejidad del proceso productivo, solo sintetizaremos la capacidad de reproducir para las fuerzas productivas, a la reproducción de la fuerza del trabajo y la reproducción de las relaciones de producción.

Digámoslo además telegráficamente. Así la reproducción de la fuerza del trabajo se implementa fuera del aparato productivo empresarial y para asegurar ese procedimiento debemos reconocer algunas condiciones insustituibles entre las cuales en este instante nos interesan especialmente tres, aunque podríamos ampliar casi doblemente a las mismas.

Su primera condición se relaciona con *el salario*. Su explicación es ya insoslayable y está por encima de cualquier ubicación política-filosófica.

El salario interviene en la reproducción de la fuerza del trabajo en cuanto significa la parte del valor generado por el gasto de esa fuerza de trabajo necesaria para lograr su recomposición, su reproducción cotidiana, para retornar en aptitud de producir nuevamente.

El salario es así la retribución indispensable para la reconstitución de la fuerza de trabajo del trabajador y además para lograr la crianza de sus hijos la funcionalidad armónica de su familia, para lograr que ellos reproduzcan en el tiempo, la fuerza del padre trabajador.

En la determinación de ese nivel justo del salario para conseguir el óptimo social en la vida creadora del trabajador y su familia, reside el significado del conflicto histórico inseparable de la sociedad competitiva

Otro de los componentes para la reproducción de la fuerza del trabajo es el *sistema educacional*. Con él asegura la reproducción de la calificación de esa fuerza laboral, como así también la identificación de los trabajadores a las reglas del orden social imperante. Esa identificación para la sociedad capitalista, en última instancia, implica su misión o adaptación a la estructura político-cultural dominante, a efectos de ase-

gurar en la dominación del grupo de poder dominante, las condiciones de reproducción de la sociedad que hace posible ese sistema productivo.

El sistema educacional está programado para responder a la formación de la fuerza laboral conforme las exigencias tecnológicas que requiere el aparato productivo. El reciclaje formativo de la fuerza laboral es una necesidad técnica de la reproducción de esa fuerza productiva, al tiempo que una clara y eficiente fórmula de sometimiento a las condiciones que el aparato jurídico-político- ideológico del estado vigente, considera para su continuidad.

Nos importa la tercera condición, la que establece el *sistema sanitario*, no porque sea muy diferente de las otras condiciones de reproducción de la fuerza del trabajo, sino simplemente, porque en tal sistema se ejercita la denominación o la operatividad de la práctica médico-profesional.

Otra complejidad: la trama sanitaria

Nos detendremos algún tiempo en esta condición del sistema sanitario como integrante de la actividad de reproducción de la fuerza del trabajo. Lo haremos arbitrariamente a partir de algunos enfoques parciales, cuya comprobación sumada, nos permitirá entregar una visión con cierta tendencia a la complementación primero y a la integralidad final, en cuanto se registre tal sumatoria definitiva.

Podemos comenzar por buscar entendimiento para la ubicación del saber médico en su evolución descriptiva para los dos o tres últimos siglos.

En ese periodo, el dominio de la medicina, de ello se trata cuando se habla de los siglos XVIII y XIX y hasta de la mitad del siglo XX, se ha ido configurando a partir del conocimiento singular del ser enfermo. La medicina ha buscado su especificidad en el reconocimiento de la situación vital que a cada individuo le otorgaba la enfermedad.

Entonces, primero fue la búsqueda e interpretación de los *síntomas*, ese papel nítidamente primario, de plena ingenuidad de la enfermedad, tiene el alcance del llanto del niño para mostrar su exigencia para mamar.

Pero en este caso interesa percibir al síntoma que deja de ser un fenómeno pasivo y repetible, para demorarse en el síntoma que configura un elemento signifiante de la enfermedad, especialmente de aquellos a los que se les asigna alguna posibilidad cualitativa para sumarse a otros síntomas y entonces alcanzar una categoría en su totalidad de lo que terminará llamándose una enfermedad.

Esta es una búsqueda distintiva: a la tos, la fatiga, la expectoración hemoptoica, la fiebre, la inapetencia, la transpiración fría, etc., se le reconoce el valor ingenuo de cada uno de estos síntomas aislados, pero se le asignan correlatividades e interrelaciones, asociativas implicancias, que en su repetición en la sumatoria mórbida, o en la claridad de su expresión aislada, como en el llanto del bebé señalado, pueden permitir la ascensión hacia una nueva categoría, hacia la calidad del signo. Esta es la búsqueda emprendida desde el síntoma y de sus sumatorias. Este signo, nueva brújula semiológica, es la consecuencia o se acompaña de esos síntomas que lo definen. La clínica sabe desde hace casi dos siglos que “no hay signo sin síntomas” aunque no siempre el mismo síntoma configure el mismo signo. En la sumatoria de la totalidad sintomatológica, el resultado signológico no resulta necesariamente el mismo, pero debe ser entendida tal sumatoria de síntomas y cada uno en particular, para poder construir el signo esclarecedor.

En la lectura, en la interpretación de cada síntoma y de su articulación con los demás, en el entendimiento de su resultante, del significado de los síntomas para perfilar el signo, se exige la presencia vigilante, conocedora y despierta en atención y detección de la experiencia médica, de la práctica profesional. Esta es la incorporación exigida, la de otra mirada como dirá Michel Foucault, además de la señalización que brindan los órganos y los tejidos. Es la mirada experimentada que construyó la práctica del médico para entender los tonos y vibraciones del síntoma; del dolor, de la tos, del cólico, de la fiebre, de las diferencias de expresión y de ritmos, de sucesiones, de identidades y frecuencias.

La percepción médica producto de la práctica cotidiana que aquilata la experiencia respaldada en el conocimiento profesional, pone en tensión el entendimiento específico de cada síntoma y del resultado posible de la sumatoria de todos ellos reunidos para definir exactamente al signo.

La experiencia clínica será la gran responsable de esta lectura de precisión. En realidad, será el mecanismo idóneo para avanzar hacia el signo, pero restituyendo hasta el lenguaje de la interpretación, la historia que señala en órganos y tejidos, esa ingenuidad del síntoma.

Ahora corresponde incorporar y reconocer otra realidad epistemológica, que abre diferencias con el sentido individual que la ontología médica se ha adjudicado para sí, en el papel necesario para interpretar y saber distinguir el proceso de la enfermedad. Esa experiencia de interpretación y entendimiento tiene que llegar a mayores precisiones, que son ineludibles para certificar su calidad científica.

Es bueno saberlo. Tal certeza de validez científica no suele construirse desde el reconocimiento del síntoma individual, detectado en la individualidad clínicamente observada, ni siquiera para con los denominados síntomas patognomónicos. Se requiere la fundamentación de la sumatoria múltiple de observaciones y percepciones recorridas para multiplicidades de acontecimientos individuales. No es el individuo el que certifica el signo, ni la individualidad del síntoma el que le otorga patente definitiva de signo.

Se trata de sumar individualidades en el crecimiento paciente de la experiencia práctica médica. Son muchos síntomas, muchos individuos con síntomas y con el síntoma observado, muchos intérpretes de tales ingenuidades significantes y por esa modulación del conocimiento profesional, real y definitivamente debe dejarse de lado la idea de un solo ser para construir la medicina. No hay un solo ser para configurar esta u otra historia. Ni el que padece desde su ubicación de enfermo y expresa sus síntomas, ni el científico que observa este padecimiento.

Se requiere la acumulación de la totalidad de los perceptores y de los observadores científicos, en tiempos y espacios diferentes, como de la multiplicidad de los portadores de los síntomas. La clínica enseña la significación de la totalidad, separándose del rango teórico de la singularidad. Ni la emisión de los síntomas, ni la lectura de los mismos, sino múltiples y diferentes, al menos en cuanto a su ubicación en la sociedad productiva en la que forman parte.

La enfermedad y la medicina buscan unificar. Su trabajo está orientado hacia la necesidad de simplificación didáctica, pero en cada caso su ubicación ontológica solo es compatible con la complejidad de la multiplicidad. Ni seres enfermos únicos, ni médicos únicos, aunque aparezcan ornamentados con la distinción de los genios.

Esa multiplicidad después del final del siglo XIX, y sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, se hizo torrentosa y de alta complejidad, tanto como alucinante y sorprendente por su osadía y hasta por alguna eficacia específica. Ello se debió, en buena medida, a que, a la mirada clínica del médico, se incorporaron instrumentos y tecnologías que extienden y profundizan esa mirada para el diagnóstico y su resultado inmediato en la terapia esperanzada. Es cierto que en este último aspecto, la eficacia tecnológica no ha alcanzado ni remotamente tales esperanzas.

Pero la era tecnológica fue precedida por un antecedente necesario para otorgarle a su perspectiva teleológica una base de mayor prestancia científica. Esto es lo que buscaba la clínica, sin alcanzar a percibir la demostración exacta de la hipótesis que ella misma cubría de diagnóstico, en su residencia obligatoria de los órganos y tejidos, si se tiene en cuenta su vinculación insustituible con el periodo biológico.

En tal periodo, de él estamos hablando, la clínica había posibilitado en el recurso de síntomas y signos, la creación laboriosa y por momentos desalentadora, de un código nosológico, que otorgaba descripciones, diferenciaciones y finalmente clasificaciones específicas, hasta donde es posible otorgarle especificidad, para las enfermedades.

Tales descripciones y clasificaciones requirieron un fundamento objetivo, corporal, aun en la localización mínima de los tejidos y de sus componentes celulares. Esta localización regional de las enfermedades orgánicas en sentido histológico y anatómico, le otorgaría a síntomas y signos la característica esperada de invariabilidad que exige la nosología científica.

Se trataba del apremio que ejercía la patología celular sobre la incertidumbre de la palabra, del discurso médico sostenido por síntomas y signos y de la lucha por hallar la unificación generalizadora de los procesos patológicos que debían ubicarse en los tejidos.

La enfermedad expresaba su apetencia hacia los tejidos y allí se localizará el proceso mórbido. La clínica va a encontrar su reparo científico en esa localización. Así creará en la dignidad del acontecimiento científico que está construyendo, allí en el sello orgánico de los tejidos y le otorgará crédito, el crédito que buscaba, a la imprescindibleidad de la anatomía patológica.

Para aceptar la certificación científica que la clínica espera de la anatomía patológica fue necesario comprender que el proceso de la enfermedad trasladado al mecanismo dinámico del fenómeno patológico, está unido al proceso fisiológico y hasta llega a ser su consecuencia. La patología deriva de la fisiología pero tal derivación al alejarse de lo normal del funcionamiento, muestra el acontecimiento patológico verificado ulteriormente en los tejidos, como expresión del final de los mismos.

La enfermedad ha recorrido la difícil tendencia de lo normal, de un funcionamiento normalizado por la vida, hacia un rompimiento de la ley normativa que se traducirá en la arquitectura de los tejidos y/o en sus reglas funcionales. Esa localización era la consigna exigida para alcanzar la científicidad buscada.

La medicina prosigue con su indagación hacia la verdad, en la tendencia que le impone su inclinación hacia el idealismo iluminista. La búsqueda de la verdad en si misma recorre el rumbo que se exige para

detectar y comprender el síntoma, la ingenuidad nosológica que le otorga el paciente, a la que valora como un acontecimiento con propia e inestimable significación.

Desde ese lugar indagatorio, sumará ingenuidades y prácticas y constituirá signos. Estos tienen a su vez el peso de su propia valoración y se convertirán finalmente en testificadores de su propia definición. El signo será una idea que saldrá en la conquista del absoluto que reside en la verdad patológica.

La mirada de la medicina llegará hacia la localización del entramado biológico de las células, tejidos y órganos y entonces el siglo XIX entregará su cumplimiento epistemológico, con claras raíces hegelianas, al percibir en las anfractuosidades de los tejidos la absorción plena, la percepción absoluta de la nueva verdad en sí misma.

Para esa verdad se ha construido el nuevo tiempo biológico. Es el tiempo de la localización orgánica del tejido anatómico, de la histología de la enfermedad. Si se prefiere de la histofisiología del proceso patológico y así se otorga la tranquilidad frente al apremio empírico para transcurrir hacia su utopía de la ciencia.

El tejido muerto, primero en el cadáver y es el siglo XIX; después en el tejido de la pieza extirpada y es el siglo XX, le da a la medicina la oportunidad de ubicar su percepción, allí en el límite que reclama la mirada absoluta para entender la vida fisiológica de la normalidad. Paradójicamente para ello debe recalar en la muerte de tejidos y de órganos.

La anatomía patológica ha transformado en rigidez, o al menos en observación homogénea y enmarcable, la inquietante oscilación cambiante, e interpretativa del discurso de los síntomas. La palabra de los síntomas se transforma en la percepción absoluta de los tejidos. De esta manera, la voz del discurso sintomatológico se exagera en la exactitud rígida de la mirada de la muerte, otorgándole una precisión incambiable que la ciencia estaba clamando.

La enfermedad, todo fenómeno mórbido, legaliza una mirada profunda, absoluta y repetible del funcionamiento de la vida. La patología aun en su tramo definitivo de la muerte, se convierte en un sentido final, en el esclarecimiento buscado. La muerte permite leer en la mirada absoluta la indagación imprescindible para el entendimiento acabado del síntoma, cuyo lenguaje no alcanzaba entidad científica, al menos de certificación constante.

Pero volvamos a las raíces. Los síntomas, los signos, los tejidos aunque múltiples en la multiplicidad de intérpretes y de significaciones, retornan hacia la piedra basal de su significado, retornan hacia el conocimiento específico del ser enfermo. Hacia el saber y el conocer del individuo, que formula la tesis inicial para la apertura del recorrido científico de la medicina. Sin ser vivo no hay interpretación científica de la enfermedad en esta inclinación biológica y positiva del proceso. Pero sin muerte no hay mirada absoluta sobre la vida y entonces se detiene el mecanismo histórico de la ciencia médica radicada en la excelencia de esa inclinación orgánica.

Esta es la base de la tesis que exige la presencia del individuo y la doctrina ontológica que lo ampara. El ser aparece para esta medicina como el acompañante ineludible de toda explicación iluminista de la verdad. La medicina no tiene así otra posibilidad que su desarrollo antropológico, allí además de buscar su trascendencia científica, esta medicina proyectaba su significación filosófica.

Esa significación se anclaba solamente en la concepción antropológica de la observación profunda, es decir, en aquella postura que insiste en la identificación de la enfermedad de los seres individuales, desde su misma significación antropológica, antes que en regresar hacia el encuentro de la enfermedad, nada más que depositada o instalada en cada ser enfermo.

La extensión de este ontologismo aceptó, aunque no se lo propusiera como objetivo científico, la presencia de la enfermedad como el *Mal* que

interrumpe la vivacidad armónica del *Bien* que expresa la salud.

La salud y la enfermedad, moradoras del recinto del cuerpo del ser, se enfrentaban por obtener la supremacía de su reinado. El individuo era el ámbito para la observación profunda, como el universo sería el límite aceptable para la lucha del Bien y del Mal, pero indagadas desde la preeminencia de la singularidad del hombre.

Medicina y filosofía para este enfoque antropológico, relacionaban la dimensión de la verdad, desde cada ser y su tejido profundo.

El Bien y el Mal, radicados metafísicamente en el recinto de las individualidades cuando se ven obligados a señalar su destino en la medicina, indicada como especificidad para con el ser, necesitaron salir en búsqueda del concepto de lo normal y lo patológico.

En ese tránsito debieron acordarse diferencias y modificaciones algunas de las cuales pasaron por encontrar justificativos para extender al individuo hacia el seno de la especie; pasar del ser específico de su calidad ontológica a la composición total de su generalización. Esos pasajes fueron tormentosos y complejos y así debe caracterizarse los distintos resultados que se limitaron para la comprensión de lo normal y lo patológico.

Esa tormenta epistemológica y esa complejidad científica otorgan seguridad para acordar que la construcción de una norma, el punto de iniciación de la elaboración del concepto de normalidad, no es la consecuencia del estudio y disección de un solo individuo, ni su reinado normativo tiene la dimensión del individuo diferenciado y específico. Ese individuo con tales límites no existe, aunque el concepto médico reinante o predominante suele desembarcar con insistencia en un territorio individual.

La enfermedad, como la consideración de normal y patológico, no es posible circunscribirla a la exclusividad del individuo, aunque con frecuencia asombrosa los médicos detengan su atención, teñidos por la práctica individualista de la relación paciente-médico, en la localiza-

ción e interpretación exclusiva de los síntomas y patología únicamente objetivos del ser en observación.

Esto es lo que se siente, paradójicamente, cuando se estudia a Canquilha en su aporte transformador para la medicina, quien en su esfuerzo por detectar lo normal y lo patológico tiene exigencias insuperables y además inseparables de la demanda de los enfermos.

Resulta necesario no olvidar que este autor parte desde la órbita limitante de lo biológico y ello permite no solo reconocer sino interpretar la tendencia al deslizamiento hacia el individuo y la particularización del ámbito de la medicina que se evidencia en su posición.

La medicina requiere también, como la ciencia, posesionarse de su objeto al que debe definir y delimitar para poder brindarle al referido objeto las precisiones del sujeto de la ciencia. Ese es el camino de su disociación en la ontología de la enfermedad, que parece como inevitable, en cuanto su práctica se ciñe a esa metodología primaria del síntoma-signo-tejido.

En esa metodología la medicina y con ella el discurso médico acaban produciendo una escisión entre el ser y la enfermedad. Ambos quedaron ontologizados, convertidos en individuos de interpretación científica. Mirando al individuo, al ser que puede generar la individualidad de la enfermedad padecida, esta medicina biológica y ontológica toma conciencia, a su manera, de su objeto en sí y detrás de su finalidad, el tratamiento también individual, tiende a conseguir su mayor prestigio en torno a la normalidad.

La medicina señalada trabaja para retornar a la normalidad específica de cada ser, si se quiere en simples términos binarios, para obtener el Bien que es parte, o componente de lo normal, superando o corrigiendo el Mal que se adscribe a lo patológico.

Es necesario saber que el Bien y el Mal, lo normal y lo patológico así limitado, en esa concepción idealista binaria, aparecen como individualizables e incontaminables. Forman parte de esa visión ideal

que no recuerda posibilidad alguna de interpretación combinada, ni interrelacionada.

Esa es la gran trasgresión de Canguilhem, que al incorporar la metodología dialéctica hizo posible otra compatibilidad articulada para lo normal y lo patológico; aun desde la individualidad biológica, así la concepción binaria puede dejar de ser excluyente. Este es el mérito creador que puede asignársele a la postura científica asumida por el epistemólogo francés.

Se trata del profesor que sucediera al frente del Instituto de Historia de las Ciencias de la Universidad de París a Gastón Bachelard. Este había indicado con la fuerza nueva de un proceso creador en el campo epistemológico, que toda ciencia específica produce en cada momento de su historia, sus propias armas de verdad.

Se perdía así, en la oscuridad del absoluto hegeliano, la categoría de universal y también de absoluto para con “la verdad”, fundando en cambio, en nombre de la práctica operativa científica, la capacidad de cada ciencia para construir la verdad específica.

Georges Canguilhem se extremó para demostrar el carácter particular que alcanza el objeto de la medicina, a la denominada “ese arte se ubica en la encrucijada de muchas ciencias” y en la que se muestra las relaciones concretas que en ella se producen entre técnicas y conocimientos teóricos, para llevarnos a su especificidad.

Se trataba de todas formas, al buscarse la racionalidad de las ciencias médicas, de hallar la confluencia de práctica y teoría, que involucrada en técnicas y saberes, pudiera evitarse la doctrina médica incorporándole una urdimbre metafísica. Esa fue exactamente la austeridad científica de Canguilhem, no solo como militante de la epistemología y de esa manera reducir su campo de precisión hegemónica, sino porque su humildad le permitió seguir siendo fiel a su concepto de especificidad, para con los trabajos, técnicas, y teorías sanitarias y reconocer que en su ámbito biológico que es en el que se debaten sus postulaciones,

corresponde a los médicos, así lo dice, hacer la renovación de su ciencia.

Canguilhem, es bueno remarcarlo, produce una transformación en la remoción del “obstáculo epistemológico” por el que se limitaba la extensión del concepto particular de la medicina, y lo hace delimitando así con severidad su enfoque desde los alcances de la nosología somática, o de la fisiopatología, vale decir, también particularmente desde la parte de la medicina que describe, diferencia y clasifica a las enfermedades, con sus detectores colocados sobre los órganos que componen el cuerpo, o soma, sobre el que expresa lo normal y lo patológico.

Esta puede ser la limitante que circunscribe las concepciones de Canguilhem al individuo, pero su propia amplitud teórica le obligó a buscar precisión determinativa. En el campo elegido para ejercer tal limitación, allí precisamente en el cuerpo humano, puso en ejecución una dinámica para la salud-enfermedad que permitió hallar fuerzas para remover aquellas barreras que se oponían al encuentro con el conocimiento específico de lo sano-enfermo.

En esa búsqueda certera para esa científicidad de salud-enfermedad, fue cuando descubrió que “la frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo e idéntico individuo considerado sucesivamente”.

Va a darnos mayor dinamismo aun para la comprensión de las situaciones señaladas y así indicará que el estado de enfermedad, de la que se trate, es también una norma de existencia en la parcialidad o en la cronicidad de la temporalidad. Esa norma de existencia, en el balance somático-vital a la que puede sometérsela, es una norma que puede valorársela como inferior, porque está signada por una imperturbabilidad, dado que no puede tolerar desviación alguna de las condiciones en la que se desenvuelve.

La norma del estado patológico que delimita a la enfermedad, es incapaz de modificarse, de transformarse en otra norma, su rigidez de

desarrollo caracteriza la pérdida de la amplitud de la capacidad normativa del sano, quien siempre está en condiciones de establecer diferentes normas para cada una de las condiciones vitales con las que se enfrente.

Canguilhem lo dice con cierta espectacularidad: el enfermo está enfermo porque solo puede admitir una norma, la de su enfermedad, se trata entonces de la norma de esa situación patológica y de allí la expresión que tantas veces utilizará, enseñando que “el enfermo no es anormal por ausencia de normas, sino por incapacidad para ser normativo”.

Así al reconocer que la enfermedad, en los límites de la nosología somática aceptados, es una suerte de norma biológica, que permite suponer y hasta comprender dinámicamente que el estado patológico admite la perspectiva de no ser denominado “anormal” de una manera definitiva y absoluta, sino como anormal dentro de una relación con situaciones determinadas.

Este es el derrumbe para la interpretación idealista del sentido de la salud y enfermedad, que se señalara tantas veces. Canguilhem lleva hasta la profundidad su inclinación dialéctica y entonces recíprocamente estar sano y ser normal, ahora puede aceptárselas como dos cosas no totalmente iguales, porque ya hemos visto y sabido que lo patológico también puede estar involucrado como una variante de la normalidad.

Aquí entonces, se impone alcanzar el punto de explicación positivo, es decir, el requerimiento al autor para que nos otorgue la firmeza de su conceptualización sobre sano y enfermo, sobre el campo mismo del criterio de la salud.

En esa órbita es donde no aparecen reparos y con certeza nos ofrecerá la convicción de que “estar sano no es solo ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales”.

La flexibilidad y extensión de la capacidad normativa es la condición insuperable de la salud, por lo cual Canguilhem afirmará con soltura epistemológica que “la salud es la posibilidad de superar la

norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas”.

Se puede enumerar esta capacidad generadora de actitud normativa desde el enfoque dinámico del conflicto, expresando que la salud no se mide por la ausencia de conflictos, sino por el contrario, por la capacidad que tiene el ser viviente, el ser humano, de elaborar las normas o condiciones con las que consiga superar esos conflictos y establecer nuevas circunstancias vitales para seguir resolviendo las situaciones que infringen las reglas normativas en vigencia.

Canguilhem lo ha indicado con mayor simplicidad y con mayor peso académico para enmarcar la idea de la salud, aun desde su ubicación nosológica somática que ahora permite aceptársela con alguna extensión mayor para cotejarla con las otras interpretaciones psicológicas, funcionales y las de resumen máximo abarcativo como es la conceptualización social de la salud. La verdad específica alcanzada, con esta envolvente y sugerente condición dialéctica de la verdad sanitaria, ha llegado más allá de la pretensión del autor francés y entonces nos permite extendernos en requerimiento de una generalización que puede otorgar un entendimiento mayor del concepto, pero con la obligación metodológica de construir, en cada caso, los límites de su propio y verídico discurso. El concepto de lo sanitario necesita de tal construcción ampliada y desde esa elaboración puede intentarse una extensión para la interpretación.

Nuestra visión del conflicto, como trasgresión a la norma, sirve para esa búsqueda hacia una cuidadosa y prudente generalización. Nos servirá para imaginar, en mejor identidad que la sola y única expresión del individuo, este concepto de Canguilhem: “El hombre solo se siente en buen estado de salud —y tal es la salud- cuando más que normal, se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida”. La salud se mide por la resolución de los conflictos, no por la ausencia de los

conflictos; el poder y la tentación de enfermarse, dice el epistemólogo francés, representan una característica esencial de la fisiología humana.

Así mismo, se atreverá a una exageración de lo individual y nos dirá que “la salud es una manera de abordar la existencia sintiéndose no solo poseedor o portador sino también si es necesario, creador de valor, instaurador de normal vitales”. El individuo forjando nuevas situaciones vitales de creación de valores, construye su situación de salud. Crear nuevas formas, desde lo vital a lo social, o desde lo social a lo vital, ambas son una, en el sentido transformador del concepto de salud que todo el dinamismo dialéctico de Canguilhem hace posible, en la consunción del concepto sanitario proyectado en la sociedad

Hoy todo epistemólogo que utilice un abordaje sin limitaciones a ese concepto de salud está obligado a la extensión social, porque ya es muy difícil aceptar el solo y limitante marco de la nosología somática o el entendimiento posible de una “variante pura” para la salud-enfermedad.

Canguilhem ha abierto un camino inédito con esa versión histórica de su discurso dialéctico para con la salud, pero ahora ya no hay perspectivas de indicarla en su ámbito de pureza orgánica, biológica, exclusivamente celular o fisiopatológica.

La salud-enfermedad merece esa composición dialéctica, alejada definitivamente de toda provocación estática. Ni en el seno de los tejidos celulares donde se busca la lesión, puede pensarse en la fijación o en el detenimiento ni siquiera didáctico, del proceso vital, que está incluido en lo social. Es que la salud-enfermedad está determinada y por lo tanto definida y modificada por la práctica social del universo donde se la compute y estudie; y en todos los casos su característica esencial imprescindible es su dinamismo.

Esta asignación globalizante no es nueva, pero en los últimos años se ha certificado su validez desde distintas posturas, al tiempo que se ha comprendido el alcance transformador que puede otorgársele y que tiene esta concepción teórica.

La condición sanitaria, que incluye esta práctica dialéctica de la medicina va más allá del peso inseparable de los tejidos, las noxas y las funciones. Esa práctica está referida a las condiciones de los seres humanos en la sociedad. Es parte constitutiva de ella y su presencia constituye a su vez a la sociedad en la que existe.

Hoy ya puede resultar un lugar común afirmarlo, pero sin embarco es de interés científico repetirlo: la salud-enfermedad forma parte del entramado de las relaciones sociales de la producción de todo universo de población y sus signos y respuestas, como sus resultados y consecuencias, están unidos al destino que los hombres tienen en ese esquema de producción social

Esta es la valoración conceptual que hoy debe estar incorporada al inestimable aporte dinámico que Georges Canguilhem ha realizado sobre lo normal y lo patológico desde su postura específica y que le ha permitido señalar que “el hombre sano no llega a ser enfermo en cuanto hombre sano” porque queda claro para su razonamiento dinámico que “ningún hombre sano llega a ser enfermo porque solo es enfermo en la medida en que su salud lo abandona y en ese caso ya no es sano”. Esta celeridad cambiante del discurso del filósofo y epistemólogo francés, que otorga un vértigo especial a la dialéctica de la verdad específica, nos dirá que “el llamado hombre sano no es pues sano. Su salud es un equilibrio que consigue a costa de rupturas incoativas”. Aquí es donde se experimenta en todo su vigor ese vértigo dialéctico. La salud es la búsqueda del equilibrio que se construye desde las rupturas que cada equilibrio anterior, en el que la enfermedad nueva, aquella que inicia la ruptura, abre un proceso permanente de captación y retroceso de lo normal y lo patológico, por lo cual “la amenaza de la enfermedad” y la enfermedad misma “es uno de los constituyentes de la salud” (Canguilhem, 1971, pp. 138, 141, 149, 150, 152, 154, y 232). Toda la postulación de Canguilhem ha requerido del soporte particularmente especial del individuo. La diferencia está radicada en la metodología para lograr la captación dinámica del proceso salud-enfermedad.

En este caso y a pesar de su indicación, desde el paso de este siglo, aun aparecen como testigos, los síntomas, los signos, los tejidos y la patología. Ha cambiado sin sonrojarse el método interpretativo y ello no es poco ante la rigidez posible de la anatomía patológica. Ese es el mérito inapelable y también inestimable del profesor de epistemología y de la historia de las ciencias de la Universidad de París.

Otra particularidad interpretativa

El ejercicio de la práctica médica, el soporte fundamental aunque limitado y no exclusivo del sistema sanitario, constituye hoy en día uno de los campos de mayor atractivo para el reconocimiento del mismo como factor significativo para comprender su papel en la reproducción social.

Puesta la mirada sobre esa actividad profesional que desarrollan los trabajadores de la salud, surgen posiciones que en sus ineludibles parcialidades permiten avizorar cuestiones y alternativas que sin dudas enriquecen la interpretación posible de tal sistema para la defensa del estado sanitario del individuo y la comunidad.

Una de esas parcialidades, rica en sugerencias y plena de intencionalidades políticas y filosóficas está constituida por la contribución que ha producido Michel Foucault.

Piensa este autor que desde la *Historia de la locura* el horizonte de sus preocupaciones se sostenía en la interpretación de dos palabras claves para su arquitectura teórica, el poder y el saber.

En ese sentido al tomar un saber médico regional como el de la psiquiatría, se pueden comprobar sus relaciones con toda una serie de instituciones, de requerimientos económicos, políticos y sociales. Desde esas relaciones es desde donde se evidencian los entrecruzamientos entre el saber psiquiátrico y el poder.

La búsqueda esencial apunta hacia el entendimiento de la articulación del sistema sanitario, aquí del sistema psiquiátrico, con el poder.

Esa es la parcialización subyugante del razonamiento del formidable epistemólogo francés.

Esta misma sustracción, poder-saber médico-poder, se presenta a propósito de *El Nacimiento de la Clínica*, razón por la cual puede llegar a exclamar, como desprendiéndose de toda otra razón de análisis y justificación teórica: “¿de qué he podido hablar en la *Historia de la Locura* o en *El Nacimiento de la Clínica*, sino era del poder?” (Foucault, 1979, p. 180).

Es bueno saber que a pesar de ello, el autor reconoce que en ambos casos, no solo no empleó tales términos, sino que no había tenido este campo de análisis a su disposición. A ello podemos agregarle que más que carecer de dicho campo de análisis, Foucault poseía a esa altura de su producción científica, también una parcialidad para lo que sería en definitiva su conceptualización globalizante del poder.

Para los tiempos de tal producción, desde las derechas el poder se abarcaba en términos de constitución, de soberanía, mientras que desde las izquierdas se lo ubicaba en torno al aparato del Estado. Pero la forma como se ejercía ese poder, específicamente sus técnicas y tácticas, eso no se planteaba. Según Foucault la mecánica del poder estaba vedada a la profundidad del análisis político y filosófico.

También para él, fue inicialmente esquivo el sostenimiento final del poder, al que según su confesión, solo pudo abarcar el trabajo de su reconocimiento integral, después del mayo del 68, en que las luchas cotidianas y realizadas por las bases, otorgaron el aliciente científico teórico y la evidencia de sus correlaciones prácticas en la visualización y comprobación de la realidad. Allí fue posible percibir y comprender por la aparición de lo que llama “la cara concreta del poder”, la fecundidad de los estudios y reconocer buena parte de aquellas cosas que habían permanecido “fuera del campo del análisis político”.

Fue entonces que evidenció, que “siempre que se planteaba la cuestión del poder subordinándola a la instancia económica y al sistema de

interés que aseguraba, se estaba abocado a considerar estos problemas como de poca importancia”.

Agregaba, por otro lado, que esa dirección o supremacía determinante de lo económico concluía dirigiéndolo a la ideología y a las relaciones entabladas en el seno de la estructura, entre la infra y la superestructura y en tal situación, su postura se afirmaba en su negativa para la utilización del *concepto de ideología*, porque tal ideología está siempre en oposición a la verdad, porque se refiere necesariamente a algo como a un sujeto y finalmente porque la ideología está en inferioridad respecto de aquello que actúa para ella, como infraestructura o determinante económico-material.

Por eso quiso decirlo simplemente, en su intención de leer la realidad del encierro psiquiátrico, de la normalización mental de los individuos, de las instituciones penales. Así evidenció su criterio de importancia bien limitada para toda búsqueda de significación causal de tales “acontecimientos” en las razones económicas. Para él, en cambio, son esenciales sin duda estas circunstancias del encierro, de las normas y de las cárceles, entre otras, para entender “el funcionamiento general de los engranajes del poder”.

Quiere cambiar de interpretación y de sustento teórico. “En lugar de dirigir la investigación sobre el poder, al edificio jurídico de la soberanía, a los aparatos del Estado y a las ideologías que conllevan” en lugar de reposar en la explicación causal del poder de clase que generan las razones económicas, en el juego dialéctico de infra y superestructura creadoras de las ideologías portadoras de la energía de tal poder, Foucault orienta su razonamiento hacia la dominación, hacia los operadores materiales, las formas de sometimiento, hacia los dispositivos de estrategia.

Inmediatamente señalará una separación clara al profetizar que el poder debe ser estudiado desde fuera del aparato del Estado, desde afuera del campo de la soberanía jurídica y de las instituciones del Es-

tado: “se trata de estudiarlo partiendo de las técnicas y de las tácticas de la dominación” (Foucault, 1979, p. 147).

Aunque sea por un instante es necesario observar que el concepto de poder ha buscado respaldo o denominaciones alternativas. Ahora escuchado en un nuevo término definitorio, “*la dominación*”, que irrumpe en su discurso sin delimitación enunciativa previa, nos obliga, instándonos intelectualmente a dirigir nuestras miradas indagatorias solo y en especial a sus técnicas y tácticas, vale decir a las funciones del poder. Entre cada punto del cuerpo social, en la familia, en la relación hombre-mujer, docente-alumno, entre médico y paciente, se establecen relaciones específicas de poder, que no tienen para Foucault la proyección del gran poder del soberano sobre los individuos.

La mirada se posa sobre tales relaciones mínimas, que asimila el suelo movedizo y concreto sobre el cual se establece el poder en toda su esencialidad, en toda su medida y sobre el cual se palparán las condiciones de posibilidad de su funcionamiento.

Llegará entonces la precisión y localización esperada, nos dirá que no cree que el poder se construya a partir de voluntades, ni individuales, ni colectivas, ni que tampoco se derive de intereses. En primer término la precisión será: “el poder se construye y funciona a partir de poderes, de multitud de cuestiones y de efectos de poder”.

Luego la localización comenzará siendo permisiva y concesiva, dispuesta a no romper definitivamente las amarras que puedan unirlo al andamiaje que critica y espera superar.

En ese sentido es que reflexionará indicando que “esto no quiere decir que el poder es independiente y que se podría descifrar sin tener en cuenta el proceso económico y las relaciones de producción”. ¡Hemos retornado casi sometidamente a las fuentes objetadas...! A pesar de esta concesión, que puede entenderse como una vuelta de tuerca sobre sus argumentaciones dejando en el camino la sugerente interpretación existente del poder, Foucault se dirige hacia la institucionalización de las

particularidades, para lo cual se detendrá una y otra vez en la valoración y puesta de relieve de las especificidades de cada ejercicio de poder.

En esas especificidades que traducen, la pareja hombre-mujer, la familia, la relación médico-paciente, hospital-internado, capataz-trabajador, carcelero-presidiario, etc., se establecen las relaciones de fuerza que construyen la sociedad dada y cuyo análisis conduce el *dominio* de la política. Su definición no exige de grandes acercamientos ideológicos, ni de apuntalamientos filosóficos: la política a la que se refiere es una estrategia “más o menos global que intenta coordinar y darles sentido a estas relaciones de fuerza” (p. 158).

Se ha convencido y ha probado que toda relación de fuerza implica una relación de poder y cada relación de poder nos deriva a un campo político del que forma parte.

La fertilidad de este razonamiento, aun cuando parte de la parcialidad específica de cada situación, del cotejo de cada acontecimiento, con la limitación señalada para la particularidad, resulta interesante y su aplicación brinda potencialidades dignas de tener en cuenta.

Esas potencialidades quedan determinadas, también por Foucault, al decir que el análisis y la crítica política que se efectúe, todavía necesita ser inventada, como también las estrategias que en cada caso puedan modificar esas relaciones de fuerza y coordinarlas para que toda transformación pensada sea posible y se comprenda con la realidad.

La medicina y el poder

En *El Nacimiento de la Clínica* se abre camino un nuevo espacio, es el espacio tangible del cuerpo, “que es al mismo tiempo esa masa opaca en la cual se ocultan secretos de invisibles lesiones y el misterio mismo de los orígenes”. Por ese camino la clínica hará regresiva la medicina de los síntomas, para encontrar sus respuestas en los órganos y la explicación de sus causas “ante una clínica enteramente ordenada para la anatomía patológica. Es la época de Bichat” (Foucault, 1966, p. 176).

El rumbo tiene un destino a conseguir: la construcción de un concepto del objeto, que se hace insustituible para abarcar el entendimiento, tanto de la causalidad, como la eficacia del diagnóstico y su consecuencia prescriptiva.

Es el método anatomopatológico, el que en el fin del siglo XVIII y en su continuidad técnico-científica del siglo XIX, permite articular el espacio, el discurso médico y la patología certificada en el órgano, tejido o célula que arteramente enuncia la muerte (espacio-tiempo de palabras y rigor cierto de muerte) el que establece la condición histórica-social-política de una medicina positiva como la llama Michel Foucault.

La enfermedad se está desprendiendo de la mágica vinculación religiosa, abandonando en buena medida toda metafísica del Mal. Ahora la célula enferma, el tejido lesionado, el órgano patológico le otorgaron realidad visible, medible, a la enfermedad.

Desaparece el mito, la enfermedad tiene forma, corporeidad y su localización se hace sobre la individualidad. Desde la racionalidad integradora de la célula u órgano enfermo, desde la muerte que interpreta el nuevo discurso médico que ampara el siglo XIX, “ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo” (p. 276).

Aquí está el valor incontenible de la medicina como ciencia clave para el estudio de la particularidad específica del hombre. En este individuo, en ese su cuerpo, se dilucidará uno de los conflictos básicos que integra el mundo foucaultiano.

Su análisis y los cuadros resultantes se van a juntar y relacionar en cada caso, para ofrecer como síntesis la indagación más cercana y mínima del poder, “la microfísica del poder” y la proyección política del cuerpo del individuo o de sus partes.

En tal proyección se establece la residencia disponible o abordable para esa indagación, el cuerpo o sus partes en el ser viviente; en el hombre su salud y enfermedad conviven en lo individual, como dice en *El Nacimiento de la Clínica*, no porque el individuo reacciona sobre su

propia enfermedad, sino porque la acción de la enfermedad se desenvuelve, por derecho propio, en la forma de la individualidad.

Vuelve a ser la individualidad, preferentemente orgánica, el módulo de la mirada posible para la salud-enfermedad, aunque tal individualidad no exija ahora para sí, la sola ventaja de la vida.

La visión médica acomodó sus requerimientos de precisión e interpretación en límites más extensos, que ocurren en toda la visibilidad de las cosas es decir, tanto a través “del dato transparente de la vida”, como desde “la clara solidez de la muerte”.

Es esta mirada hacia la muerte, que el método anatomoclínico permite integrar en la doble estructura de la salud y la enfermedad o mejor aún, en la integración estructural de vida-muerte, la posibilidad de una modulación individual.

La muerte se hace entonces, constitutiva de la singularidad pedida y buscada, Foucault lo dirá con tonalidades poéticas: en la muerte “se reúne el individuo, escapando a las vidas monótonas y a su nivelación; en el acercamiento lento subterráneo a medias pero visible de la muerte, la sorda común se convierte al fin en individualidad, un cerco negro la aísla y le da el estilo de su verdad. De ahí la importancia de lo mórbido” (p. 243).

La seducción de la resonancia musical de su discurso, no hace más que agregarle apetencia al enunciado, como una fórmula embriagadora que hasta hace ceder parte de la rigurosidad científica con la cual debe recibírsela. Eso sí, al menos permite demorar las críticas objetivas que pueden plantearse, ante la elocuencia de una instrumentación dialéctica que no es frecuente en su fundamentación teórica.

Escuchemos por ejemplo, estos pasajes de sus acordes para la verbalización de su pensamiento, que con frecuencia se envuelven en frases de un brillo impensable: “Lo mórbido autoriza una percepción sutil de la manera en la cual la vida encuentra en la muerte su figura más diferenciada”. Esto está dicho en *El Nacimiento de la Clínica* y aunque no hay mención para G. Canguilhem, se escucha su voz pronunciada casi

veinte años antes, y a su amparo, o bajo su influencia, al menos en este caso, no en otros, se puede anular la crítica de aquellos que han visto en Foucault una opción sistemática por “la coherencia para eliminar las contradicciones, privilegiar arbitrariamente la estructura en detrimento de las transformaciones”. Esta es una situación que en cambio, sí se evidenciará en frecuente posición de su densa y compleja epistemología y particularmente en su frecuencia por ocupar una situación “deliberadamente fuera del pensamiento dialéctico, abandonar la historia y con ella, por supuesto la racionalidad” (Revault D’Allonnes, p. 36).

Aun desde esta oportuna y certera crítica y pese al reconocimiento, que obliga a la salvedad de la excepción de dicha ocupación dialéctica para la interrelación vida-muerte, Foucault se esmerará en encontrarle justificativo y densidad al saber clínico, más allá de toda metodología de la referida dialéctica, pensándolo como esa fuerza que consiste en entrelazar lo enunciable con lo visible.

Se trata en tal saber clínico de hacer entrar en su representación leíble y coherente aquello que la enfermedad señala en el análisis verbal que de esos síntomas cabe realizar.

La clínica trabaja para hacer posible la integración de un “cuadro clínico” a la vez visible en su lectura o para su verbalización, comprobable, audible y hasta palpable. Se busca tal enunciación en la resonancia somática y verbal, espacial y decible, en el sonido y lenguaje del espectáculo específico de la enfermedad.

Ese paso a la totalidad de lo visible debe producirse sin diferencias, como tránsito absoluto, sin residuos, ni remanentes. Así lo exige la meticulosa actitud foucaultiana para llegar a la composición global del conjunto de lo enunciable y ampliarlo con el análisis significativo de lo percibido, describiendo de tal forma el cuadro clínico que prevalentemente solicita su enunciación.

La clínica coopera como nadie para la conjunción de ver y saber al mismo tiempo. Lo hace por múltiples vías, entre las cuales no es menor

la contribución que le suma la anatomía patológica, con su experiencia desde la muerte.

Ver y decir que se lo ve y como se ve, se relaciona con el saber, ratificando que frente a la espaciosa geografía de los síntomas, la medicina en descubrimiento arqueológico que alienta en última instancia su íntima experiencia científica, describirá esa realidad ontológica, como el episodio germinal. Ese episodio sirve para certificar el aprendizaje para ver, palpar, leer, en fin, entender mensajes múltiples y complejos, como la base de un discurso que va a dominar e incluir lo perceptible del acontecimiento individual y específico de la salud-enfermedad.

Ya en los primeros veinte años del siglo XIX se reconocía en Francia esa propiedad de la ciencia médica y así se escuchaba manifestar que “el arte de describir los hechos es el arte supremo en medicina: todo palidece ante él” (Foucault, 1966, p. 165).

En ese juego fundamental se produce el surgimiento del poder institucional de la práctica médica.

Saber en medicina, consiste precisamente en entrelazar lo visible y lo enunciable, tal como lo dice. Foucault en *Vigilar y Castigar*: ello muestra al poder como supuesta causa pero en sentido inverso el poder agrega al saber como sostenimiento ineludible, porque se trueque por donde se trueque, “no existe relación de poder sin la constitución correlativa de un campo de saber, ni saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo relaciones de saber”.

Tanta valoración del saber es una consecuencia de la acumulación específica que se ha ido desarrollando para el crecimiento del poder en la medicina.

Esta suma de poderes, está recostada sobre la seguridad de conocer que no hay esquema de verdades, no hay cosmovisión máxima o mínima, entre ellas la médica, que no remita a una fórmula de poder; ni saber, ciencia y cosmovisión, incluyendo ideología que no demuestre o presente un poder que se ejercita, o puede ejercitarse.

Ahora se hace necesario encontrar la validez exacta y la localización precisa del poder; para la arqueología del saber foucaultiana se necesita reconocer la dimensión, ubicación de la “microfísica del poder”, esa regionalidad enmarcada para lograr delimitar en su visión la evidente desafortunada teoría del poder que tiene en uso la inteligencia contemporánea desde las catalogaciones políticas-filosóficas.

Ese enmarcamiento para una teoría del poder, se puede encontrar con valores poco menos que paradigmáticos, en el sugerente diálogo de Foucault con Gilles Deleuze en 1972, cuando discutían el papel de los intelectuales en el ejercicio del poder.

El camino recorrido para lograr el conocimiento de los vericuetos del poder tiene largas travesías, muchas desalentadoras y hasta infructuosas. El mismo Foucault lo dice al afirmar que fue necesario llegar al siglo XIX para reconocer a la explotación, sin que ello haya permitido saber en todos los casos qué es el poder.

Los recorridos foucaultianos por la locura y por la clínica, por lo tanto por la medicina, fueron sostenes importantes para sus más exactas especulaciones epistemológicas sobre tales acontecimientos.

Con tono iconoclasta pensará que ni Marx, ni Freud son suficientes para ayudarnos a reconocer a “esa casa tan enigmática, a la vez visible e invisible, presente y oculta, investida en todas partes, que se llama poder” (Foucault, 1979, p. 53 y 58).

Como ya se ha dicho, no cree que la teoría del Estado, el análisis tradicional de los aparatos del Estado, puedan agotar el campo del ejercicio y del funcionamiento del poder. Tampoco acepta como oportuno y enriquecedor seguir por el camino del análisis del poder como propiedad de una clase dominante que lo ha conquistado. Para el epistemólogo francés vale más pensar de otra forma, no en el poder como propiedad, sino *una estrategia*.

Para su concepción del poder no hay apropiaciones, sino ejercicio de disposiciones, maniobras, tácticas, entendido como una actuación fun-

cional, no como una propiedad de clase o de grupo social dominante. En verdad no va a aparecer la idea de dominación en cuanto comunidades dominadas o sectores dominantes.

Su gran interrogante tiene que ver con quién ejerce el poder, dónde y cómo lo ejerce. De estas incógnitas dependerá la localización de su funcionamiento, porque lo demás se puede saber prácticamente en el mínimo cotejo cotidiano de quién ejecuta la explotación y hasta dónde se deposita, dónde se invierte y a lo mejor hasta cómo puede distribuirse el producto, aunque sea solo en parte.

Pero todo ello no es el poder, hace al poder, pero no lo diseña hasta su profundidad, ni aclara su relación con la causalidad del mismo. El poder no puede ser visualizado y transformado en audible y solo quedará a convicción, que menos aun que la salud-enfermedad, no aparece trama alguna en este análisis, que sea capaz de contenerlo y mostrarlo. Pero eso sí, queda casi siempre certificado que los gobernantes, aquellos que parecen detectarlo, como los médicos, no son los auténticos poseedores de poder.

Sigue el desconocimiento foucaultiano para la globalización del concepto, como tampoco acatará la noción de “clase dirigente”, de “clase dominante”, así como también requiere mayor análisis y extensión conceptual para lograr certeza filosófica y política, para las ideas de “dominar”, dirigir, gobernar, grupo de poder, aparatos del Estado...

Igualmente extiende sus preocupaciones y dudas hacia el entendimiento acabado de hasta dónde se ejerce el poder, por cuáles conexiones, por qué interrelaciones de jerarquías, de controles, de vigilancia, de prohibiciones. Como afirma que es un mecanismo de funcionalidad exige cuidado y rigor para esos acontecimientos que contribuirán a la construcción del concepto del objeto.

Esa construcción aparece como específica, pero repleta de complejidades en su singularidad, aunque sabiendo que en su modelo teórico, resulta fundamental conocer que “por todas partes en donde existe poder, el poder se ejerce”.

Este ejercicio pone en claro una lucha alrededor de un centro particular del poder, de múltiples y pequeños focos donde funcionan en el ejercicio práctico constante, esas acciones de poder. Son acciones que operativizan, porque el poder es práctica del ejercicio de potencialidades represoras y creadoras, según su doble enfoque funcional. Refirma la convicción foucaultiana de que el poder no es privilegio adquirido, o sostenido por la clase dominante, sino el efecto del conjunto de sus posiciones estratégicas. En ese ámbito operativo es donde funciona.

El funcionamiento indicado, no puede dejar de ofrecer innumerables puntos de enfrentamiento, más allá del conflicto posible de las clases sociales, hay múltiples focos de inestabilidad en donde pueden expresarse las luchas, la consolidación o la inversión de las relaciones de fuerza, sin identidades ni analogías, ni homologías, ni causalidades unívocas.

Esta es una de las apreciaciones esenciales para Foucault: el poder carece de homogeneidad, se define por las especialidades singulares, por las individualidades, como asimismo lo buscaba el método clínico en la razonabilidad somática de célula, tejido u órgano.

Pero una vez más, las singularidades para el poder provocan una expectativa tensa con respecto a su localización y de nuevo puede suceder que reaparezca la ubicación del mismo en los aparatos del Estado, allí donde Foucault había dicho que esa postulación no puede agotar la riqueza múltiple y específica del ejercicio y funcionamiento del poder.

También vendrá su explicación concesiva, en el sentido de aceptar que no tenía “ninguna intención de disminuir la importancia y la eficacia del poder del Estado” pero dirá que al insistir en tal exclusivo papel se “corre el riesgo de no tener en cuenta todos los mecanismos y efectos del poder que no pasan directamente por el aparato del Estado”. Esos mecanismos y efectos “con frecuencia lo afianzan mucho mejor, lo reconducen, le proporcionan su mayor eficacia” (Foucault, 1979, p. 120).

El poder aparece como resultante de una multiplicidad de sucesos, engranajes, núcleos, articulaciones y rechazos, que constituyen en esencia los acontecimientos de “la microfísica del poder”. En esa geografía singular específica, en la que se sitúa el estudio del poder en la práctica médica, el mecanismo del poder médico es solo uno de esos acontecimientos, en el cual siempre se demora más su explicación y entendimiento, pero solo uno más, en la multiplicidad de los micropoderes posibles.

En esa práctica médica, así mismo, las relaciones de poder carecen de exterioridad con respecto a otras relaciones. Al contrario de Marx, el concepto de relación de poder no se une con la posición de la infraestructura o como resultado de la misma proyectada sobre la superestructura. Simplemente la localización se muestra allí donde desempeña un papel productor.

Tal como lo interpreta Deleuze, el poder en la formulación foucaultiana carece de esencia, no teniendo así permanencia ni universalidad. Reafirma entonces su condición de funcional, operatorio, es una relación porque carece de atributos. Es una relación de fuerzas que puede pasar tanto por las fuerzas dominadas, como por las dominantes, porque las dos son además, exactamente singularidades.

En esas singularidades es donde Foucault prefiere ubicar las relaciones de poder, cuya funcionalidad constituye la razón de existencia negando en todos los casos de la modalidad de poder actuando a través de la violencia o de la ideología de la represión o del engaño. Solo se entiende al poder, si en lugar de “reprimir, produce realidad y más que ideologizar, más que abstraer u ocultar, produce verdad”.

Allí en esa verdad reside parte de la búsqueda que Foucault le asigna para la militancia a los intelectuales contemporáneos, un combate “por la verdad” o al menos “alrededor de la verdad” aceptando por verdad “al conjunto de reglas según las cuales se discrimina lo verdadero de lo falso y se ligan a los verdaderos efectos políticos de poder” (Foucault, 1979, p. 53 y 188).

Así, por “verdad” para esta proposición debe entenderse un conjunto de procedimientos específicos, la implementación de ellas y el funcionamiento de sus enunciados. De esta manera la “verdad” se liga a los sistemas de poder que la producen y mantienen y a los efectos de poder que influyen y que la acompañan.

En esas condiciones para Foucault el problema político fundamental no pasa por la crítica ideológica de la ciencia, o lograr en nuestro caso, que su práctica médica esté acompañada por una ideología equitativa. Se trata en cambio, de elaborar una nueva política de la verdad; no del cambio ideológico de la gente, o de la modificación de sus conscientes; se propone el cambio del régimen político, económico, institucional de la producción de la verdad.

Foucault llega así a la quimera de aislar el poder de la verdad, de las formas hegemónicas, dice, en el interior de las cuales funciona actualmente dicha verdad.

Su juego intelectual aparece anclado en una terminante especulación ideal, en donde el poder se identifica con un razonamiento iluminista, cuya aspiración máxima lo lleva al entronizamiento del poder de la verdad, verdadera metafísica de la verdad para el acontecimiento “en sí”, más allá de toda ubicación social, cultural, porque finalmente, su cuestión política “no es el error, la ilusión, la conciencia alienada o la ideología: es la verdad misma” (Foucault, 1979, p. 189).

Así se comprende su oposición para la idea del poder como posesión y conquista de la clase dominante. El poder debe carecer de esencia, ser operatorio. No es atributo, sino relación y esta relación es el conjunto de las relaciones de fuerza, que tanto pasan por las fuerzas dominadas, como por las dominantes, en una pura expresión de ausencia de contradicciones. Ambas expresan singularidades, cuyas compatibilidades pueden encontrarse en la funcionalidad del ejercicio del poder.

En este aspecto reside buena parte de la originalidad de su concepto de poder. Este se ejerce, no se posee y no se expresa tal ejercicio en una

esfera general o apropiada, se implanta allí donde existen singularidades.

El poder así no es una propiedad adquirida por la clase dominante, sino un ejercicio actual de su estrategia. Nuevamente el poderoso existe en el acto de ejercitárselo, sin que sea preciso conocer de dónde viene o quien le consigna su funcionamiento.

Se reconoce que para hallar respuesta a las preguntas sobre el ejercicio y funcionalidad del poder, se ha construido el concepto de represión, indicándose así, que el ejercicio del poder pasa por señalar que el poder es represión, es reprimir instintos, naturaleza, a una clase social a los grupos o individuos.

Foucault en el final de su razonamiento creará que los mecanismos puestos en funcionamiento en ese ejercicio del poder son muchos más que la represión.

Sin embargo en la *Historia de la Locura* sobrevuela una conceptualización represiva del poder social y de sus ejecutores en el ejercicio de la práctica médica. Allí la psiquiatría es el instrumento para reprimir, para reducir al silencio. El impacto de esta interpretación represora ha sido tan profundo, que aún y a pesar de reinterpretaciones foucaultianas la práctica médica con volcada frecuencia sigue siendo adscripta a tales inclinaciones de la represión. Acuden en su ayuda, una determinada mirada jurídica para el poder y así identificarlo con la ley que prohíbe, que dice que no, que privilegia la decisión de no permitir. La fuerza de la prohibición se transforma, es el instrumento del poder.

Posteriormente el autor francés en cambio, acepta que tal composición represiva puede vérsela como una interpretación exclusivamente negativa, restringida y limitada, que fue fácilmente aceptada e incorporada al razonamiento corriente, en cuanto fue necesario alcanzar alguna visión etiológica, aunque solo fuese una generalización aproximada para su causalidad.

En punto de claridad, esta respuesta represora, es a su vez una contestación funcional y hasta de cierta utilidad superficial como argumento

teórico. Desplaza la responsabilidad a una verbalización más recia, pero sin aportar las argumentaciones científicas que se requieren para el esclarecimiento de la conceptualización del poder.

Para este Foucault, la sola actitud prohibitiva no explica el poder. No pesa suficientemente el poder como una fuerza que solo dice que no. El poder puede además, servir, crear, para producir sucesos, cosas, para llevar placer, formar saber. El poder puede producir situaciones sociales, más allá de su potencialidad represora.

Esta reinterpretación también está inscrita en la explicación funcional del poder, que hace válido el despliegue del espectáculo creador del poder, que será el resultado de alguna función operativa del mismo en tal sentido.

Define su alternativa el epistemólogo francés, diciendo que esta veta creadora del poder no es tenida en cuenta cuando se estudian sus causalidades y la razonabilidad de la globalidad de sus objetivos. Esa ausencia conceptual limita su comprensión, que a su vez y en sentido inverso, se puede entender con rapidez desde el enfoque microfísico, en algunos renglones indicados sin dificultades.

Entonces como resumen: el poder aparece sostenido por tres soportes esenciales: más que posesión, el poder se ejercita, pasa por los dominados, como por los dominantes, y no es esencialmente represivo, puesto que incita, suscita, produce...

Podrá sin embargo, mitigar la crítica, pero sin alejar la capacidad creadora del poder, remarcando que dicho poder contiene la prohibición, el rechazo, la exclusión, la censura, no deja de ser represor, pero "lejos de ser las formas esenciales que adopta el poder, no son sino sus límites extremos. Las relaciones de poder son por encima de todo productivas" (Foucault, 1984, p. 156).

Por todo el armazón de Foucault aparece preferida una imperturbable decisión de renunciar al esfuerzo científico de encontrar toda causalidad genética y legal de sus fenómenos o acontecimientos y su

metodología se inclina con ventaja hacia una dilatada y siempre subyugante descripción de correlaciones regulares.

Aquí es el momento, en donde la indagación epistemológica debe detenerse a pensar la significación que el epistemólogo del College de France le otorga al concepto de “acontecimiento” considerado por muchos como el más central del pensamiento de dicho autor.

Para esos muchos, se había pensado didácticamente en una partición diádica: entre las estructuras, a las que se las dibujaba como todo lo que es pensable y el acontecimiento, que tiene que lidiar con lo impensable, con lo irracional que no entra en la mecánica y el juego del análisis, pero que ocupa diferentes planos de enfoque, más un escalonamiento y alcances diferentes, es decir, valoraciones cambiantes en el espacio-tiempo que le permiten presentar distinta capacidad para producir efectos.

Los acontecimientos, en su diversidad signan su individualidad, de allí que el mismo Foucault dice que además de distinguirlos es necesario saber “diferenciar las redes y los niveles a los que pertenecen y reconstruir los hilos que los unen y los hacen engendrarse unos a otros” (p. 133).

La individualidad y singularidad del acontecimiento figuran detrás del criterio de “verdad solitaria”, sin causa buscable, sin determinable, teleológicamente sin destino propio, o más allá de sus propios fines. Cada acontecimiento foucaultiano se modela como sólo, como un hecho reducido a su positividad. No importa su génesis, ni siquiera su densidad y energía de sometimiento, transformación o también indiferencia. Es un verdadero niño expósito, cuyo origen y espacio-tiempo de nacimiento nadie reclama como necesario.

En ese convencimiento es que Foucault refiere que “la historia no tiene sentido” aunque niegue que ello la condene a ser absurda o incoherente. La cree inteligible, en tanto y en cuanto el análisis para su inteligibilidad, para su conocimiento libre de sugerencias volitivas,

debe hacerse desde acontecimientos singulares como las luchas, estrategias, y tácticas.

El poder mismo debe ser entendido como un acontecimiento ubicado en esas fronteras de inteligibilidad, separado de causas y rechazando cualquier puntuación ideológica cuya racionalidad obedece también a la ubicación en redes y relaciones interactuantes conforme esas luchas y estrategias diferenciadas y de exigente reconocimiento para la definición del poder.

Cada acontecimiento se enunciará así como un enigma aparente e inicial porque siempre puede ser retomado por alguno de los “a priori” foucaultianos. Cada época tiene su saber, unificado y reinante. De allí surgen los demás. Esta disposición básica del saber en sí, es el saber “a priori” indicado.

La situación tiende con apetencia a cristalizarse. A referirse a la única singularidad posible de tal “verdad solitaria”. Todo acontecimiento es, no deviene, ni acepta, ni rechaza; como el sistema que también es, el acontecimiento completa en tal sistema la singularización de un verdadero pensamiento del orden. A lo mejor más allá o más acá del orden establecido pero un orden al que Foucault cuestiona muy pocas veces en su globalidad. Prefiere aceptarlo como tal y cuanto más describirlo con sagacidad y no poca genialidad, pero conteniendo la reacción total posible.

En ese marco prima el acontecimiento y así se entiende, por qué en *su poder* no hay clase dominante ejercitándolo aunque se haya esmerado en su penetrante observación, para describir esa ejercitación, pero no la causa que hizo posible el ejercicio, o el instrumento resultante de esa causa genolegal. Otra vez el niño expósito.

Ese poder, como ya se ha dicho, se dibuja en la pluralidad del espectro de fuerzas que interactúan, desde esos espacios-tiempos diferentes que se mencionaron, con relaciones entre sí, pero como un acontecimiento más, sin objetivos fijos o al menos sin buscar o conseguir siem-

pre efectos ansiados o esperables. Ya se trate de reprimir o de crear.

Uno de esos acontecimientos el de la lucha contra los poderes singulares, contra la especificidad del poder, los micropoderes, toma jerarquía especial para la interpretación de los aliados foucaultianos.

No se repara en la composición global del poder. Por el contrario se acepta la negativa a incluirlo como el resultado, la determinación en última instancia, de las relaciones sociales que genera la estructura económica, como así también a identificar en cuanto a práctica o ejercicio del poder, con los aparatos del Estado.

La sobredeterminación causal es ajena a toda razonabilidad foucaultiana, por la misma intencionalidad que tiñe sus singularidades.

Sus intérpretes y amigos, le han otorgado a Foucault una extendida consideración de eje de la lucha anti-institucional, como depositario eximio de la condición militante del anti-poder, dando cuenta así de otras opresiones específicas y de otros sujetos portadores de acontecimientos singulares.

Su vocación antipoder solo tiene que referirlo a su espiritualidad libertaria, que no ofrece ligazones con causalidades estructurales, sino simple y directamente con hechos particulares cuya remoción se deposita estérilmente en la voluntad de aspiraciones y sentimientos.

Ha desaparecido en su razonamiento la centralidad de los actores sociales que pueden construir un poder diferente, que señalando a su misma libertad, designen con minuciosidad al enemigo que generó su poder-acontecimiento, que quieren remover. Esa intencionalidad vale, pero exige, sin concesiones, científicamente el conocimiento etiológico del síntoma-acontecimiento, la visibilidad genética de la causa.

Aquí es donde resulta, primero sospechosa y luego cómplice con el poder real, la desaparición de los sujetos que deben transformar esas causas. Para Foucault no hay globalidad posible, ni centralidad operadora en la clase obrera. Ni como sujeto insustituible para esa transformación ni como fuerza elemental para la historia.

Al quedarse sin tal energía modificadora de la realidad social, se evidencia una seria limitación para cualquier esquema creador y transformador de esa globalidad social, que se expresa sin fallas en una ausencia notable y permanente de todo asalto al Estado.

Así, no se plantea la toma del poder Estatal, como objetivo de desarrollo revolucionario, ni como proyecto elaborador de una sociedad distinta. No hay pues, objetivo estratégico modificador, que abarque a la totalidad de la sociedad.

Sin embargo, es cierto que el criterio foucaultiano tiene la ventaja de mostrar una politicidad potencial para modificaciones focales, para otros aspectos de los espacios tradicionalmente considerados con dinámica política y depositarios de carga estimable de poder.

Pero su reconocimiento específico y su singularidad de tiempo y espacio, le concede a su postura una valoración diseminada del poder, que se localiza en multiplicidad de micropoderes, que a su vez fortalecen el desconocimiento de la centralidad del poder del Estado, que sigue siendo el núcleo de su interpretación autoritaria.

El universo multifacético de la microfísica del poder, fue elaborado teóricamente por este definido epistemólogo de cerrado gabinete de estudio y reflexión, a partir del conocimiento que la ciencia le otorgaba con respecto a la vida cotidiana, a la familia, a la escuela, las prisiones, los hospitales, la sexualidad y las demás instituciones estudiadas.

El recorrido paciente y la mirada en profundidad de tales especificidades desde la historia, hizo posible una sostenida reacción contra toda teoría instrumental para el poder. Desde los micropoderes institucionales, su tesis del poder abarcó no solamente su reducción a la represión (reduccionismo limitante que Foucault le asigna al marxismo), sino que lo extiende para llevarlo también hacia una interpretación creadora o productiva. El poder también produce y crea, aunque en ningún caso exprese preocupación alguna por discutir críticamente el origen de esas fuerzas ni el destino final para tal creación productiva.

La historia contemporánea, la que se le puede asignar al último cuarto de siglo, ha recogido parte de esa aseveración particularizada del poder. Es por ello que la actual lectura de Foucault tiene alguna fertilidad político-filosófica reconocible, porque indicó esos nuevos espacios donde se ejercen múltiples poderes, o donde se los sostiene, articula y discute.

Esas microrregionalidades, a las que con tanta finura descriptiva y con tanto celo creador se dedicara la obra foucaultiana, han ofrecido la oportunidad de reconocer nuevos sujetos dominados u oprimidos, más allá de las clásicas categorías que se involucran en la clase trabajadora o en sus obreros asalariados.

Este reconocimiento constituye una fórmula de cierta eficacia para elaborar algunas estrategias contra determinadas formas particulares de poder, especialmente en su vertiente represora y opresiva institucional, tendientes a lograr emancipaciones también regionales, locales o parciales, como ser, raciales, sexuales, sanitarias, escolares y aun de clase, que puedan modificar aunque sea en parte, esas estructuras de los micropoderes indicados.

Es conveniente reparar cuidadosamente en la seducción libertaria de estas estrategias de lucha contra el poder específico, para no perder de vista que ellas mismas dejan de lado o conllevan un desconocimiento, ingenuo o premeditado, de toda determinación social, de toda relación histórica.

De esta manera se suele arribar a un poder personalizado, siempre presente y de idéntica forma, para cada tiempo y espacio, sin posibilidades de irrumpir en la creación de un modelo transformador para la globalidad del esquema social, en el que se ejercen esos micropoderes.

Se detiene así, toda modificación en límites que no van más allá de la propia lógica de cada particularidad y en tales circunstancias, el camino emprendido solo ha mostrado la ineficacia para la transformación de la causalidad estructural y ha conducido, en cambio, a una formulación nihilista de pura esterilidad individual.

De la acción al control social

La medicina está inserta en el seno del proceso social, es parte de los mecanismos que la sociedad administra, para desencadenarla sobre las exigencias de ordenamiento global, que necesita el normal funcionamiento de la misma sociedad.

En verdad es una resultante de tal funcionamiento, pero sus elementos componentes no pueden intervenir con autonomía de la globalidad. Actúan para completarla, pero dependen en última instancia de las condiciones impuestas por esa totalidad, a la que deben contribuir. Vuelven entonces a aparecer como elementos significantes para ayudar con el grado de compromiso que corresponda, a la reproducción de la estructura social que la involucra y a la que concurre, preferentemente en apoyo y consolidación.

También lo podrían hacer, esos elementos componentes de la medicina, como acciones para transformarla, pero además de ser casi extraña a la vigencia de la experiencia histórica vivida, cuando intentaron hacerlo, solo mostraron su orfandad, en tanto y en cuanto solo pensaron en su autonomía.

Talcott Parsons, desde su cátedra de sociología en Harvard, sin dudas uno de los fundamentales pilares de la sociología académica de los Estados Unidos, pensó y trabajó intensamente en torno al sistema social y como componente del mismo, sobre la práctica médica. En ese sentido es que nos interesa su postura, que diferencia en alguna medida las intenciones indicadas, aunque en algunos aspectos pueda y vale atenderlo, aparecer como complemento y asociación de lo expresado anteriormente.

Para la enfermedad, como veremos después, Parsons asumirá el inquietante criterio de conducta desviada y evidenciará ejercicios exigidos para el control social, todos ellos centrados en el sistema social, para cuyo análisis, trabajó para reunir de manera sistemática y generalizada los elementos principales de un ordenamiento teórico que permita reconocer la estructura y proceso de tales sistemas sociales.

Ese sistema social es la elaboración conceptual esencial de Parsons y en el mismo se sentirá la agitación que puede ofrecer la práctica médica, como una de sus complejas acciones.

En su construcción científica, el profesor de Harvard hará propios sus criterios de ciencia y restringirá los mismos al cuerpo de conceptos generales de referencia empírica, que se van a mostrar en constante interconexión.

Para que sean válidas sus apreciaciones, deben ajustarse fielmente a los hechos.

Se trata de expresar “*un hecho*”, es decir una afirmación verificable empíricamente acerca de fenómenos, en términos de un esquema conceptual y obtener la capacidad de que tales afirmaciones se unan, se articulen, en fin, se relacionen con ese hecho o los demás, aceptables y presentables.

Aquí comienza la tarea demoledora de la conceptualización teórica de Parsons, un complicado y denso armazón científico, construido con la religiosidad de un vetusto mecanismo de relojería medieval.

Esta teoría parte de la idea, o de una afirmación inicial, que todo conocimiento empíricamente verificable, aun aquel que deviene del uso del simple y cotidiano requisito del sentido común en la vida, acepta implícita o explícitamente una teoría sistemática en este sentido.

Desde este soporte va a surgir el carácter general del cuerpo científico de conocimientos. Se exige eso sí, el requerimiento específico de un progresivo entendimiento acabado de hechos empíricos, de los fenómenos verificables, como se ha dicho, que se relacionen, se articulen con interpretaciones cambiantes, de este cuerpo de hechos, por lo tanto con enunciados cambiantes de los mismos y sobre ellos, pero de cualquier forma con una estructura cambiante del sistema teórico. Insiste de esta manera sobre las interrelaciones entre los enunciados de datos y los elementos y la estructura lógica de los sistemas teóricos.

Para su ciencia social, se trata en consecuencia de verificar con precisión la articulación de nuevos conocimientos y análisis de los hechos por un rumbo y modificaciones en el sistema teórico por el otro. Hechos y teorías se interconectan, se articulan y están referidos a una dependencia que los convierten en interdependientes.

El sistema teórico que surge de este espectro, Parsons lo denomina teoría voluntarista de la acción y se transforma en el esquema conceptual para el análisis de los *sistemas sociales*, dentro de los términos de referencia de la acción (Parsons, 1984, p. 45).

El proceso de conceptualización científica, requiere que los fenómenos concretos se observen o perciban en unidades o partes. Parsons explicará tal unidad como un “acto unidad” que comprende: un agente o *actor*, un *fin* para tal acto, hacia el cual se oriente el proceso de la acción y además, debe comenzar en una *situación*, cuya circunstancia inicial y estado de partida y de expresión, difiera del estado y circunstancias hacia el que se dirija la acción, es decir hacia dónde y cómo se dirija su “finalidad”.

La situación enunciada puede descomponerse en tres elementos: en las *condiciones de la acción*, sobre las cuales quien actúa, el actor, no tiene control alguno y sobre las cuestiones, sobre las que ejerce control, o *medios de acción*.

Condiciones y medios finalmente establecen la presencia del tercer elemento, una relación interna entre ellos, pero además en la elección de los medios para el fin. se registra entonces una *orientación normativa de la acción*.

Aquí debe aparecer una exactitud metodológica. Un *acto* es siempre un proceso en el tiempo. Nunca una afirmación fija e inmovible. Pero además, como el actor, que es su ejecutor o portador, tiene un insobornable espectro de posibilidades para elegir sobre los medios que harán posible el acto: ello involucra científicamente el concepto de error, de fracaso, con la inconsecuencia que ello agrega.

De todo esto surge que como los fenómenos, las cosas, los hechos, sumados a los sucesos que se agregan a ellos, tienen que ver con el punto de vista del actor, el perfil esquemático resultante es subjetivo en alguna medida, pero sin dudas, además se tratan de hechos del mundo exterior, es decir, que se adosan a fenómenos “*externos*” al científico, o incluidos al contenido de su mente.

Aquí es donde el seguimiento del pensamiento parsoniano obliga a introducirnos en el concepto de *Sistemas Sociales de Acción*.

En este caso el campo de observación se desliza primero hacia la idea fundamental de la *interacción* de los actores individuales. Esa interacción es a su vez un sistema susceptible de análisis teórico y así procede Parsons al manifestar que estamos en presencia de un esquema relacional entre unidades de acción y de acciones que se articulan entre sí. Deben estudiarse las relaciones de esas acciones con las situaciones de las que provienen.

Las *situaciones* consisten en objetos de orientación, siendo posible ubicar a su vez a los objetos como sociales, físicos y culturales.

Un *objeto social*, es simplemente *un actor*, que puede ser aquel que se toma así mismo como punto de referencia (ego) o cualquier otro actor individual (álder) o una colectividad que se considera como una unidad a los fines del análisis que interesa.

Los *objetos físicos* no interactúan ni responden al ego: son solo medios y condiciones de las acciones del ego.

Los *objetos culturales* en cambio, son elementos simbólicos de la tradición y acervo cultural, ideas, creencias, pautas de valor, moldes de conducta, que se presentan como objeto de la situación por parte del “ego” y no se encuentran internalizadas como elementos de la personalidad del ego.

La *acción* entonces, es un proceso del sistema actor-situación que tiene significación motivacional para cada actor individual y en el caso de una comunidad para sus componentes individuales.

Llevemos al Sistema Social a sus términos más comprensibles. De esa forma diremos, que se muestra por una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí, en una situación que tiene un medio ambiente. Son actores motivacionales, es decir motivados para obtener “un óptimo de gratificación” y cuyas relaciones con los otros actores, “están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos” (Parsons, 1984, p. 17).

Tal sistema social es uno de los aspectos de la estructuración de un sistema global de acción social. Los otros dos aspectos son: los sistemas de las personalidades de los actores individuales y el sistema cultural que se establece en sus acciones.

Para Parsons estos aspectos de la composición del sistema global de acción social, remiten intencionadamente a los actores individuales, que actúan entre sí, demuestran perfiles de personalidades determinadas y generan con sus acciones un sistema cultural en el que están envueltos y con el que interactúan. Los fundamentos de los tres aspectos señalados son comunes a todas las ciencias de la acción.

En tal convencimiento la obra fundamental de Parsons se basa en la teoría de los Sistemas Sociales, sin dejar de interesarle la teoría de la personalidad y de la cultura, en cuanto inciden en la estructura y funcionamiento de los sistemas sociales.

En esos sistemas sociales debe situarse un proceso dinámico, que permita obtener una prueba de la significación de las generalidades relativas al proceso. Esta prueba adopta la forma de la relevancia “funcional” del proceso.

Esa funcionalidad tiñe a toda la interpretación teórica parsoniana de los sistemas sociales y ha permitido, así mismo, calificar a su enfoque como el punto de vista funcionalista del sistema social puesto en cuestión.

Lo que se busca saber o calibrar en ese funcionalismo, consiste en determinar cuáles son las consecuencias diferenciales para el sistema,

de los resultados alternativos de un proceso dinámico motivacional, es decir si se trata del mantenimiento de la estabilidad o equilibrio del sistema; la producción del cambio; la integración o el quebrantamiento de tal sistema social.

Así es que, mantener, cambiar, integrar o quebrar el sistema, aparecen como resultados posibles del funcionalismo del proceso dinámico motivado, que los actores articulan, con sus componentes.

Surge de esta manera un concepto de mecanismo, al extender este entramado de significación funcional para un sistema. Entonces la formulación del problema motivacional como mecanismo, se presenta como esencial para establecer la importancia del nivel de conocimientos motivados que se dispone, para resolver las cuestiones del funcionamiento del sistema social.

Ahora puede quedar más claro y más complejo el criterio de Sistema Social, diciendo que se permite abarcarlo como un simple modo de organización de los elementos de la acción, relativo a la continuidad persistente o a procesos ordenados de cambio, de las normas interactivas de una pluralidad de actores individuales.

Son múltiples actores que actúan entre sí, interactúan con pautas determinadas, dispuestos motivacionalmente para producir la continuidad o el cambio de ellas, involucradas en la organización sistemática resultante de los elementos de la acción, en nuestro caso social o médica, que se está experimentado o simplemente realizando.

En este Sistema Social, el sentido más elemental, la unidad básica del sistema, es *el acto*, como parte integrante del proceso de interacción entre su actor principal y los demás actores (Parsons, 1984, p. 33).

Cuando la finalidad tiene que ver con el análisis más general del Sistema Social debemos también aceptar el uso de una unidad mayor que el acto, esa unidad es el *status-rol*: papel del estado social... estado actuante... en una aspiración castellana para la denominación de tal unidad mayor que la del acto, Estado-papel.

Status (estado) para la comprensión de Parsons debe tomárselo en el sentido de lugar del actor en el sistema de relaciones, considerado como una estructura, aquella que aparece como un sistema normado de partes.

Por el otro lado, se evidencia el aspecto procesual, el dinamismo interno de las situaciones que conducen los actores, aquello que cada actor hace en sus relaciones con los otros, considerado, y esto es clave, en el contexto de su significación funcional para el sistema social: esto es “*el rol*”, el papel social desempeñado.

Aquí sobreviene un aporte funcional de la conceptualización parsoniana de gran significación en la dinámica sociológica contemporánea. Se trata de la ubicación procesual de estas categorías de status y de rol, para su contribución al entendimiento funcional de todo sistema social.

Mirémoslo así: cada actor es un *objeto* para la orientación de los otros actores, pero también para sí mismo. En la medida en que esta significación de objetos de los actores deriva de su posición en el sistema de relación social, eso es una significación de sus status. Pero además y por otra parte, cada actor se orienta, dirige y se articula con los otros actores.

Cuando establece tal relación, ese actor está participando de su definición personal del funcionalismo; no sirve en consecuencia como objeto, en tal actuación. Está actuando, realizando, ejecutando su rol, su papel, en castellano.

Por este juego de acción y actores, Parsons entiende que “status y rol” no son en general atributos del actor, sino unidades del sistema social, aunque a veces, sobre todo la posesión de un status concreto, pueda haber sido considerado, o se lo considere como un atributo del gestor de la acción.

Esta distribución resulta compleja y hasta parece contradictoria, porque simula disminuir el peso del protagonismo del actor, en manos del sistema social, quitándole aparentemente dignidad a la representación del “sujeto” convertido en actor.

Pero la aclaración epistemológica corrige este espejismo y por el contrario reafirma la condición idealista e individualista de la postura esencial del parsonismo. En las condiciones indicadas, en la interpretación a fondo, se dice que “el actor individual, que ocupa un *“status”* o realiza un *“rol”*, es siempre una unidad significativa que, sin embargo, a los fines del análisis del sistema, tiene que ser considerado como una unidad de orden más alto que el status-rol. El actor, en ese sentido, es un conjunto compuesto de status y roles. Pero este acto social tiene que ser distinguido de la personalidad, por cuanto en sí misma es un sistema de acción. Esta distinción procede de la irreductibilidad mutua entre la personalidad y los sistemas sociales” (Parsons, 1984, p. 34).

En este razonamiento puede verse la extensión y profundidad del sentido individual de las finalidades asignadas. La irreductibilidad de personalidad del actor y del Sistema Social en el que respira, lleva adherido un tono ontológico para con el sistema de acción, que además aparece como céntrico para cualquier interpretación. Esta teoría de la acción que acepta la separación e incontaminación del actor en su personalidad y del sistema social en su reinado, se refiere a la práctica intencionada, motivada y orientada desde la personalidad del actor. Es imputable a un sujeto que se caracteriza por una certificación definitiva para esta vocación personalísima de la acción social y que se resume en la decisión parsoniana de otorgarle a esa acción del sujeto, la condición de ser intérprete de su propia situación.

Conforme lo hemos discutido precedentemente esta filiación, que toma a las acciones sociales, como prácticas ejercidas por el sujeto impulsado en exclusividad por la interpretación de su propia vocación, ofrece una nítida inclinación hacia la “unidad en sí”, fuera de toda articulación con el sistema social.

La irreductibilidad indicada por Parsons en este párrafo, acerca su decisión teórica a un desplazamiento de valores racionales del actor, que desde su propia situación, sin contaminaciones, vuelve a indicar

la primacía del sujeto, más allá de la realidad objetiva del sistema que la involucra.

Pero aun es más intensa la vocación idealista de esta postura. En la irreductibilidad de actor y sistema, se deja ver la condición de “cosa en sí” de ambas instituciones y le otorga a las mismas límites infranqueables e irreductibles, para que se tengan presente, en cuanto sea necesario reconocer y entender el trabajo de la interrelación social que planteará el parsonismo.

Dicha relación será así consecuente con la “cosa en sí” y se tratará de la simple inquietud interactiva entre los actores, hombres en sí mismos, que ponen en esta interrelación claros sentimientos intersubjetivos, antropológicos, individuales y hasta sociológicos de este signo.

Como hemos señalado oportunamente, otra postura indica que esas relaciones son en verdad una articulación de doble relación, entre hombres, generalmente acordados como grupos o clases y las cosas, los medios de producción.

Se trata entonces de las relaciones sociales que emergen de la producción, que forma una unidad dialéctica con la base económico-social que algunos denominan la infraestructura y de cuya determinación de excelencia, ya se ha discutido.

Pero será necesario llegar más allá en esta crítica, para poder así percibir que cuando se menciona la irreductibilidad de la personalidad del actor, se parte sin dudas del hombre en sí y desde allí se recurre al centro idealista inevitable de la globalidad poderosa de la libertad del ser. En este caso se deposita en la libertad motivacional de la personalidad del actor, el poderío monopólico del pensamiento de la sociedad capitalista, que termina defendiendo Parsons desde la Universidad de Harvard instalada en uno de los ejes del razonamiento ideológico burgués dominante.

Al afinar la intencionalidad, o sin mezquindades al analizar el objetivo final, o los resultados obtenidos, se percibe que esta postulación,

también cumple una funcionalidad (bien parsoniana), y ella ha consistido en disfrazar, ocultando para imponerlas, detrás de la ilusoria mística del libre poderío del actor, el poder real de la sociedad dominante. A ella pertenecen y para ella construyen esta refinada fórmula de mantenimiento y acrecentamiento del poder del capitalismo.

Volviendo a Parsons, en su explicación racional de los sistemas sociales y la relación con el actor individual, indica la existencia de tres unidades diferentes que son necesarias reconocer.

La primera es el *acto social*, ejecutado por un sujeto social, un actor, quien orienta ese acto social hacia uno o más actores, como objetos.

La segunda es el *status-rol*, como verdadero subsistema accionante, que es la consecuencia del actor o de los actores “que signan status recíprocos dados y que actúan recíprocamente dentro de los términos de orientaciones de igual correspondencia”.

La tercera es el *actor mismo*, como unidad social, expresa el sistema organizado de todos sus status y roles, como objeto social y como autor-productor de un sistema de actividades conformadas alrededor del rol.

Parsons entenderá de inmediato, que a estas tres unidades diferentes que en última instancia están dirigidas en los sistemas sociales por el actor individual, corresponde incorporar una cuarta unidad, de características específicas, de mayor complejidad y que es *la colectividad*, tomada como objeto y entramándose con el actor individual.

En esta postura del reconocimiento de la cuarta unidad, los componentes individuales integrantes del sistema de acción de los actores individuales, cesan en el ejercicio de sus status-roles como unidad y pasan a ser comprendidos conjuntamente.

De cualquier manera, la significación de los status-rol, tratados como unidad, lo es tanto para el sistema de acción del actor individual, como para el actor-colectividad; sirve así para interrelacionar las dos formas entrecruzadas de organización de los sistemas sociales,

pero reparando que solo es un tránsito del actor individual en sí, al actor-colectividad en sí, cada uno orientando su acción intencional imputable a tal sujeto que entiende y proyecta su propia situación.

Teniendo en cuenta lo expresado para la acción en general, es procedente asimilar la idea que los sistemas de acción se conforman alrededor de tres núcleos que asumen condiciones interpretativas: el actor individual, el sistema interactivo y un sistema de normas culturales.

Estos tres núcleos se interrelacionan con las consecuencias que correspondan para su funcionamiento, que vierte, en todo caso, una compatibilidad funcional de cada uno de ellos con los otros dos.

En la integración del esquema del profesor de Harvard, resulta necesario alcanzar algunos aspectos indispensables de la interrelación de los núcleos indicados. Se trata de esencialidades funcionales que son parte consubstanciales de los actores individuales componentes de ese sistema, como entes biológicos, como personalidades, con la integración armoniosa, aunque solo sea relativa, de un sistema cultural. Ese sistema social, del que forman parte, depende del apoyo que le brinden los otros sistemas.

A tales esencialidades, Parsons las llama *prerrequisitos funcionales* y los hace comenzar con los prerrequisitos biológicos, de la vida individual de los actores, comprendiendo por ejemplo, la nutrición y la protección física, que a su vez influyen sobre las mínimas condiciones a las que se debe adaptar la personalidad.

El segundo prerrequisito funcional es el de obtener una participación apropiada y suficiente de los actores en el sistema. Se trata de lograr las inclinaciones motivacionales indispensables para que el actor o los actores se inclinen volitivamente en forma adecuada para obtener las concreciones requeridas para que el sistema social que integran y por el que se interesan, se desarrolle, continúe en su situación o simplemente cambie.

Tal prerrequisito motivacional puede mostrar tendencias positivas, o negativas. El negativo se constituye con el mínimo de carga volitiva de

una conducta potencialmente lesiva: vale decir con la expresión de una acción motivacional que se interpone, contradice la acción, de otros actores en sus roles del sistema social, o el simple trámite del abandono por parte del individuo de la realización de sus obligaciones.

Esta posibilidad de abandono, califica uno de los rumbos más importantes de la llamada conducta desviada para el sistema social y se introduce significativamente en la intimidad de la estructura de las condiciones y mecanismos del control social, como acción colectiva reaccional frente a tal desviación.

Parsons piensa que la *enfermedad* es precisamente uno de los tipos más llamativos y hasta paradigmáticos y precisos de conducta desviada, de abandono en nuestra sociedad. El conflicto que genera puede ser importante y el problema funcional del sistema se ordena como “el control social” del conflicto mismo. Eso es la práctica médica.

Se parte de la base del normal funcionamiento del sistema social considerado: para ello es necesario saber que los componentes de ese sistema dependen de su tarea, pero también que las realizaciones de los demás y en la medida que se produzca abandono del cumplimiento de las expectativas esperadas, este abandono puede ser en términos motivacionales del actor, un acto cargado de agresión o de tendencias no positivas y en tales condiciones con seguridad que ha de molestar o de lesionar al otro actor.

Se ha distorsionado de esta forma, por abandono que gestan conductas desviadas de las pautas sociales, el funcionamiento normado del sistema y desde esa lesión funcional se otorga un punto de observación para el estudio de las direcciones de tales conductas desviadas. Ese análisis ubica a esa conducta, en referencia con los problemas operativos de sistema social. La enfermedad, como conducta desviada en el sistema ideatorio parsoniano, está, entonces, situada en relación con los mecanismos operativos del sistema social en el que se sitúa, o en el que está comprendida.

En otro sentido, la motivación positiva, o adecuada para el sistema social considerado, es un prerrequisito que no puede ser asignado al perfil de la personalidad específica que actúa voluntariamente sobre el sistema sin abandonar su obligación y misión, sino que es necesario asignárselo a formas de organización de los sistemas motivacionales de las personalidades, que pueden ser comprendidos en referencia directa con el nivel o conducta del papel o rol socialmente estructurado.

Puede indicarse que los problemas que producen las motivaciones adecuadas para el sistema social, descubren y señalan las cuestiones de los mecanismos de la socialización, pero también colaborarán y en especial, del control social que exige el funcionamiento esperado de ese sistema social.

Y finalmente los prerrequisitos culturales del espectro parsoniano, aparecen definitivamente independientes de los demás elementos del sistema de la acción social, aunque resulta evidente que tienen que referirse, articularse con ellos.

El profesor de Harvard le asignó a estos prerrequisitos, condiciones de existencia inevitable y de presencia constante, aunque pueda pasar inadvertida en un análisis superficial. Dice con determinación exigente que “un sistema social que conduce a un quebrantamiento demasiado drástico de su cultura, estaría expuesto a una desintegración tanto social, como cultural” (Parsons, 1984, p. 42).

Otra reflexión más, desde estas consideraciones. De allí que, ni tanta conducta desviada es tolerable, ni tan poco control social es adecuado. La sociedad elabora la exacta medida del control social que requiere para sostener su armazón conforme lo determina el sistema social imperante. Ningún sistema social viabilizado se suicida. Su mecanismo de defensa, Parsons lo llama control social y éste es una contribución esencial para asegurar la continuidad de la sociedad en la que acciona desde Harvard.

El sistema de poder parsoniano

Parsons sabe que en un sistema social el poder de un actor es siempre un poder relativo al de otro actor y que tal poder es capaz de transformarse en un foco de conflictos, no precisamente armonizadores.

Pero su enfoque del poder tiene especial interés por la capacidad de funcionar frente a las conductas desviadas o ante las acciones indeseadas. La fuerza que actúa ante ellas, la considerará como el último medio efectivo y para Parsons, está unida su localización con el territorio donde actúa, porque es de todas formas un medio físico.

En su razonamiento teórico se afirma que no hay sociedad que pueda sobrevivir y proyectarse si no cuenta “con algún control del uso de la fuerza” y teniendo a su vez la garantía evidente que los conflictos disgregadores, entre ellos la enfermedad, que siempre son en esencia “luchas por el poder” sean mantenidos dentro de sus límites, controlados socialmente.

Pero los núcleos separados del poder o los focos del mismo, no abarcan al sistema social en su totalidad. Aquí es donde para lograr la integralidad Parsons propone su concepción del Estado, al que le asigna “entre otras cosas una función del nivel de organización del uso de la fuerza y desde luego de su tecnología”. El poder-fuerza pasó a la “sociedad políticamente organizada”.

En tal sociedad se puede construir un estado establecido, vale decir un proceso de interacción complementaria a dos o más actores individuales en el que cada una se adapta ajustándose a las expectativas del otro o de los otros, de tal forma que las reacciones del *alter* o las acciones del ego, son sanciones positivas que servirán para reafirmar sus disposiciones de necesidades dadas y confirmándose de esa forma, expectativas dadas.

El proceso social con sus referencias en los análisis motivacionales, tienen ese proceso estabilizado o equilibrado de interacción, su punto de referencia fundamental.

Es bueno darse cuenta que Parsons piensa en procesos estabilizados desde la interacción de dos o más actores individuales, sin conflictos en la interacción, o al menos no los señala como la normalidad social, sin participación del acento y diferenciaciones de los grupos o clases sociales en esa interacción.

Se miden solo productos de situaciones motivacionales entre los actores... Entonces... ¿dónde quedan, o qué papel juegan los intereses, las relaciones sociales? A pesar de su apelación a la fuerza del poder para estabilizar las conductas desviadas, con el control social, esta posición parsoniana, por lo menos evidencia un limitado, restringido enfoque, que no contribuye al esclarecimiento de la interpretación de la complejidad social.

Sin dudas tiene razón Parsons cuando agrega que tal proceso de estabilización para funcionar satisfactoriamente en *un rol*, el actor tiene a su vez un proceso de aprendizaje. A ese proceso se lo denomina *socialización* y el mismo debe ligarse a los procesos del funcionamiento “normal” del sistema social,

Pero eso sí, ya es tiempo de aceptar que ni la socialización, ni el funcionamiento normal del sistema social son una realidad en sí mismos, ni surgen como condición inherente a la motivación del actor exclusivamente, ni a reglas empíricas que sean capaces de procesar los mecanismos de normalidad. En estas situaciones, de socialización y normalidad, hay fuerzas sociales que devienen de las relaciones sociales del sistema productivo imperante, que definen, tiñen y proyectan la situación resultante del poder social. Esta es la variante estructural que ciñe la funcionabilidad del ego y sus relaciones con él, o los otros *alteres* y que está ausente en el esquema parsoniano.

Es que para Parsons, de igual manera que para su razonamiento lineal de funcionalidades, en la acción social, más que poderes, hay procesos inherentes, o tendencias existentes para la *desviación social*, que se expresan apartándose de la conformidad con los criterios nor-

mativos. Tanto estos, como las desviaciones se transforman en tal esquema, en situaciones en sí, que solo reconocen sus potencialidades e intenciones.

De esta manera, la explicación causal para las acciones sociales, vuelve a su enfoque individual y funcionalista, diciéndonos que esa tendencia a la desviación, “es un proceso de acción motivada, por parte de un actor que indiscutiblemente ha tenido toda clase de oportunidades de aprender las orientaciones requeridas y que tiende a desviarse de las expectativas complementarias de conformidad con los criterios comunes en tanto y en cuanto estos son relevantes para definir su rol” (Parsons, 1984, p. 197).

El actor ha tenido toda clase de oportunidades en su aprendizaje y desarrollo, para mantenerse fiel en el seno de “los criterios comunes” pero... ha decidido desviarse, por propia decisión, cumpliendo una función diferente, desviada su voluntad escribe el tránsito hacia el funcionamiento desviado y son precisamente tendencias a la desviación las que obligan al sistema social a enfrentarse con las cuestiones de “su control social”, desarrollar las fuerzas del poder que aseguren este control, con toda sabiduría y claridad, para evitar los cambios y transformaciones y hasta la desintegración del sistema, a que puede conducimos, la tolerancia de la desviación “más allá de ciertos límites”. Así el poder social, y sus reservas en el sistema, pone en ejecución las fuerzas protectoras que aseguran su continuidad y que no son otras que “los mecanismos de control social”.

La precisión parsoniana expresa que un mecanismo de control social, es un proceso de motivación en uno o en más actores *individuales* que tienden a reaccionar frente a la tendencia a la desviación en el desempeño de las expectativas de rol, en él mismo, o en uno o más *alter*.

Fijémonos que en esta apreciación el sociólogo americano, deposita en el actor individual el mecanismo de control social, en el caso de la enfermedad será lógicamente el médico, y por ello las ubica en las dis-

posiciones propias de la personalidad del actor. Se trata así, de sus mecanismos de defensa o de ajuste con respecto a los actores que vienen a desviar o romper expectativas de roles que informan los “criterios comunes del sistema”.

Esta postura individual, voluntarista y de arreglo a la función normalizada, es la base esencial de la visión parsoniana de la construcción de las acciones que definen esa normatividad. Confirman por lo demás, su tendencia rígida para su visión creadora para la norma social.

Sin embargo, sucede prontamente, al párrafo siguiente, que se ve impelido a producir la extensión frente a la desviación ampliada en la sociedad. Ahora se trata de defender a la sociedad integral constituida y entonces hace falta bastante más que la voluntad individual o el celo del rol del actor para defender la funcionalidad sacralizada.

Así es que nos dirá: “Sin embargo, debe subrayarse que, aunque los mecanismos de control social comprenden *elementos* de estos mecanismos de la personalidad, no son los mismos, sino que son mecanismos del sistema social” (p. 198). Ahora son los mecanismos totales de la sociedad: deben ampliarse cuando está en peligro su funcionalidad. Pero en realidad, en su base conceptual esos mecanismos sociales para el control social de las desviaciones, son similares en esencia a los mecanismos de defensa que se le asignan a las motivaciones individuales propias de la personalidad del actor, cuando reacciona defendiendo su rol, ante la amenaza de una tendencia desviatoria de su normatividad de acción.

El temor de convertibilidad o disolución del sistema social, impone en Parsons una invocación al poder total, la extensión a todo el sistema social para ensayar y lograr la defensa, pero en realidad su sentido del poder global, aparece como mimetizado teóricamente, en los enredos de los mecanismos de defensa del actor individual. En la voluntad de Parsons el razonamiento ha funcionado de tal forma que al extenderse la desviación posible, los mecanismos eficaces serían aquellos que todo

el sistema social pone en juego para lograr acrecentar su integración interna, consolidar su situación de sistema social y refrenar sin piedad las tendencias disgregadoras.

Este es el núcleo conceptual de Parsons en el campo del control social: aparece como planteado sobre una asignación individual e idealista, sin referencias causales, ni relaciones con la globalidad; aunque, en cuanto se trata de visualizar el peligro de las desviaciones sobre el ordenamiento del sistema social ponga en juego la totalidad de su potencialidad funcional que resulta de una sumatoria de individualidades, que tornan inapropiado su esquema de poder social, teóricamente concebido.

De todas maneras sus intenciones no ofrecen dudas, al menos en el propio terreno de actor motivacional. Para defender el orden constituido, todo el peso de la estructura social normada, el poder de la sociedad en peligro de las desviaciones, estará listo para su defensa y consolidación. El sistema social debe poner a su servicio todas sus estructuras y funcionalidades, presididas por la fuerza del poder, a quien Parsons considera la última barrera efectiva, para servir de garantía al sistema vigente ante los conflictos disgregadores, que produzcan las conductas desviadas.

Como pensaba Foucault, el razonamiento parsoniano en torno al sistema social y su defensa ante las fuerzas desviatorias de su normalidad, o a la “genealogía del poder” necesario para garantizar esa defensa del sistema constituido, deberá ser organizada, no a partir de tipos de conciencia, de personalidad, de modalidades de percepción, de ordenamiento de voluntades, o de formas de ideologías, sino de tácticas y estrategias de poder.

En ambos casos, cada una de ellas con sus diferenciaciones frente a la concepción del poder ponen en juego esa potencia definitiva que en cada sistema social se llama la fuerza del poder y que estará en actividad para defender el sistema constituido, conforme los poderes dominantes que generaron su normatividad.

Práctica médica y desviación normativa

En todo el andamiaje conceptual de Parsons, alrededor del sistema social queda evidenciado que la extensión desviación-conformidad, forma parte de la centralidad de la acción social y de los sistemas resultantes.

El tramo ideatorio que comprende el recorrido de desviación-conformidad, puede aceptarse en última instancia como un aspecto infaltable de las pautas culturales comunes, que forman parte indisolublemente de todo sistema de interacción social que siempre es normativo.

En general es válido pensar que existe en los actores una expectativa de conformidad con las normas vigentes, que además son impulsadas complementariamente por la existencia de los criterios comunes, sobre la calibración y aceptación de una conducta adecuada y por lo tanto aceptable para esas pautas. Las motivaciones positivas que se mencionaran contribuyen a este paralelismo entre la norma y la conducta apropiada para cada sistema social.

Ya se había acordado, conforme lo establecía el esquema parsoniano, que todos los procesos motivacionales, son procesos que se generan y desarrollan en las personalidades de los actores individuales. Sin embargo, está claro asimismo, que los procesos de elaboración de la estructura motivacional de cada actor individual se consolida en su resultante, como consecuencia de un proceso social que requiere la intervención del ego y del *alter*.

Parsons ejecuta ese proceso social, en el seno de la interrelación *ego-alter* y señala que cuando las motivaciones individuales toman el camino de la conducta desviada, ellas “son resultado de sus procesos de interacción social en el pasado, y por consiguiente, es preciso abordar todo el problema sobre la base de la interacción social” (p. 237).

Se trata de las relaciones de interacción social y en consecuencia el foco sigue estando en el actor individual y su articulación con el o los *alter* en el pasado, y el desplazamiento que se insta hacia la considera-

ción específica de los procesos de interacción social, no son más que tácticas diferenciales para el tratamiento de ese proceso, sin perder de vista el gestor único del acto social. Se trata así, de la base de la interacción social pero vista, sostenida y desarrollada desde la acción del sujeto clave del acto social. Sujeto como constructor del acto y no como soporte y consecuencia de las relaciones.

La conducta desviada, en esta modificación táctica, también como los normales procesos de socialización, debe obligarnos a referirnos a los procesos interactivos, que tienen influencia sobre la conducta del actor individual en su situación social, en su ubicación ante esta situación, así como también sobre el esquema normativo que definen las valoraciones y expectativas de sus roles.

Resulta que la desviación, como los mecanismos del control social se los puede observar desde el actor individual o desde el proceso interactivo en el que está involucrado.

En el primer caso, la conducta desviada es una resultante del comportamiento del actor, en contra o en la falta de respeto por una o más normas aceptadas por el sistema. El mecanismo de control social, tendrá que referirse en estos casos a los procesos gestados por esta conducta del actor y de otros con quienes este actor interacciona, por medio de los cuales tales tendencias desviadas, son corregidas o neutralizadas.

Cuando la conducta desviada tiene que ver con el sistema interactivo, la desviación es la tendencia de uno o más de los actores intervinientes y cuyo resultado perturba la armonía o el equilibrio de la interacción.

Para evitar la ruptura de ese equilibrio del sistema interactivo, las fuerzas que contrarresten tales tendencias desviatorias serán las denominadas mecanismos de control social para esta situación de interrelación.

Esta concepción de las conductas desviadas, como una fuente de perturbación de la armonía del sistema interactivo *ego-alter*, es considerada por Parsons “como la perspectiva más importante en los análisis de los sistemas sociales”.

Para nosotros en este caso, el enfoque preferencial], en el seguimiento de la ubicación parsoniana, se refiere a la enfermedad como conducta de desviación social tal como la trata el profesor de Harvard. Él ha indicado que “en la sociedad norteamericana la enfermedad se encuentra en gran parte motivada y por consiguiente cabe considerarla legítimamente como una forma de conducta desviada” (p. 269).

Para esa mirada, la enfermedad entra en la categoría alienativa pasiva, producto de un proceso adquirido que transforma en buena medida en pasivo al ego que la padece. Es un extrañamiento pasivo, pero además en el razonamiento de Parsons puede entenderse la exigencia de agregarle otros dos roles al paciente.

En primer lugar una clara dependencia por la cual el paciente se recluye pasiva y dependientemente en la esperanza y petición de que cuiden de él. La incapacidad que produce la enfermedad, actúa como argumento de legitimación para solicitar ayuda y cuidado. Esta situación favorece o permite un punto de apoyo para la instauración del control social sobre el paciente y su estructura motivacional conformativa.

Por otro lado, en segundo lugar, la enfermedad genera en el paciente otro rol, además del rol dependiente. En este caso el enfermo involucra la necesidad de un elemento alienante, el extrañamiento individual que lo lleva casi inexorablemente a eludir, o postergar pasivamente sus obligaciones y acentuar en este rol, la dependencia con relación a los otros.

El enfermo pone en marcha sus papeles dependientes y de extrañamiento con sus obligaciones y de esta forma encuentra el clima individual que justifica la sustitución de la norma básica del sistema social, por esta nueva del sistema desviado que gesta la enfermedad.

El rol de enfermo, no solo aísla e incomunica sino que también lo expone como conducía desviada, a la acción de fuerzas reintegradoras de su condición social. Esas fuerzas son las que integran el proceso de control social, con el que se identifica a la práctica médica.

Esa práctica médica profesional tiene por misión básica resolver las

alteraciones de la salud del actor indicado, recuperándolo de su aislamiento e incomunicación, a la que fue impulsado por la enfermedad. Este episodio de conducta desviada, lo incapacita al actor en buena medida para ejecutar con eficacia sus roles sociales. Por eso es que puede decirse que un nivel elevado de enfermedad en la sociedad, resulta verdaderamente disfuncional.

No pueden plantearse dudas sobre la significación de la enfermedad, para los requerimientos funcionales de cualquier sistema social que la involucra, mirándola desde las amplias implicancias de los procesos interactivos, que en esa sociedad se producen.

En tal sentido piensa Parsons que “la enfermedad no es simplemente un peligro ‘externo’ ante el que ponerse en guardia, sino una parte integral del equilibrio social mismo”. Por esas condiciones, la enfermedad puede ser considerada como “un modo de respuesta a las presiones sociales, entre otras cosas como un modo de eludir responsabilidades sociales”.

En su resumen sobre este particular, el sociólogo estadounidense dice que la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo y agrega, humano total, sobre el cual ajusta la sumatoria del estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social.

De inmediato agrega una frase interesante para su caracterización, proclamando que “la enfermedad se define, en parte biológicamente y en parte socialmente” pero dice enseguida que “la participación en el sistema social es siempre en potencia relevante para el estado de la enfermedad, para la etiología y para las condiciones de una buena terapia” (p. 402).

Interesa sobremanera su apreciación para con la enfermedad “como un modo de respuesta a las presiones sociales”, pero desalienta su restricción sorprendente inmediata, cuando volviendo a pensar en el individuo, su base de reflexión permanente, disminuye el calibre de

su medición para con la enfermedad y la transforma en una simple y diminuta situación personal para lograr “un modo de eludir responsabilidades sociales”.

La íntima apelación individualista que signa la posición de Parsons en su razonamiento sociológico integral, encierra este argumento en un círculo restringido, que aun cuando lo califique como “humano total” colocándolo en la ecuación como sistema biológico con algunos ajustamientos personales y sociales y más aún, señalando que la enfermedad se define en parte por ese componente biológico y en parte socialmente, en tal círculo todo el peso recae sobre ese actor integrante del sistema social.

Esa integración culmina en la construcción de sus motivaciones individuales, que son primeramente conformadas por esos componentes biosociales, se resumen en su reacción motivacional y se expresan en status y roles, que son justamente la expresión de la unidad específica.

A pesar del esfuerzo en el discurso parsoniano de asegurar la intervención de lo social, el actor aparece como un núcleo absorbente para sí, reconcentra sus motivaciones y culmina como resultante de su propia motivación personal. Por lo demás cuando se lo refiere a la interacción social, la vinculación referida se instala entre el actor y el o los *alter*, pero conforme la definición de Parsons en una clara relación intersubjetiva, que no altera, ni disminuye el papel individual del actor.

De esta manera se delimita, en gran medida el campo de acción para la práctica médica, que considerada por el sociólogo de Harvard como un mecanismo en el sistema social para enfrentar a la enfermedad, también se ve obligada a acotar su acción en torno a la actividad posible y personal del funcionamiento de su actor social considerado como eje insustituible de esa tarea de controlar la enfermedad.

Así el paciente, el actor biosocial, es resumen unitario, individual de la conducta desviada. El médico, también actor único para su función, es el ejecutor del proceso de control social, pero lo que es básico, en

ambos casos, la capacidad ejecutora y receptora obedece a las fuerzas que emanan de sus respectivas motivaciones personales.

La crítica a la postulación de Parsons puede objetivarse con intensidad si se sigue detalladamente las argumentaciones requeridas en su esquema, para entender las estructuras sociales relevantes, en la consideración de la práctica médica como sistema social. En esa práctica el análisis recae fundamentalmente sobre el rol del médico y el rol de la persona enferma.

Parsons hace mención, además de esos roles a “un sector de contactos importantes de ambos roles con otros aspectos de la estructura total del sistema social” (p. 404) que fundamentalmente se diluyen en apreciaciones menores y que son exactamente nada más que contactos con esos roles.

La práctica médica tiene necesidad de encontrar límites sabidos a tales papeles. En ese sentido para el “*rol del médico*” se le otorga para su desempeño un alto grado de competencia, con una especialización específica, lograda tras su entrenamiento técnico y su perfeccionamiento por vía de la experiencia.

La “ideología” debe remarcar la obligación del médico de colocar “el bienestar del paciente” por encima de sus intereses personales, excluyendo de sus motivaciones todo ánimo de lucro.

Para el “*rol del enfermo*” deben considerarse su exclusión de las obligaciones normales de su rol social, según sea el nivel de gravedad que alcance la enfermedad.

El médico tiene en esta asignación del paciente, un papel especial de legitimación de esta exclusión de responsabilidades del enfermo.

Otro aspecto del rol del paciente se refiere a la delimitación institucional que indica que el enfermo no curará por un simple acto de decisión o deseo y se encuentra en una condición especial que lo transforma en un ser al que hay que cuidar. El enfermo a cuidar, no podrá intervenir, mientras dura la enfermedad, voluntariamente sobre la misma aunque así lo planteé.

Estos dos roles aparecen como elementos de legitimación del papel de enfermo, pero agrega un rol específico más, que se relaciona con su obligación individual de querer sanar.

Como se ha visto el paso hacia su curación no depende de la decisión o deseo del paciente y ello define un cuarto rol del paciente, que consiste en su obligación “de buscar ayuda técnicamente competente, es decir, en la mayoría de los casos, la ayuda de su médico, y cooperar con él en el proceso de sanar”.

Los roles asignados a ambos actores y particularmente el papel de los factores motivaciones del enfermo y la enfermedad que lo acosa, ponen de relieve la significación social del rol de encontrarse enfermo. Es aquí y en atención a esa validez ensanchada y ponderada del sentido abarcativo de la enfermedad y su puesto en la sociedad, desde donde el problema del control social se transforma importante para la argumentación parsoniana.

Al querer estudiar los elementos que concurren a calificar y caracterizar a la conjunción de roles del paciente y del médico, aparecen algunos de los caracteres y mecanismos de la estructura social tal como la trata el sociólogo estadounidense.

Como ya queda expresado el paciente opera en el eje de una situación de desamparo, necesidad de ayuda, incapacidad técnica para intervenir en su estado y lógicamente con una carga emocional negativa.

Ya se dijo también que el acontecimiento de encontrarse enfermo, debe considerarse como una “*desviación*” con el agregado que el paciente no puede asumirse como “responsable” de tal condición.

Como la persona enferma no está en funciones de ayudarse a sí mismo con capacidad técnica, se impone la interrelación con el rol del médico, que en la práctica médica-profesional entrega su ayuda, técnicamente competente.

La llegada de esa ayuda, entrelaza el rol del medio con otros aspectos de la estructura social. Parsons indica entonces el papel decisivo de la familia del paciente.

En otro sentido, el rol del paciente que dibujó una combinación de desamparo, incapacidad técnica, necesidad de ayuda y la carga emocional envolvente que le agrega la enfermedad, relaciona al enfermo con su conversión en un objeto vulnerable a la explotación por otros aspectos de la estructura total.

Este interesante deslizamiento reflexivo, podría brindar una formulación tentativa de la comprensión y esclarecimiento de la enfermedad vinculándola con “esos otros aspectos de la estructura total”, pero nuevamente Parsons se limitará a la observación del fenómeno sin requerir en su indagación referencias a la causalidad. Se permite pensar que esa “explotación del enfermo desamparado es inimaginable”, pero, y sin embargo, ante la realidad se ve impelido a manifestar que “se presenta el problema realísimo de como minimizar, al menos, la muy posible explotación”.

La nota del pie de página sobre este particular es de una inusitada importancia y pone en evidencia una limitación interpretativa, que cuando menos es sorprendente para un autor de tanta valoración científica para el mundo desarrollado. Allí dice que “incluso la propaganda izquierdista contra los males de la sociedad capitalista norteamericana, en la que la explotación es una nota fundamental, tiende a perdonar al médico”, siendo esto significativo, así lo expresa, “de la reputación general pública como colectivamente orientada acerca de la profesión médica” (p. 414).

La “explotación de los enfermos” se ha puntualizado sobre el perverso rol del médico como actor genético de la explotación. Es cierto que él encontrará material empírico para justificar la eximición que hace el público de tal presunción acerca de la profesión médica. Pero en su enfoque, la aproximación a la estructura total, vuelve a desembocar en una diferenciación individual que mezquina o solo desconoce, el nivel de los valores causales que se movilizan y determinan tal situación de explotación, no solo no es “inimaginable”, como él había pensado sino

que es corriente y constante y su ponderación en el sistema social está exigiendo un análisis diagnóstico y una propuesta mucho más seria y honda que la que ofrece esta maniobra escapista utilizada por el sociólogo norteamericano.

Parsons es así fiel hasta el final, a su proposición inicial de los roles motivacionales individuales, y las funciones que en su nombre y razón se ejercitan, para reconocer las acciones de las prácticas sociales. Pero toma sin rigor crítico alguno, el peso individual del médico como portador de relaciones sociales del mundo productivo en el que actúa y pasa por encima de este episodio de la explotación cargado de sugerencias y de conclusiones, a poco que se lo estudie en profundidad y se permita extender sus orígenes y consecuencias al dictado de la explotación social al que pertenece.

Dejemos esta preocupación como un vacío más en la valoración integral para el sistema parsoniano y volvamos a los roles para observar con algún detenimiento el rol del médico desde el ángulo de su propia práctica.

La responsabilidad para el funcionamiento de su papel de médico, tiene características específicas que Parsons las delimita en su papel para el bienestar del paciente, facilitando su recuperación de la mejor forma posible.

Para ello se espera del médico una alta competencia que surge de su profesión, con marcados signos tecnológicos y científicos. Pero esa competencia como la ciencia que la sostiene no es infalible y es preciso reconocer elementos de incertidumbre para el estudio de los problemas de enfermedad que debe abordar el médico y su capacidad profesional.

Es así que su contribución con el bienestar del paciente, limita la práctica médica hacia el tope de “hacer todo lo posible” para conseguir el mayor nivel de tal eficacia.

Ese nivel de eficacia, recibe también el impacto de la actuación emocional en la que se envuelve el médico frente a las circunstancias de co-

locar sus funciones para tratar con seres humanos cuyos padecimientos pueden conmover su situación individual. El médico se ve implicado y conmovido por los “asuntos privados del paciente”.

Por mecanismos no siempre resultantes pero de todas formas necesarios, el rol del médico, obliga a la búsqueda de la mayor neutralidad afectiva posible, porque ella contribuirá al logro de la efectividad buscada.

No hace falta insistir la preocupación parsoniana, en derredor de los temas y sugerencias de las individualidades. La funcionalidad del sistema médico descansa en esta ubicación de las motivaciones individuales, que quedan por demás asignadas en estas consideraciones sobre la situación emocional del médico ante la enfermedad y las exigencias de neutralidad afectiva a la que se ve obligado, como persona y profesional para servir en su rol.

De esta misma situación emocional, se ven surgir en el esquema indicado, una interrelación entre los roles del médico y los del paciente, notándose con estos parámetros parsonianos, que las funcionalidades para esos roles aparecen como de importancia selectiva, para el equilibrio y armonía, por extensión del espectro motivacional del sistema social.

A esta interacción que debe contribuir al equilibrio exigible para el sistema médico y después para el sistema social, debe adicionársele que la enfermedad, como quedó dicho, ha sido comprendida como una forma de conducta desviada, por lo cual los roles del enfermo y los del médico, tienen el valor funcional de un mecanismo de control social, no solo para las funciones del médico por excelencia, sino para con los demás factores que tengan conexión con la situación sanitaria. Como hemos visto anteriormente, en este último aspecto, la amplitud parsoniana queda limitada a simples situaciones que no traspasan esencialmente los marcos individuales que se indicaran para ambos roles.

Fíjese que en su prédica casi final para la práctica médica y como un signo de amplitud inusitada Parsons dirá que toda esa práctica debe ser admitida como psicoterapia, “como mecanismo de control social” que

desarrolla o extiende lo establecido para el “rol del médico”.

En esta tesitura casi cumbre, es donde se percibe con facilidad que la cientificidad de las ciencias de la acción, resuenan como problemáticas, circunscriptas a su propio problema, sin expansión, ni tampoco interrelaciones conflictivas.

Es más, su enfoque analítico de las situaciones científicas y sociales es también problemático, sin contradicciones, ni conflictos en vigencia y se concentran conscientemente en el esquema de la acción y en él reposa su relevancia.

Con estas formas, las tecnologías de cualquier tipo, como la médica incluida, entrañan únicamente medios, funciones y fines determinados y se encuentran presentes desde el nivel más elemental, desde el singular acto de la relación médico-paciente.

Por eso, esa relación, de cara a la enfermedad, ubicada como modelo de acción, pensando en roles y status, en medios, funciones y fines, es considerada por Parsons como situación enraizada simplemente en las experiencias de sentido común de la vida cotidiana y de lectura naturalmente lineal. Desaparece toda perspectiva de requerimiento de una mirada en profundidad y queda cortada toda vinculación con antecedentes o raíces socio culturales y menos económicos que puedan determinarla.

Responde este esquema parsoniano al modelo de acción que resulta ser componente discernible de la sociedad liberal, donde sus factores no son abarcados en su complejidad y totalidad, y donde su importancia no reconoce diferencias, ni primacías determinativas. Se alinea en cambio, en la visión de una sociedad de la integración de valores, que tan claramente la evidencian las escuelas “del individualismo económico”, en las que abrevaron y a las que sirven de todas maneras. La siguen alentando, sobremanera, en los tiempos contemporáneos.

No es desequilibrado entonces, el arsenal crítico que ha visto en el sistema conceptual del profesor de Harvard, la construcción del aparato ideológico moderno que necesita el sistema sociológico burgués,

quizás uno de los de mayor enjundia e importancia y más característico de la época.

A poco de detenernos con espíritu científico en su indagatoria integral, el análisis crítico sobre la teoría de la acción social, descubrirá su tendencia individualista, no negada por sus cultores, y comprobará su inclinación decidida a la psicologización de los fenómenos y procesos sociales, desde donde se elabora su sistema universal de la sociología. Así se refleja en su estudio de la práctica médica que como vimos termina asimilándose a la psicoterapia.

El esfuerzo de Parsons se dirige también hacia la obtención de una acabada y funcional instrumentación de la sociología, para lograr una ciencia social aplicada a la defensa del sistema sexual desde el cual germinó y por el cual debe bregar para proyectarlo según los propios fines de dicho sistema.

Desde esta condición, se nota su inclinación para elaborar recomendaciones prácticas para trabajar a fin de atenuar o vencer las diferencias entre los hombres y los grupos sociales, mejorar el trabajo, así como las relaciones que deban establecerse entre los distintos niveles jerárquicos de las tareas cotidianas, con un marcado voluntarismo intencionado que no es capaz de realizar ninguna otra cosa, salvo la consolidación esperada, del injusto sistema en actividad y desarrollo.

La práctica médica, tal como aparece, se incluye en este marco del profesor norteamericano, como parte de una ciencia del comportamiento social. En esa disciplina, la explicación de las relaciones y las actividades de sus componentes, enfermos, médicos, familiares, grupos sociales, consiste en la puesta en claro de las ideas, los estados de ánimo y las representaciones, con las que médicos y enfermos especialmente, participan en forma individual y personal en los procesos y en las interrelaciones señaladas.

Para la línea fundamental del pensamiento de Parsons, la ciencia del comportamiento social, es el esfuerzo de su sociología, tomada como

ciencia particular, para establecer sus propios mecanismos de acción y de actividades de relaciones entre los actores y grupos, más allá de otras conexiones obligadas como tienen que ser las vinculaciones con los fenómenos, al menos, los políticos y económicos, todo ello como realidad efectiva, a pesar de las declaraciones voluntarias que buscan unir a la enfermedad como una respuesta a las presiones sociales.

En verdad, su vocación científica se ha dirigido a lograr la superación de las teorías de los factores determinantes, o al reconocimiento del elemento de determinación por excelencia. Se rechaza a la explicación sociológica del conjunto de articulaciones y fenómenos sociales, reduciéndolas a la simple conformidad con las reglas y pautas de cierta esfera social específica, en la cual las motivaciones individuales adquieren ese papel de excelencia.

Tales motivaciones, diferenciadas en el seno de la inteligencia individual y formando parte de la conciencia de los actores, aparecen como el dominio en el que es necesario buscar lo específicamente social.

Este es el núcleo teórico fundamental, esa localización avala la tentativa céntrica de planificar los cambios, en la conciencia de los actores, para llevarlos a una mejor adaptación, a una situación dada, a las condiciones existentes y a un orden social reconocido o recomendado como invariable.

En esta orientación se inscribe el esfuerzo por demostrar a la enfermedad como conducta desviada de tal orden social y a la gran labor de la medicina como una actividad de control social, que retornando al enfermo al seno del esquema normativo aceptado, le permita el reconocimiento consciente del orden social para los actores.

Ese esquema se ha ido construyendo, conforme su teoría voluntarista de la acción, que se instrumentó para darle respuesta apropiada al problema de cómo una presentación de múltiples actos unitarios, individuales, que se confunden en roles y status y sus relaciones, puede constituir un sistema social normado con pautas aceptadas e incorporadas.

Como ya se ha dicho, la solución parsoniana consiste en avalar a las pautas y valores comunes, como la estructura integradora de toda sociedad, que perfila los actos individuales y retira de las contradicciones y conflictos, los intereses divisorios, las acciones desviacionistas, para asegurar un todo social armónico, estable y con cohesión interna.

Sostener que la unidad del sistema social proviene de la difusión de valores positivos, de motivaciones individuales, o del ejercicio de prácticas de control social como la medicina, para corregir conductas desviadas, es cuando menos una reducción científica que deja de lado el peso de factores como la historia del conjunto y de sus actores; como de los socio-económicos, cuya ponderación como determinantes sociales y políticos no puede ser omitida.

Aparece el problema del *orden social*, ese que intenta recuperarse con la práctica médica enfrentada a la enfermedad, como irresoluble mientras su respuesta se busque en el nivel de la intención o valoración motivacional por intrincada que esté la trama del análisis de la volición, por definida que esté la lucha de voluntades, tanto en términos de individuos, grupos o clase, y, en fin, por comprometida que esté la resultante final de la acción, en roles y en status diferenciales de todos los actores.

Falta en Parsons toda mención a la historia, al sistema económico productivo dominante, como falta en toda referencia liberal-idealista, dejando así en las sombras, ocultas y sin acción, a las fuerzas que confieren la unidad fundamental de toda formación social, que asignan posiciones objetivas a sus actores ubicados en grupos o clases sociales y definiendo sus roles conforme sus propias inserciones en ese proceso social productivo.

Este maestro de la sociología americana, como lo califican los componentes del mundo científico oficial de occidente, intenta regular y estabilizar todo conflicto, negando la capacidad de enfrentamiento de los sectores contradictorios en la sociedad. Por el contrario, la capacidad de su sistema se pone en juego para producir los controles sociales

que anulen las contradicciones. En la armonía y equilibrio se cimenta la existencia del sistema. Todo lo que intente perturbarlo, como la enfermedad, debe recaer bajo el imperio de la ley suprema que se sostiene en el control social, listo para garantizar las pautas exigidas para la normatividad aceptada por el sentido común.

Como se ha dicho la teoría sale a negar divisiones y contradicciones, pero las recomendaciones prácticas indican su apresuramiento para construir el aparato de control social que reprima la desviación y retome la línea aceptable del simple reinado del sentido común pautado.

Ese control social, represor o persuasivo, como la ideología del grupo dominante lo aconseje, es parte substancial del poder político parsoniano, con el que se asegure esa regulación y estabilización de todo conflicto. También el de la enfermedad.

Sostenido por el poder político del sistema imperante, vale decir por la hegemonía de la clase dominante, Parsons establece la eficacia de la funcionalidad de roles y status para los actores, pero sin excepciones, según los mecanismos que son ejercitados en el seno del Estado resultante y conforme a las fuerzas que lo signan desde fuera de ese Estado. Aunque en su discurso académico, tales mecanismos no han sido explicitados en sus argumentaciones.

Recordemos que “el poder” para su convicción, resulta de la capacidad de un sistema social para conseguir realizar lo que hay que realizar en interés de los fines colectivos, las normas comunes de la sociedad constituida, el sistema social organizado, en última instancia, contra el cual no es posible atentar.

Se repite, de esta manera, en el marco de la teoría de los sistemas sociales, la misma teleología del poder, es decir, poder como fuerza potencial para conseguir los fines delineados por esa sociedad, que Max Weber había sustentado en el plano de la teoría de la acción, varias décadas antes.

Desde otro ángulo, Parsons dedica sus esfuerzos a encolumnar las

fuerzas positivas, defensoras del régimen, en torno a la preservación del sistema social diseñado por los definidores de la sociedad liberal a la que se refieren tanto él como Weber. Para ello, el profesor de Harvard, debe poner en claro, en cuanto a las conductas desviadas como la enfermedad por caso, y los controles sociales, como la práctica médica que las contrarrestan, sus direcciones y potencialidades.

Pero ha caído en cuenta de que no se trata de emprender la construcción de un enorme y complejo aparato ideológico-funcional, para lograr la comprensión de los actos sociales y sus direcciones.

Se trata por el contrario, de obtener los instrumentos requeridos para alcanzar la explicación cabal, por intermedio de las uniones genéticas y legales de esa causalidad social, construir una teoría modificatoria y transformar esa sociedad.

Pero ese no era el destino señalado para Parsons. No ha obtenido, ni buscado tal transformación y como queda dicho, como intérprete y forjador del funcionalismo, no ha intentado cambio marcado alguno.

Tampoco lo hizo para la práctica médica, en cuya explicación se ha enredado en una trama espesa de oscuro fetichismo conceptual, que muestra una pesada descripción de huecas posiciones categoriales, frente a un escuálido contenido empírico que presenta y a pesar de sus reconocidas incursiones sociológicas sobre el particular en la zona de Boston, en los Estados Unidos. La idea ha forjado la acción y sus esquemas operativos, pero nada más.

Los actores expresan su propia inspiración, en una composición idealista, que en este caso, apenas muestra su movimiento teórico especulativo, sin sustento en una realidad experimental concreta. La práctica médica se ha agrisado, casi hasta desaparecer, frente a esas vacías situaciones de interminables nociones abstractas clasificatorias.

Parsons ha decidido dejar de lado en la práctica médica, todo esfuerzo tendiente a captar las causaciones para los fenómenos sociales, tanto como la razón de los status y roles, que indican los papeles de médicos y

enfermos en esas operaciones, contentándose con descubrir solo correlaciones regulares que están palpitando linealmente en la salud-enfermedad, dadas en la cotidianidad.

Es conveniente que en este sentido, veamos otra vez, que por más específico que haya sido su enfoque, ha desafectado de sus análisis, la consideración elemental que vincula al mismo tiempo el problema de la relación entre esa tarea específica que desarrollan médico y enfermo y el marco político, económico y social de la estructura en la que se da tal vínculo.

Este razonamiento articulante se enmarca en el convencimiento de que no puede haber lucha política, en lo específico, acción social contra la enfermedad, sin un punto estratégico general. Ese es el gran vacío, que se le señala a la estructura conceptual de Talcott Parsons, que sigue creyendo en el reconocimiento colectivo de la autoridad del médico, autoridad como atributo de un status en una colectividad, otorgado por motivaciones individuales, sin referencia a las condiciones de las formas productivas dominantes, que son las que la sostienen.

Una filosofía de la empiria

Parsons manifiesta cuando ha de referirse al caso de la práctica médica moderna, que lo ha elegido porque conoce quizás como ningún otro el material empírico de este campo y sobre la cual va a depositar en gran parte toda su formulación sociológica, sostenida precisamente en su propia fuente de conocimientos, es decir su experiencia, en torno a la salud-enfermedad.

Esta formulación nos permite abordar en gran medida a ese sistema comprensivo, que toma a la experiencia como base del conocimiento humano. Se trata de la concepción empirista del conocimiento, que evidencia el proceso que se produce entre sujeto y objeto y del que Parsons fue celoso cultor.

Comienza por entenderse que en esa formulación el sujeto y el objeto dados, son anteriores al conocimiento y calculan un determinado

territorio teórico-básico, que en esencia aún no es apropiado indicarlo como campo del empirismo.

Para que llegue a tal apropiación, debe hallarse la naturaleza del proceso del conocimiento, o dicho de otra manera, cierta relación que define al conocimiento como tal, en función del objeto concreto del que se denomina conocimiento.

Es necesario recordar que en el comienzo del siglo XVIII el obispo inglés George Berkeley, idealista subjetivo, en su *Tratado de los principios del conocimiento humano* ya enseñaba que, “para todo el que examine los objetos del conocimiento humano, es evidente que representan bien ideas efectivamente percibidas por los sentidos, bien ideas obtenidas al absorber las emociones y los actos de la mente o bien, por último ideas formadas con ayuda de la memoria y de la imaginación”.

Para este filósofo inglés, figura consular para el empirismo, las cosas son “el conjunto de ideas” y admite por ideas las propiedades o sensaciones (duro, blando, caliente, frío, los colores, los sabores, los olores, etc.) y no pensamientos irreales.

Aparte de tales ideas, u objetos del conocimiento, Berkeley reconoce aquello que las percibe, vale decir, la mente, el espíritu, el alma, o el yo... por eso es que manifiesta en 1710 que las ideas no pueden existir fuera de la mente que las percibe, negando la existencia absoluta de los objetos, o sea la existencia de las cosas fuera del conocimiento humano. Los objetos no existen fuera de la mente, son “combinaciones de sensaciones”.

Busquemos entonces la primera aproximación para comprender los mecanismos del proceso del conocimiento. Este se inicia, para residir finalmente en la práctica del sujeto que se llama *abstracción*.

Se trata de la maniobra por la que aislamos por medio de nuestra tarea intelectual, las cualidades de un objeto para marcar su pura esencia, se trata de producir un extrañamiento, una enajenación de los objetos sensibles, sin preocuparnos por ellos, sin atenderlos, para entregarnos

a la consideración de lo que se tiene en el pensamiento. Esto pasa a ser el eje en el que se articula tal abstracción.

El empirismo destaca a la percepción sensorial como el eje fundacional para lograr la separación de las cualidades del objeto. Esa percepción aparece en el razonamiento de los empíricos, si no como la única fuente legítima de cualquier creencia verdadera en el mundo “exterior”, al menos como criterio final que debe satisfacer cualquier teoría aceptable de conocimiento.

Muchos otros, John Locke entre ellos, admiten que los objetos inmediatos de los órganos de los sentidos, son lo que se llama ideas concebidas como entidades mentales, que no presentan existencia aparte de las sensaciones en las que se originan.

Como los demás empiristas, hasta nuestros días y Parsons entre ellos aunque con variantes, se va forjando la concepción, que el mundo es nuestra sensación. Todas nuestras ideas se deducen de la experiencia de nuestros sentidos, reduciendo así el conocimiento a la sensación, ahora, a la sensación que otorgan los objetos de la realidad que percibo.

Esa realidad que registro en mi percepción constituye la experiencia y es allí donde los empiristas como Parsons incluido, dicen sin reticencias que el hombre no tiene nada en general fuera de la experiencia; llegamos a todo lo que se llega solo a través de la experiencia.

Para el empirismo la conciencia y la experiencia suelen ser conceptos similares, pero en ambos casos la situación básica se la detiene en la idea, sin relación dialéctica con la causa genética de ambos, o la conexión natural objetiva con los demás fenómenos del universo. Se detiene expresa y específicamente en las propiedades de la conciencia, de la mente que las interpreta. Se cristaliza en la capacidad inherente a la misma, para conocer verdades apriorísticas.

También en Parsons sostener la experiencia como fuente de conocimiento de la realidad sociológica muestra que conocer es abstraer la esencialidad del objeto real y concreto que se mueve y contradice en la

sociedad y cuya posesión por el sujeto social, la posesión de ese objeto real, se llama conocimiento.

De cualquier forma que sean las variantes y modificaciones, con que podamos ver afectado el concepto operativo de abstracción, este define una estructura sin variaciones, que se desenvuelve como el índice específico y particular del empirismo.

Se plantea entonces: la presencia del sujeto, la existencia de un objeto real y concreto y esa operación indicada de abstracción.

Pensemos en el calificativo del objeto asignado como real. En esas condiciones la abstracción empirista que separa del objeto estudiado, su esencia, es también una abstracción real, que le otorga al sujeto una condición determinada de sujeto que posee esencia real. Esa esencia se adquiere por la operación de abstracción mediada por ese sujeto, sobre el objeto real.

Así el conocimiento es una manifestación de la abstracción, vale decir separación de la esencia de lo real que lo contiene, extracción del mismo y encierro para ocultarlo. Hegel dice que lo real está prendido, compuesto por la esencia y la inesencia. El objeto real y concreto contiene esas dos partes.

Aunque sea filosóficamente la parte inesencial se ubica en el exterior del objeto, en su superficie visible. La parte esencial acordonada por la inesencial, ocupa su interior, es el interior del objeto real, su núcleo invisible y en el operativo de posesión, o de adquisición para el conocimiento, tal situación enuncia su complejidad de abordaje, por no ser visible de inmediato, estar oculta en estricto sentido funcional, cubierta por la cáscara de lo inesencial.

Para el empirismo, la operación del conocimiento hacia el encuentro de la esencia, se realiza en base a las eliminaciones que produce la abstracción, que va en busca de proporcionar la fórmula real de la esencia pura y limpia, cuyo conocimiento es exclusivamente la simple visión o experimentación.

Los conocimientos empíricos, la empiria en funcionamiento puede caracterizársela como una postura que piensa el conocimiento del objeto real, como una parte real de ese objeto que se necesita conocer.

El conocimiento se presenta pleno, no solo en su objeto, es decir en la parte real o esencial, sino también en su operación, en su metodología de acción, que asume la distinción y la posición respectiva que existe entre las dos partes del objeto real. También en Parsons la inesencialidad como parte exterior, que envuelve la esencia de la práctica médica, o núcleo esencial de la misma, tiene que ser superada para detectar tal esencia, que se mueve entre funciones roles y status.

Este conocimiento, tomado y aceptado como una parte real del objeto real, en su estructura real del objeto real, es lo que representa la calidad específica de la concepción empirista del conocimiento. En estas condiciones el empirismo toma a la esencia como objeto del conocimiento y deja ver bien claro que el objeto del conocimiento no es idéntico al objeto real, ya que ha sido entendido solo como parte del objeto real.

La diferencia entre objeto del conocimiento empírico y el objeto real se reduce a la simple distinción de las partes componentes de un objeto, el objeto real.

Se reconocen dos objetos distintos: el objeto real que existe fuera del sujeto, es ajeno a él, independiente de su proceso de conocimiento y el objeto de conocimiento, la esencia del objeto que hemos separado y que es sin dudas diferente al objeto real.

De este análisis queda un solo objeto, el objeto real extraño y existente, fuera del sujeto. En realidad lo que interesa es saber que hay un objeto en esa realidad. Allí reside la necesidad de establecer las diferencias.

Se trata entonces de producir una modificación a la identificación hegeliana de igualar el objeto real con el objeto de conocimiento.

Como ya liemos dicho, Hegel concebía a lo real como resultado del pensamiento, abarcándolo, profundizándolo y poniéndolo en movimiento por sí mismo. En realidad de lo que se trata es de pasarse, ele-

vándose de lo abstracto a lo concreto, para hacer posible que el pensamiento pueda apropiarse de lo concreto y reproducirlo como un concreto generado por lo espiritual. En esta concepción hegeliana reside su idealismo absoluto: el pensamiento, la idea produce lo real tal como lo expresa en la *Filosofía del Derecho*, conforme lo señalamos más arriba, en cuanto que “lo que es racional es real y lo que es real es racional”.

Esa misma postura idealista que confunde al pensamiento con el objeto, caracteriza a la problemática parsoniana.

En cambio debemos distinguir al objeto real, la realidad concreta del objeto, la totalidad real, como existiendo en su independencia fuera del pensamiento, de la conciencia, tanto antes como después de pensarlo y conocerlo, abarcarlo con la ideación y producir su conocimiento.

A ese objeto real y concreto que mencionamos debe agregársele el objeto del conocimiento y que es el producto que elabora el conocimiento mismo, en su relación social con el objeto.

Es esto un concreto de pensamiento, o también un real de conocimiento, un objeto de pensamiento, una entidad nueva y distinta de los elementos intervinientes, distinto del objeto real y concreto, de la totalidad real ofrecida para que el real de pensamiento elabore el conocimiento, más allá y diferenciándose, a sí mismo del sujeto que produce el conocimiento.

Ahora podemos extender estas apreciaciones a los procesos de producción de esos conocimientos.

El proceso de producción de un objeto real, por ejemplo una práctica médica del sector privado, o de la seguridad social, ocurre por completo en la realidad cotidiana y se realiza según el orden real de la génesis histórica de esas prácticas médicas.

En cambio el proceso de producción del objeto del conocimiento para esas prácticas y su comprensión teórica, política, sociológica, etc., ocurre por entero en el pensamiento y se realiza por otro orden, en el que las categorías pensadas que expresan las categorías reales, no ocu-

pan el mismo lugar que las de la génesis de la historia de esas prácticas, sino lugares que le son concedidos por su función en el proceso de producción del objeto de conocimiento.

Recomendemos acordar, que el proceso de producción del conocimiento, como queda dicho, el proceso de producción del objeto del conocimiento, distinto del objeto concreto, en este caso de las prácticas médicas, es aquello que el sujeto debe apropiarse bajo la forma de conocimiento y que se produce en su totalidad en el pensamiento.

Pero hace falta otro acuerdo. Ese pensamiento producido en el seno de la actividad ideatoria cerebral, no debe ser asignado, en ningún caso, ni en ningún tiempo a un idealismo de la conciencia, del pensamiento, o a una abstracción del espíritu. Esta es la propensión, la inclinación filosófica parsoniana.

El pensamiento productor del conocimiento del objeto real, en nuestro caso, alcanzar el conocimiento cabal de la práctica médica seleccionada, no es aptitud o derecho de propiedad de un sujeto trascendental o de una conciencia absoluta, enfrentada o en disputa con el objeto real y material constituido por esas prácticas médicas.

Asimismo es necesario afinar más aún la especificación y así entender que ese pensamiento elaborador del conocimiento, tampoco es la capacidad de un individuo que puso en marcha su psicología o el simple producto de un factor psicológico determinando, subjetivo del sujeto.

Se trata en cambio, de asignarle a ese pensamiento su condición de sistema constituido a través de la historia específica, de un aparato de pensamiento fundamentado y relacionado con la realidad circunstante en la sociedad existente.

Así la articulación con la realidad y la historia específica, se da en torno del sujeto real, al objeto real del estudio, y a la situación del pensamiento productor del conocimiento. Esta insistencia articuladora está ausente en el esquema funcional de las motivaciones individuales de Parsons.

La fórmula que indicamos, en las condiciones reales de presencia, representa un modo de producción determinado de conocimientos, constituido, por una estructura que vincula y combina el objeto real sobre el que actúa, los instrumentos o modos de producción que posee, su teoría, el método, la técnica de experimentación u otra y las relaciones histórico-sociales en las que actúa para producir esos acontecimientos.

Este sistema en cuyo interior se ofrecen las condiciones socio-políticas de la práctica teórica requerida para elaborar el conocimiento, es el que conduce al sujeto interviniente, es decir al sujeto pensante, a los sujetos de tales condiciones, así como dicta su puesto y sus funciones en la producción de los conocimientos.

Es entonces un sistema que se encuentra determinado por elementos materiales, concretos, así como espirituales, intelectuales e ideológicos específicos, complejos y hasta cambiantes y cuya práctica se articula, se relaciona, como decíamos, con tales situaciones políticas, económicas y sociales. Estas condiciones le otorgan una realidad objetiva determinada. No es, por lo tanto un sistema en sí, puro y alejado de toda contaminación, como aparece en el espectro parsoniano.

La realidad contaminante, es la que signa papeles y funciones del pensamiento del sujeto: papeles y funciones específicos, que presentan a su vez una condición particular en el sentido que solo piensan problemas ya planteados, existentes, o que puedan ser planteados, ignorando o separando apreciaciones mágicas o de todo idealismo absoluto, para poner en ejecución, en trabajo, la fuerza de su pensamiento.

Repasemos algunas de sus diferencias con el marco empírico que criticamos.

El pensamiento trazado no es de ninguna manera, una *esencia* opuesta, en contradicción, ni teórica ni práctica, al mundo concreto y material, en el que se desenvuelve. No tiene que ver con ningún *individuo trascendental*, es decir con el concepto kantiano de ser que traspasa

sa los límites de la experiencia posible, o con una *conciencia absoluta* hegeliana, e insubstancial.

Estos anclajes, forman parte de una idealidad mítica, de tonos mágicos, que el idealismo (Parsons entre ellos) genera como mitología suprema, más allá de los hombres, para definirse en ella y en el requerimiento de fundarse sobre la misma.

Por el contrario, el pensamiento del que hablamos, ese que construye el conocimiento concreto, lejos de la empiria del conocimiento, es un sistema propio, específico, real podemos seguir llamándolo, válido para cada caso, sostenido y articulado en la realidad diaria de una sociedad con una historia clara, que establece relaciones con su medio, un sistema específico definido por las condiciones de su existencia y su práctica, que vienen a conformar la estructura propia para esa sociedad.

La estructura es entonces producto de la combinación que se genera entre esa materia prima, el objeto de la práctica teórica, sus medios de producción propios y las relaciones que se articulan, vinculándose con las demás estructuras de la sociedad.

Este sistema de pensamiento, que concurre a la producción del conocimiento, tiene por resultado la elaboración de tal práctica teórica. El conocimiento logrado, es la consecuencia de un proceso que se desarrolla totalmente en el pensamiento, sin olvidarse que para ello debieron producirse articulaciones vinculantes con el medio social, con el medio ambiente y con las otras estructuras, jurídica, política, económica, cultural que contribuyen a la estructura global de esa formación social específica para una forma de producción determinada. Allí palpita el sistema de producción de conocimientos.

Esa totalidad de pensamiento, que genera ese conocimiento real del objeto de conocimiento, es la consecuencia resultante de la práctica del pensamiento sobre el objeto que recibió su acción, realizándola como una práctica de transformación para la intuición y la representación señaladas por la empiria y que tan fáciles afloran en todo el

idealismo como erróneos conceptos de pensamientos.

En verdad, sucede que el conocimiento no se enfrenta nunca, cuando de práctica científica se trata, con “intenciones sensibles”, o con “representaciones puras” o con “expresiones ideales”, sino que se encuentra siempre con una materia prima compleja en todos los casos, con una estructura que también puede incluir intuición; representaciones y expresiones, pero para ser vinculadas específicamente en cada caso con elementos sensibles, técnicos, ideológicos que incorpora y existen en la realidad.

De esta validez combinatoria surge como imposible la posición para el empirismo, que nos indicaba que el conocimiento debe encontrarse ante un “objeto puro” que se identifica en su razonamiento intuitivo con el objeto real y cuyo conocimiento intenta producir, pero, cuidado... en este caso no hay dudas escondidas, el conocimiento absoluto es el productor. Se postula así, al conocimiento puro e incontaminado, en su esencia, como el generador del otro conocimiento. De este que buscamos de las prácticas médicas privadas y de la seguridad social. ¡No sirve ni como tautología...!

Podemos ver entonces un sutil mecanismo material de diferencia funcional con el empirismo y otro, en la profundidad de la práctica del conocimiento. Son dos cosas diferentes y diferencia también decididamente a la teoría del conocimiento del empirismo y a esta de la relación causal combinatoria.

Está claro en consecuencia que el conocimiento al volcar su tarca sobre el objeto, al realizar su trabajo sobre las prácticas médicas en nuestro ejemplo, no actúa sobre el objeto real de esas prácticas, sino sobre sus propias materias primas constitutivas y que rigurosamente consideradas componen el objeto de conocimiento.

Este objeto de conocimiento, no es “el objeto real”, “empírico”, la práctica médica teórica, o ideal, absoluta, es distinta porque sus materias primas son en todos los casos y en cada uno de ellos, diferentes,

porque se trata de una materia prima transformada por las determinaciones de la estructura compleja, cultural, técnica, jurídica, ideológica, económica, etc., que la convierten en “objeto de conocimiento” específico y verídico.

Tal objeto de conocimiento, está a su vez influido por el conocimiento existente, también vinculado y articulado con la estructura compleja señalada, que trata de transformarlo, modificarlo en su proceso de desarrollo, para obtener conocimientos en constante transformación, con la necesidad teórica que en ningún caso dejarán de relacionarse con el objeto, en el sentido de objeto de conocimiento.

Esta dinámica interna entre los factores componentes del conocimiento y el dinamismo permanente dentro de cada uno de ellos y de ellas con la estructura global, aseguran la dialéctica transformadora del sistema y lo diferencian definitivamente del simple movimiento cuasi estático y lineal del empirismo.

En la red de la marginalidad

Seguimos aun en la trama de la postulación básica tendiente a explicar desde ángulos diferentes el papel del sistema sanitario, como componente para asegurarle a una sociedad la reproducción de la fuerza del trabajo. Se sigue tratando de intervenir para contribuir a reproducir los medios de producción, que es sin dudas un dato insustituible para el cumplimiento del proceso creador de la riqueza y de los bienes de la sociedad.

El sistema sanitario también desde fuera del aparato productivo empresarial, como hemos visto, ejerce parte de esa labor para reproducir la fuerza del trabajo, que también le ha sido asignada a los salarios y la educación.

Ahora se trata de incorporar conscientemente a dicho sistema sanitario, otra espesura de su trama compleja diferencial. Más que ello, se trata de entender las diferenciaciones a introducir en las interpretacio-

nes tradicionales, que permitan el cambio que transforme el sentido y la textura del entramado sanitario.

Aparece entonces, como una tonalidad mágica, casi onírica, la figura novelesca del Fray Guillermo de Baskerville, recitándole a Adso, en el recuerdo de Umberto Eco, que “es imposible cambiar al pueblo de Dios sin reincorporar a los marginados”. El Fray Guillermo se muestra conmovido por la enseñanza de Roger Bacon, aquel que creía en la fuerza, en las necesidades, en las invenciones espirituales de los simples. Esos marginados son los que llama a reincorporar: aquellos que encendieron la palabra de Nuestro Señor quien “habla por boca de los pobres, de los desheredados, de los idiotas, de los analfabetos” (Eco, 1985, pp. 245 y 249).

Por aquí comenzó la construcción de ese cambio para la textura de la ortodoxia practicada en el interior del sistema sanitario. Al descubrir científicamente a los pobres y desheredados, los propios “doctores de la iglesia” como piensa Eco, los doctores de esa iglesia de la medicina comenzaron a sentir la influencia de la sociedad. Estábamos arribando al nacimiento, desordenado, intuitivo, caótico de la *Medicina social*. Hacía falta lograr la construcción del concepto del objeto de lo social, ese que envolvía a la presencia de los simples o de los marginados...

Pero no basta considerar, para titularse gestor o defensor de la Medicina Social, cultor de las consideraciones sociales que envuelven al pueblo, mencionar a los pobres, menesterosos, desarraigados, desheredados y etc. Tampoco es suficiente declamar que los aspectos económico-sociales gestados por la situación general, dominan las esferas del proceso salud-enfermedad, nada de eso sirve científicamente para otorgarle categoría de tal a la Medicina Social o a la Economía Político-Social.

Se puede expresar esto y sin embargo corresponder a una visión idealista, romántica, simple de la medicina: aquella que sigue señalando, por ejemplo “la esencia del paciente”, la “esencia del proceso económico-social”, o en fin desarrollando una teoría antropológica del proceso salud-enfermedad, o una simple acumulación yuxtapuesta de aspectos

biológicos, sociales y psicológicos, que no son el aporte certero para resolver la categoría científica de la medicina.

Se olvida en ello, que la producción de la práctica de la atención de la salud, como la propia producción social, no puede ser ahora defendida desde una lineal postura utópica del individualismo, que siga depositando en “el hombre puro”, sin aditamentos de ninguna naturaleza, la génesis y la ley de causalidad de los fenómenos que integran a su sociedad. También la salud-enfermedad, es una resultante del conjunto de las condiciones materiales de la existencia en las que se desenvuelve ese proceso social.

Las condiciones concretas del proceso de la producción de la riqueza común, para la sociedad, son las que expresan, envolviéndolas, la naturaleza específica de la relación que el ser humano tiene con la naturaleza y con el ámbito que lo rodea. Esas condiciones que crean una naturaleza determinada y un ámbito de expresión específico, naturaleza-ámbito y las relaciones entre ellos, da las *condiciones sociales* del proceso productivo, que han sido denominadas desde hace casi un siglo y medio y hoy todos llamamos, las relaciones sociales de producción. En ellas precisamente están inmersos los marginados y por allí hay que otear el horizonte de lo social, que caracteriza a la medicina de todos los tiempos.

Precisémoslo: nos estamos refiriendo a las relaciones que surgen entre los seres humanos, como agentes y partes de la producción de la riqueza común, entre ellos y los medios e instrumentos que utilizan para generar esa riqueza. Entre esas relaciones se enredan “*los simples*” de Eco y se gestan los rumores constitutivos de lo social.

Entonces se puede otorgar una primera tentativa de anclaje conceptual: sin referir a la medicina social a estas relaciones, no se puede pensar teóricamente en el concepto científico de medicina social. No hay medicina social científica, sin referencia cierta a estas relaciones de agentes-medios de la producción y sus resultados-resumen, otor-

gados en las relaciones sociales de producción que surgen de esas combinatorias.

No se habla de relaciones entre los hombres, entre los seres humanos simplemente como corrientes afectivas-motivacionales entre ellos (eso será también, en última instancia, conocido como resultante, no como génesis de esas relaciones), ni como observaciones aisladas entre ellas y sus pares, entre “el ego y el *alter*”; y por lo tanto, no nos referimos a las variaciones de un esquema universal inmodificable y dado, ni a un emocionante proceso intersubjetivo. No hablamos, ni interesa, de condiciones de amistad, odio, prestigio imagen, dominación, servidumbre.

No son de ninguna manera, ni el hombre, ni los hombres, solos, “puros” los que interesan. La categoría de social, nace con entidad científica, en cuanto la definición del concepto del objeto, abarque como componentes las mezclas o combinaciones específicas que puedan reconocerse, entre los *agentes* del proceso de producción para la sociedad, *las condiciones materiales*, concretas del proceso de generación de la riqueza común o riqueza social y por lo tanto, también la vinculación específica y fundamental de los agentes con los medios de producción, con los elementos del proceso productivo. En ella residen las relaciones de producción, *relaciones sociales de producción* en las que se desenvuelve la sociedad que indicamos.

En tales relaciones sociales, los factores componentes son los productores, trabajadores, seres humanos y los medios e instrumentos exigidos para producir, en una combinación determinada, en las diferentes cargas cualitativas de esos factores, vinculados, articulados entre sí, que expresan como lo dejamos dicho, las condiciones sociales de esa fórmula o modo de producción. Esa es la estructura social que es impresa por esas relaciones sociales de producción.

Sin mencionarlas y comprenderlas, no puede construirse el concepto real de lo social y menos entonces del objeto real de la medicina social, que lo incorpora y lo absorbe.

La comunidad económico-social se expresa en resumen en la estructura imperante que ha nacido de esas relaciones sociales de la producción y que a su vez dictará las condiciones en las que se ordena la estructura política en acción, como así también la composición total de la medicina en actividad, de la práctica médica reinante.

No hay posibilidades de ceder un ápice en esta manifestación rigurosa para la construcción del concepto del objeto de lo social y de la medicina social. Abandonar o desestimar uno solo de sus componentes, o desconocer o disminuir la intensidad de las relaciones que los vinculan en su específica combinación cualitativa, es dar paso a la simple y superficial teoría del idealismo subjetivo, que desde Hegel hasta aquí, han forjado un sistema social casi mágico, sostenido por la ideología y ajeno a su certificación científica.

En la relación inmediata de propietarios de las condiciones de la producción de la riqueza y bienes sociales y de los productores directos de la misma que en nuestro verbo contemporáneo se llaman los trabajadores, se incluyen agentes y medios de la producción, que señalan siempre conforme a su esquema y calidad, un grado de desenvolvimiento determinado de la forma de trabajo y por esa manera, el grado de desarrollo de la fuerza productiva social, vale decir, el nivel de avance-retroceso de las fuerzas sociales. Se muestra así el marco fundamental del núcleo eficaz de toda la estructura social.

Desde allí se deducen las formas políticas que asumirá esa sociedad, se determinarán los niveles de libertad o de dominación que alcanzarán sus componentes, como asimismo los papeles (roles) y los estados (status) que desempeñarán sus seres individuales, colectivos, grupales o de clases. También de allí surge el sistema sanitario que incluye la práctica médica que resulta ser, su unidad básica de operación. Ese es el *objeto real*, para ese enfoque de medicina social.

Tanto la configuración política, como la de la medicina, devienen de las diferentes combinaciones cualitativas que se producen entre los

componentes del proceso productivo.

Intervienen en esa ecuación, en consecuencia y como lo llevamos dicho, los seres humanos, como grupos determinados y las relaciones de propiedad, posesión o de uso de los medios y que surgen de las relaciones sociales indicadas.

La organización política resultante, como la sanitaria en particular, está destinada a imponer y a mantener las condiciones de sus orígenes, vale decir, los tipos de relaciones difundidas por el poder concreto, que se manifiesta en el poder del Estado y de las fuerzas que se exteriorizan o traducen en las ideologías, predominantes en tal Estado.

Para imponer y mantener esas condiciones, las relaciones de producción resultantes utilizan, o se sirven del esquema jurídico-político, ideológico, cultural aquello que sociológicamente se ha denominado la superestructura específica de cada modo de producción.

Esa superestructura presenta una condición ineludible, que la torna precisa y bien determinada y que es una condición que la define y caracteriza. La superestructura, o el esquema jurídico, político, ideológico, cultural, de una sociedad construida por un modo de producción determinado, no es el producto del genio o figura de sus agentes integrantes, ni mucho menos resultado de motivaciones individuales pensadas en el sentido de creaciones humanas.

La superestructura, tal como se piensa científicamente para un sociedad dada, en el seno de su forma de producción, está implicada, determinada, por las relaciones sociales de la producción y esta estructura de las relaciones de producción define el límite y la característica de lo económico-social como tal, pero sabiendo que la delimitación del concepto de relaciones de producción de una forma dada de producción, pasa por la definición del concepto de la totalidad de los distintos niveles de la sociedad y del tipo de relaciones propias.

Volvamos a razonar para buscar mayor claridad en esta complejidad. La identificación del concepto económico-social, *social como resumen*,

necesita de la construcción de su concepto, que exige la delimitación de la existencia y de la interrelación específica de los diferentes niveles de la estructura global de la sociedad, tal como aparecen referidos en cada forma de producción.

De esta manera y en profundidad epistemológica, la construcción del concepto de *lo social*, debe ser definido como grado, nivel, sector, región, de la estructura de una forma de producción dada, otorgándole a lo social su espacio, extensión y límites específicos en el seno de esa estructura global.

Este límite o enmarcamiento de lo social, en el recorte que hacen los idealistas y/o los empiristas aparece como inapropiado, como erróneo, porque no aciertan de vinculación, de interrelación, porque proyectan sobre “lo real”, las interrelaciones, las articulaciones y el límite arbitrario de la ideología o del espíritu que lo sostiene.

Aquí está el secreto del conocimiento, por lo tanto el rumbo epistemológico posible. Para tener acceso a la científicidad de lo social, debe elaborarse su concepto, construir su armazón teórico-científico, para darlo en sus palabras para el discurso: ello tiene que suceder por medio de la puesta en claridad del lugar que la región o sector económico-social ocupa en la estructura social global, en la estructura de la totalidad y por lo tanto la vinculación que existe entre esta estructura regional o sectorial y las demás regiones, esas que componen la superestructura, integrada por lo jurídico, lo político, lo cultural, lo ideológico, lo religioso, etc., y por el grado de presencia, de influencia eficaz de cada uno de ellos sobre lo económico-social, en una relación dialéctica también insoslayable.

Un agregado más, desde otro ángulo: lo económico-social, lo social en resumen, no es solo una región o sector estructurado (una estructura sectorial) que se incorpora sumándose, simplemente como lugar o espacio propio en la estructura global de la sociedad, es más que ello, ocupa su lugar en su libertad o autonomía regional, funciona como una

estructura sectorial y confluye en las interrelaciones indicadas.

En este agregado, debe además reconocerse que la estructura de las relaciones de producción determina espacios y funciones que son ocupados y desempeñados por agentes de la producción, pero y esto es clave, los agentes son solamente los ocupantes de esos lugares y los portadores de esas funciones.

No son los sujetos de la operación, los verdaderos “sujetos” del proceso productivo, del que resultan las relaciones sociales de producción, no son los agentes ocupantes o funcionantes. No se trata de convertir, o de ver convertidos a los individuos concretos, a los hombres reales, en sujetos del proceso productivo. Así los ve el empirista y el idealista subjetivo, cuya mirada no consigue superar el escollo epistemológico de la evidencia inmediata, simulante de esa realidad.

Ellos son portadores de esas funcionalidades y ocupantes de esos lugares, pero “los sujetos de verdad”, son las relaciones de producción y sus vinculaciones con relaciones políticas, culturales, jurídicas, ideológicas, etc.

Esta es la ruptura epistemológica fundamental a que se ve obligada la cientificidad específica que requiere la construcción del objeto del conocimiento de lo social.

No son sujetos ideales, son relaciones, son articulaciones sociales, no relaciones humanas. Las relaciones sociales de las que hemos hablado, no son traducibles en términos de interrelaciones subjetivas, de afectividades antropológicas, o motivaciones individuales.

Ya lo hemos señalado precedentemente: no se consideran vinculaciones de agentes y de objetos, sino en el seno de una estructura específica, definida, de distribución de espacios, de misiones, de funciones, eso sí, ocupadas y ejercidas por objetos y sujetos de la producción que ejecutan sin desmayos su propia determinación sobre los mismos.

Aquí se expresa la especificidad exigible para la definición del concepto del *objeto de lo social*.

Para ello fue necesario que se pensara el concepto de producción de la sociedad establecida, que significa construir el concepto unitario de cada modo de producción de la comunidad. Pensar este concepto, es delimitar las condiciones materiales y sociales en que se ejerce la producción. Sobra para aclararlo, pensar en el modo de producción capitalista, o como en nuestro caso el modo de producción del capitalismo dependiente.

En cada caso, corresponde elaborar el concepto que indica específicamente la definición de los conceptos económico-sociales operativos. Así la unidad de las condiciones materiales y sociales de la producción del mundo capitalista, no puede quedar expresada de otra forma que con la vinculación directa que se establece entre el capital y la generación de la renta. Esas relaciones, precisamente, están dictadas por las relaciones sociales de producción.

Aquí reside otra separación profunda con el empirismo corriente. Su mirada, tal como diría Foucault, está depositada especialmente en los objetos de la producción, como puede ser la tierra, los minerales, las fibras textiles, el petróleo, o en los medios que producen, las herramientas, las máquinas, las computadoras, los sistemas productivos.

Estas no son nada más que cosas, o realidades visibles, asignables; como en otro aspecto son los hombres, los agentes que indicáramos y cuya lectura directa los destaca como esenciales.

No son ninguno de ellos estructuras, como son las relaciones de producción. Los empiristas observan allí, como los idealistas y de ellos particularmente los liberales, los “hechos”, los precios posibles, los salarios, las ganancias y sus convertibilidades en nuevas propiedades, como asimismo a los hombres, a los asalariados, a los medios o a los objetos. Todas estas observaciones son “hechos” mensurables, palpables. Pero en su mirada no detecta la estructura que se evidencia en las relaciones sociales de producción, como expresión totalizadora de cada modo específico de producir el bien social.

Así, con esta mirada depositada hasta los “hechos” no puede alcanzarse a percibir que “ese hecho” está constituido por la existencia de una vinculación, de una combinación compleja, propia de cada modo de producción y determinado por la estructura de la realidad económico-social.

Establecer los fenómenos económico-sociales, sociales en el resumen global, por su concepto, es definirlos por el concepto de la complejidad de esa región, o sector, es decir por el concepto de la estructura global que da el modo de producción de la sociedad, porque la misma otorga distinción, determina a la estructura sectorial que constituye los objetos económico-sociales y signa los sucesos de esta región definida y situada, en un lugar dado de la estructura global. Aquí define la concepción de la causalidad y las formas de tales determinaciones.

La estructura que señala, perfila y condiciona a los objetos económico-sociales, deviene de la estructura resultante de la unidad de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción. Por eso resulta que el concepto de lo económico-social, social en resumen, debe ser construido para cada modo de producción de la riqueza social.

Pero la situación epistemológica se complica aún más. El campo de lo económico-social, no puede ser entendido como un espacio lineal, plano. Se trata de un espacio profundo, complejo y los fenómenos económico-sociales que están teñidos por su complejidad, es decir, por su estructura, requieren hallar una distinta forma de causalidad. No funciona la relación directa de causa a efecto. Se necesita de una nueva vinculación causal. Se trata de la determinación por la estructura que permite alcanzar razón genética y legal de la causa estructural.

Como quedó dicho, los fenómenos económico-sociales, están determinados por una estructura sectorial que a su vez está signada, en última instancia por la estructura total del modo de producción imperante en esa sociedad.

En cualquier sociedad, un modo de producción, de la producción so-

cial y las relaciones que surgen de ella, le otorgan ponderación e importancia a todas las demás producciones y a las relaciones que generan. Pero hay una estructura de producción que predominará, una determinación de una estructura por otra. Se reconoce, entonces, una estructura subordinada a otra dominante, a la que bien puede denominársele estructura dominante.

No lo visualiza así la mirada del idealismo subjetivo, ni la del empirismo idealista. Allí solo existen relaciones lineales, simples creaciones de causa-efecto. Aquí, en la construcción del concepto de lo social, se ven estructuras que señalan, determinan en última instancia, a las demás. Las determinan por excelencia, dándoles la categoría de determinantes por encima de todo.

Esta determinación por excelencia, es la que otorga calidad de tonos, en las que impregnan los demás componentes de la estructura global, explicando así la eficacia de la estructura dominante por excelencia, en sus efectos. Los efectos no son exteriores a la estructura, no son un objeto, un elemento o un espacio preexistente. Al revés, significa que la estructura sea inherente, está unida a sus efectos. Toda existencia de la estructura consiste en sus efectos, desapareciendo la causa en sí, para sumirse en el seno de la estructura. Esta, no es sino una combinación específica de sus propios elementos, que no serán nada más allá, de sus efectos.

Así el proceso salud-enfermedad, el objeto científico de la práctica de atención de la salud, se explica, o se presenta, como los efectos de la estructura económico-social, social en resumen, que se ha indicado. Tal proceso se caracteriza por la construcción del concepto de su complejidad y que resulta producida para cada modo de producción, generador de la estructura dominante en excelencia.

Los efectos muestran su especificidad. En el proceso salud-enfermedad dejan la exclusiva limitación biológica, y aún psicológica, para cambiarla, en vinculación dinámica con la estructura económico-social y producir el efecto propio de esa estructura determinante de ex-

celencia. Allí reside su especificidad, como efecto del objeto estructural económico-social, interviniente en la combinación exigida, para generar esa particularidad por eficacia de su reconocida excelencia de determinación. Hemos arribado a lo social y allí nos queda por comprender la presencia de la marginalidad que habita en cada fibra de su red, del entramado de la sociedad.

Los abogados de los pobres

Las revoluciones y procesos de cambio que se instalaron en Europa en la cuarta década del siglo XIX y que se prolongan casi hasta la mitad del siglo XX irrumpieron impulsados por los efectos de la revolución madre, aquella que cimentaba el vapor, la electricidad, el telar mecánico.

Esas fuerzas industriales, técnicas y científicas desataron una energía que se proyectó sobre los pueblos, sobre la miseria de los desprotegidos y marginales, a los que convocaba en sus necesidades imperiosas de mano de obra, de fuerza de trabajo para completar su ciclo productivo.

Sin embargo, al influjo incontenible de su fuerza transformadora industrial y económica, el vapor, la electricidad, la mecánica, se mostraron como una condición contradictoria del proceso.

La maquinaria que abría la creación de un mundo distinto y que podría racionalizar la utilización de la fuerza humana, la esclavizaba y la oprimía aún más, en su desenfreno lucrativo. Las fuentes de riqueza distribuían injustamente sus producidos, exagerando las diferencias y expandiendo las necesidades.

La humanidad pugna por dominar la naturaleza con la posesión de la técnica y la ciencia y en cambio profundiza la condición de pobreza y marginalidad a la que envía por otra parte, a la gran mayoría de sus componentes.

Este es el período de la evidencia dolorosa, del antagonismo entre las fuerzas productivas y las relaciones sociales surgidas de las combinaciones de los agentes y medios de la producción.

En esas contradicciones se instalan las esperanzas de justicia y bienestar que “los simples del mundo” contienen para sí. Se escuchan las voces de los marginales que pugnan, en esos tiempos, como fuerzas dispuestas para la búsqueda del equilibrio social.

Europa vive una era de convulsiones y de construcción de utopías. Se proyectan las transformaciones y se aspiran a llevar espacios y funciones que permitan alcanzar los niveles requeridos para una sociedad justa. Fue la hora de la marginalidad, que quiere “cambiar al pueblo de Dios”. Por eso reclama su incorporación a ese pueblo.

También en Alemania se busca un lugar en el pueblo del Señor... En ese clima de rebelión y de cambio, en el que se desarrolla buena parte de la vida alemana, una porción de científicos también se sienten convocados por tal marginalidad.

Entre ellos está Rudolf Virchow quien no dudará en enrolarse militarmente al lado del pueblo de su patria, en armas, en las llamadas jornadas de marzo de 1848, de la rebelión alemana, consecuencia hermana de la revolución de febrero de París.

Virchow peleó en la revuelta de su pueblo, en las barricadas levantadas en las calles de Berlín y su formación científica construida con la exactitud del histopatólogo, había recibido el impacto y así actuaba, de las corrientes nuevas que pugnan por reconocer el destino de la sociedad en gestación. Su generación, o parte de ella vive en buena medida estas miradas profundas en torno a las razones para la transformación.

Como correspondía, son los sucesos históricos de trascendencia económico-sociales, los que orientan el destino científico de esos tiempos. Sobre una base metodológica rigurosa, que lo convertirá años después en uno de los patólogos de mayor relevancia mundial, pese a la persecución a que fuera sometido por sus convicciones y procedimientos revolucionarios y su prédica constante contra la miseria y la marginalidad, Virchow forjará su esquema también riguroso de transformador científico-social.

Pero tanto en ese Berlín de la revolución, como en Würzburg después, donde fue obligado a emigrar y posteriormente en 1856 en el retorno a su cátedra original en la capital alemana, Virchow transita uno de los caminos ineludibles para la rigurosidad apropiada, de la militancia científica transformadora, aunque no toda su trayectoria insista sobre sus convicciones revolucionarias sociales, tal como sucedía en el proceso económico-social que lo determinó y cuyo declinar también mitigó su discurso y su práctica cotidiana sobre este particular.

El fracaso de la revolución del 48, también se proyectó sobre el movimiento de salud que integraba la generación virchowiana; su silencio llegará a ser mucho más marcado que los referidos a otras voces políticas y sociales que nacieron con esta sed de recuperación del protagonismo de los pobres para conquistar su propia seguridad y justicia, y de aquellos que determinaron estas transgresiones.

Dice Sigerist que el poderoso, fuerte y prometedor movimiento alemán en pro de la salud fracasa fundamentalmente porque se trata de un movimiento de médicos liberales, de clase media, que pensaron para el pueblo, pero sin contar con el pueblo en su participación protagónica, “y la salud del pueblo [agrega Sigerist], después de todo, es interés para el mismo pueblo”.

Todavía Sigerist agregará, como experiencia válida de esa frustración del siglo XIX y de muchas otras oportunidades de otros tiempos, que “los médicos son solamente expertos cuya técnica es necesaria para elaborar los planes y cuya cooperación es indispensable para llevarlos a cabo”. Pero el protagonismo es para el pueblo, porque “la guerra contra la enfermedad y en favor de la salud [...] es una guerra del pueblo, para lo cual hay que movilizar al pueblo en forma permanente”.

Ya volveremos sobre esto, con sus más y sus menos, pero es conveniente entender esta diferencia que señala Henry Sigerist, el director del Instituto de Historia de la Medicina de Leipzig y luego, entre otras actividades, director del Instituto, también de Historia de la Medicina pero

de la John Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, que aunque también muestra resabios de una discreta actitud paternalista, médico-céntrica, en eso de que “hay que movilizar al pueblo” y para mejor “en forma permanente”, como si los médicos o quien fueren a movilizarlo, al instigarlo a la movilización, estarían otorgándose la primacía de la iniciativa transformadora, que le niegan, o retacean al pueblo; decíamos, que Sigerist remarcará las razones del fracaso de la posición revolucionaria de Virchow y su movimiento y lo imputa a que en esa batalla el pueblo nunca fue consultado. Allí encuentra el déficit principal que condujo al fracaso y la frustración.

De cualquier forma, no cuesta mucho percibir que Virchow y sus compañeros de rebelión, no son específicamente los inventores o fundadores de la idea de la medicina social. Son parte del proceso socioeconómico que produce la revolución indicada y los problemas sociales que se desarrollan en su ámbito que no pudieron eludir, ni sacarse de encima la determinación de excelencia de la clase capitalista que presidió esa revolución.

También en Francia se siente el influjo de la cuestión determinante y cuando algunos de los médicos y teóricos sociales interpretan estas realidades y comprueban asimismo la relación entre la pobreza, la ocupación, los ingresos, etc., y el estado de salud de los trabajadores y sus familias, como en Italia e Inglaterra, se comprueba históricamente la capacidad de máxima de dicha determinación socioeconómica.

La adhesión de todos estos profesionales que en los distintos países contribuyen con su trabajo y militancia social, a la búsqueda de las transformaciones esperadas para lograr los cambios necesarios, demuestran la significación que aparentan alcanzar algunos de los componentes de la superestructura técnica, política y cultural cuando se ponen al servicio de los trabajadores oprimidos y explotados. Pero su protagonismo no es causa esencial de la transformación, aunque puedan ser necesarios y hasta imprescindibles en determinados momentos

del proceso de cambio substancial. Como decíamos precedentemente, no son los agentes de la revolución, son portadores del sentido del cambio que impulsan las relaciones sociales de producción.

Rudolf Virchow, a pesar de ello, es para nuestro caso una figura envidiable y querible, de alto valor histórico en esa postura revolucionaria. No solamente por algunas de sus apreciaciones conceptuales, sino por el destacado papel que también va a desempeñar científicamente en el desarrollo de los estudios anatomopatológicos, para el desenvolvimiento de la ciencia médica universal.

Recordemos solo al pasar, que fue a Giovanni Battista Morgagni quien la medicina le debe el haber hecho conocer como *substractum* de la enfermedad, la alteración del órgano patológico; que a Xavier Bichat, que murió en 1802, debe otorgársele la ampliación de los conceptos de Morgagni y referirlos, no a las alteraciones de los órganos en su globalidad, sino con mayor exactitud, a las alteraciones de los tejidos, que son los constituyentes de los órganos.

Pero Virchow saldrá en búsqueda de mayor precisión científica y entonces señalará para siempre su criterio de patólogo de la observación específica, de la experiencia exacta, refiriendo a las células que constituyen los tejidos de los órganos alterados, el campo justo de la localización patológica.

Su descubrimiento le otorga a la histopatología la entidad de ciencia de observación, de tanta jerarquía como cualquiera de las otras ciencias naturales. Aunque su reinado no será eterno, Virchow ha construido una teoría celular de la enfermedad que fue para su tiempo otro de los saltos cualitativos para la ciencia, que deben ser retenidos como conquistas de inexorable valor.

Había nacido en 1821 y en 1847, a los veintiséis años se sintió impedido a investigar las muertes por fiebres recurrentes que asolaban a los distritos industriales de Silesia, aplicando minuciosa y seriamente toda su capacidad metodológica científica, una vez que el gobierno le asigna-

ra la tarea de investigador de este episodio de elevada mortalidad.

Sus conclusiones y soluciones conducirán a definiciones inéditas para acontecimientos histórico-sociales de esta naturaleza. Virchow señalará en el análisis de la causalidad del fenómeno que los determinantes están unidos con los factores económico-sociales, tanto o más, que con los físicos. Propondrá para su solución, una respuesta terapéutica desconocida para las investigaciones epidemiológicas de la mitad del siglo XIX. Dirá que el remedio debe ser el progreso, la prosperidad de la población, la educación y la libertad del pueblo sometido a ese riesgo de morir.

Virchow y sus contemporáneos en la misma posición, eran ciudadanos de un país y de regiones especialmente conmovidas por la revolución industrial. Su influencia señala su criterio científico y resaltan en sus convicciones ciudadanas, la necesidad de las modificaciones que requieren las soluciones de “la miseria social”, etiología básica de las enfermedades que estudiaban y se proponían erradicar.

Así llega el movimiento revolucionario de 1848 en Berlín. Allí se alistará Rudolf Virchow y varios de sus colegas médicos que compondrán el capítulo alemán de la iniciación de la idea de Medicina Social.

En las batallas de las calles de Berlín, Virchow comprende el requisito mínimo de un revolucionario de su siglo, tanto para la política, como para la ciencia médica. Apreciará la urgencia de unificar sus criterios y de igualar sus discursos. Sabe que el revolucionario armado de una teoría que lo señale, debe ser uno y el mismo. Así se lo explica a su padre, en una conmovedora carta al decirle que “ahora tengo la ventaja de ya no ser una persona parcial, sino completa y mi credo médico coincide con mi credo político social”.

Su militancia revolucionaria quiere continuarse después en la intensa prédica que desarrollará desde las columnas de su periódico *La Reforma Médica* que se constituyó en el órgano del movimiento de Medicina Social de los alemanes. Estamos en julio de 1848 y su lema

periodístico-científico define su concepción militante al expresar que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala”.

En su editorial programático, el periódico decía que comenzaba su existencia en una época en el que el derrumbe de las instituciones políticas aún no se ha completado, pero así sucederá y para ello deben aportarse planes y deben darse los pasos hacia nuevas estructuras políticas. En la tarea de “participación en la limpieza de las ruinas de lo viejo y la construcción de nuevas instituciones”, debe encontrarse el periódico fundado y hoy puesto en marcha y que llamaron *La Reforma Médica*; pero reconocía y postulaba que “en esta situación la medicina no puede permanecer incólume: tampoco se pueden seguir posponiendo reformas radicales en este campo”.

Este editorial es el que asigna proféticamente, tal vez con el tono romántico y voluntarioso de la época, un papel nuevo y no delegable a la medicina, en una consigna que aún hoy conmueve en buena parte a los componentes de los espacios sanitarios transformadores del mundo, diciendo que “los médicos son los defensores naturales de los pobres y los problemas sociales en gran medida caen dentro de su jurisdicción”.

Hemos indicado que Virchow encabeza una generación de médicos impulsados por esta misma militancia revolucionaria, y de ellos puede mencionarse a Rudolf Leubuscher, su socio editor para *La Reforma Médica* y Salomón Neumann, quien comparte en buena medida la construcción del pensamiento de Medicina Social que los preocupa comúnmente.

Ellos son los que señalan en esa Alemania de 1848 que “la ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social”, aunque algunos de ellos comprendieran que aún no habían consolidado un pensamiento práctico, para esa ciencia que contribuían a crear.

En ese sentido resulta interesante comprobar que no querían hacer un mundo teórico, imaginario y cabalmente idealista para esa medicina. Deseaban llegar a construirla como una formulación concreta y estimu-

lada por principios fundamentales que contribuyeran a elaborar su propia teoría y la consolidación metodológica de sus prácticas operacionales.

Así creían que el primero de esos principios fundamentales, se relacionaba con el ineludible concepto de que la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad y esta tiene la obligación de asegurar la salud de todos los componentes.

Al conjunto de la sociedad, lo identificaban con el Estado, quien asumía, debía asumir, el deber de proteger y cuando está en peligro, salvar la vida y la salud de los integrantes de la sociedad.

Virchow lo decía con firmeza en su periódico de agosto de 1848, señalando que “no es suficiente que el Estado garantice las necesidades básicas para la existencia y que asista a todo aquel cuyo trabajo no le baste para solventar sus necesidades”. Pensaba además de esta asistencia que el Estado debe concurrir para cubrir a cada uno, de tal manera que tenga las condiciones necesarias para una existencia en salud. La garantía del Estado, debe estar presente, para consagrar el derecho a la salud por encima de toda limitación económico-social. El segundo principio, tiene raíces adheridas a la idea de la medicina como ciencia social y expresa que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto significativo para la salud-enfermedad, y esas relaciones están sujetas a la investigación científica.

Ya lo había demostrado Virchow en su investigación en la epidemia de Silesia al hallar que las causas de esa morbimortalidad eran tanto sociales económicas y políticas, como biológicas y físicas.

Para él toda la función de la Salud Pública, debe indicarse lo más ampliamente posible en el estudio e investigación de las condiciones de existencia de los grupos sociales y determinar los efectos de esas condiciones sobre la salud.

Con estos argumentos es con los que Virchow quería construir una estrategia de operaciones para la práctica médica, en el sentido de impulsar a la medicina a intervenir en la vida política y social, señalando

los obstáculos que impidan el funcionamiento normal de los procesos vitales para eliminarlos.

El tercer principio era la consecuencia de haber aceptado la obligación de la sociedad, de proteger la salud de sus miembros y el reconocimiento de la significación de las condiciones económicas y sociales sobre el proceso salud-enfermedad. Desde esa posición corresponde exigir que se ordene una política destinada a promover la salud y a combatir la enfermedad y dejar sentado que las medidas necesarias serán tanto sociales, como sanitarias.

En ese sentido, los que postulan a la medicina como una ciencia social, destacan sus acciones para la creación de servicios médicos públicos, con dedicación especial para los indigentes, se luchaba para la creación de nuevos hospitales, a los que se concebía como centro de la práctica médica eficaz para esa medicina.

Se hablaba en sus proyectos de compensar los salarios caídos por enfermedad, como asimismo se ven aparecer en esta corriente, las primeras aproximaciones hacia un seguro de enfermedad que se solventará con el aporte de los trabajadores y de la clase propietaria.

Dentro de esta aspiración se ampara la inquietud de sus cultores para lograr la discusión en el Parlamento de una Ley de Salud Pública, que contara con el apoyo de los médicos sociales y cuya autoría fuese consentida por todos ellos, Virchow incluido, y cuyo texto final redactara Salomón Neumann y que fuera sometido a la consideración de la Sociedad Berlinesa de Médicos y Cirujanos en marzo de 1849, tal como lo consigna *La Reforma Médica*, de ese tiempo.

El esquema teórico del proyecto de Ley incluía un capítulo referido a los objetivos de la Salud Pública, consignadas como: a) el desarrollo físico y mental del individuo: b) la prevención de todos los riesgos para la salud y c) el control de las enfermedades.

El otro capítulo indicaba que la Salud Pública debía *proteger*: a la sociedad en su conjunto, tanto en sus condiciones físicas como sociales,

que puedan vincularse con la salud: b) a cada individuo y las condiciones que puedan afectar la salud. Se colocaban entre ellas, condiciones como la pobreza y la enfermedad, en las que el individuo tiene derecho a recibir asistencia del Estado y aquellas otras como ser las epidemias y enfermedades mentales, en que el Estado tiene el derecho y la obligación de intervenir para garantizar la salud.

El tercer acápite se refería a *las obligaciones* de la Salud Pública. Entre ellas se mencionaba, la provisión del personal médico suficiente y de calidad, una apropiada organización de ese personal y el establecimiento de organismos adecuados para la Salud Pública.

La revolución del 1848 había fracasado. El reflujo de la práctica transformadora también envolvía a los hombres que como Virchow habían abrazado esta causa de la revolución integral.

Tal vez por eso, sus discusiones teóricas, políticas y médicas, cada vez se localizaban más hacia un funcionalismo técnico-práctico de la medicina. Se iban perdiendo convocatorias y los esfuerzos organizados para las modificaciones de la sociedad y se acentuaban en cambio los valores generales sobre el derecho a la salud, que siempre estuvieron presentes, que eran la esencia específica del movimiento, pero que ahora estaban pasando a ser, ante el reflujo señalado, la gran tonalidad envolvente de la preocupación y programación sanitaria. Las realizaciones internas de la Salud Pública, el desarrollo hacia dentro, fue la línea operativa que asumió la vocación social de los componentes del movimiento.

La realidad política y el propio quehacer sanitario los llevó a sus creos y postulaciones hacia la búsqueda de las conquistas limitadas a sus propias prácticas, a aquellas que técnica y científicamente se adecuaban a la defensa de la salud concreta y a la lucha específica contra la enfermedad padecida por cada ser viviente.

Fueron desapareciendo los razonamientos y proyectos revolucionarios, dejó de cuestionarse a la sociedad con la acritud y precisión con que se hiciera en el auge ideológico y operativo del movimiento. Ya no

se luchaba contra la injusticia del trabajo mal remunerado, ni por las condiciones de propiedad de los medios productivos. Lentamente el movimiento fue conduciéndose hacia una simple actitud tecnocrática o científica, con cierto sentido reformador, liberal, propio de la ideología de las clases medias alemanas, en los que estaba inserto.

Para Virchow que había pensado a la medicina en vinculación estrecha con la sociedad y hasta determinada por esta, que sabía que el punto de vista del bacteriólogo de la enfermedad transmisible era limitado y bien estrecho, aun cuando reconocía científicamente los descubrimientos bacteriológicos, pero, sin jamás haber aceptado una única relación causal directa, simple, entre los microbios y la enfermedad, para Virchow la prédica no había sido inútil, pero llegaba la hora de la retirada para esa práctica militante activa y la de sus colegas berlineses.

La *Reforma Médica* debe concluir, va a ser clausurada y en su editorial de cierre dirá que esta medicina social, sus médicos, deben “vagar por el desierto y combatir”. Esa lucha ahora solo se la concibe como “una misión educativa” para preparar hombres “capaces de dar la batalla por el humanismo”.

A la hora del cierre refluía la vocación romántica, libertaria del comienzo teórico y se sentía nuevamente, aunque ahora impregnado con un dejo de humildad en la derrota, el mitigado sentido paternalista para esa misión histórica de “educar al pueblo en los problemas de la salud” que a nosotros los argentinos nos remite a prédicas similares que no fueron transformadoras en sí mismas.

Pero Virchow había demostrado tener pasta de transgresor del régimen constituido. Por eso resuena profético su compromiso de seguir junto al pueblo, “el pueblo que seguirá avanzando” continuará soñando, para que “cada instante nos hallará trabajando por él y listos para combatir por él”.

Recupera su memoria revolucionaria, en el fondo de alguna de sus fibras más auténticas y dejará dicho que “nuestra causa seguirá sin cam-

biar: es solamente el campo de actividad el que cambia”.

Ahora se encaminará a la más alta magistratura académica y allí volverá a renacer su vocación transgresora y revolucionaria. Solo que ahora su territorio se ha achicado, su geografía alcanzará el inmenso espacio de la célula y allí producirá una innovación substancial para el desarrollo de la medicina. Lo hizo desde el interior bien enmarcado del mínimo e interminable espacio celular. La revolución cubrirá esa mínima inmensidad de las células patológicas.

Aquí Virchow había construido el nuevo objeto de conocimiento para la ciencia patológica, para el reconocimiento de la enfermedad biológica, depositada en su microscópica mirada celular.

No había conseguido, en cambio, en su incursión revolucionaria, una apropiada construcción del objeto de conocimiento de la Medicina Social; sus esfuerzos y los de su generación y clase científica, militantes honrados, cabales en sus prácticas, no alcanzaron para la elaboración del nuevo enfoque de la medicina, pero dejaron sus huellas que serán valoradas posteriormente. Son las propias huellas de la revolución industrial.

Metafísica de la funcionalidad

Los tiempos contemporáneos también aspiran a introducir su concepto de Medicina Social. Parecía haber desaparecido de las reflexiones teóricas académicas, estas cuestiones del enfoque social para la medicina.

Podemos tomar como dato de interés, que el mundo saldrá de la segunda guerra mundial con importantes innovaciones tecnológicas y científicas de amplio interés, pero sobre todo con una división bipolar de su poderío, que se irá acrecentando y puntualizando a medida que transcurren los años.

Para América, el crecimiento vertiginoso de los Estados Unidos, el forjador de la victoria ante el nazismo, expresa la construcción sólida y estable, de un dominio que en otros tiempos habríamos llamado im-

perial y que hoy consignaremos, como el dominio económico político que permite la creación de la potencia más importante y dominante del mundo desarrollado.

En los Estados Unidos confluyen las ventajas y las dificultades del capitalismo, es su expresión más avanzada y sus límites se ensanchan vertiginosamente a la sombra del poderío militar y económico que mostró en la guerra.

En ese contexto expansivo y casi cien años después del movimiento de la medicina social que hemos descripto y personalizado en la escuela alemana, ahora podemos reparar en la aparición de otra versión de tal movimiento, que puede llamarse didácticamente la Escuela Americana de la Medicina Social.

La creación de una nueva sociedad postbélica, la expansión de la frontera económica y tecnológica, de la mano y bajo el amparo de la transnacionalización económica, con la consolidación de este coloso americano del capitalismo, es capaz de contener en su interior algunas corrientes políticas e ideológicas que busquen alternativas para las contradicciones en las que se desenvuelve este crecimiento desmedido del capitalismo en la sociedad competitiva.

A nosotros nos interesa especialmente esta Escuela Americana de la Medicina Social y algunos de sus representantes más elocuentes. Volveremos a ver la parábola de sus recorridos conceptuales y cómo en el caso de los científicos indicados para el movimiento alemán que tomaremos de ejemplo, evidenciaremos sus arrestos transformadores, su acompañamiento con el desarrollo político social, su dependencia con los determinantes de excelencia y por lo tanto, su declinación intransferible para una sociedad vinculada con las clases dominantes.

Tomaremos como referencia la voz de George Rosen, que fuera destacado alumno de ese otro interesante historiador de la medicina, que ya mencionáramos, que se llamó Henry Sigerist.

Al centrarnos en Rosen, lo hacemos porque su representatividad in-

telectual, como en el caso de Virchow vuelve a hacer cierta la verdad histórica de las corrientes científicas que surgen como consecuencia de sus vinculaciones con los movimientos económico-sociales, vale decir, por las determinaciones de excelencia que construyen las ideas y conceptos que priman en esa sociedad.

Rosen expresa tal globalidad y aunque en muchas oportunidades aparezca como una especificidad de alto valor definitorio para tal sociedad, lo cierto es que constituye en casi toda su dilatada vida intelectual, un valioso ejemplo de los resultados posibles que puede arrojar el desenvolvimiento de esa comunidad, o como será en algunos pasajes de su obra, la representación clara de algunas de las contradicciones que genera el movimiento dialéctico de la sociedad funcionalizada.

Como estudiante americano, ingresó y allí concluyó sus estudios de medicina, en la Universidad de Berlín en 1935. Había asistido a la toma del poder por los nazis y su experiencia en ese país y bajo ese régimen, lo convertirá, frente a su realidad política y científica ulterior, en un acérrimo crítico del nazismo y en un luchador progresista contra toda forma del fascismo.

Busquemos algunas de sus concepciones, de las múltiples que podemos reconocer sobre la Medicina Social y su práctica médica.

Abordemos entonces su trabajo de 1947 publicado en el *Boletín de la Historia de la Medicina* de la escuela de John Hopkins que se refiere precisamente a su pregunta ¿qué es la medicina social?

Es cierto que se trata de un trabajo de 1947, aún bajo la influencia de la guerra mundial pero aun cuando vamos a encontrar variaciones en sus precisiones sobre estos temas en años ulteriores, su esquema principal sirve como expresión, tanto de su pensamiento, como el de la generación que conjugó las mismas metáforas que escucharon esos años.

Rosen dirá de entrada que “la enfermedad es un proceso biológico más antiguo que el hombre. Es tan antigua como la vida misma porque es un atributo de la vida. Un organismo viviente es una entidad lábil en

un mundo de flujos y cambios y la salud y la enfermedad son aspectos correlacionados de esta inestabilidad que todo lo penetra”.

No creemos que haya estado influido por Canguilhem, al menos no lo ha mencionado en la bibliografía de este trabajo, pero en tal enfoque biológico se acerca a la dinámica del proceso normal-patológico, salud-enfermedad, del filósofo francés.

Lo dice más claro al expresar que la salud y la enfermedad son expresiones de relaciones cambiantes entre diversos componentes del cuerpo y el medio ambiente en el que se desarrolla, ampliando así el espectro del Dr. Canguilhem.

Ahora la interrelación salud-enfermedad se observa desde un enfoque ecológico y entonces Rosen igualmente señala su continuidad procesal.

Apenas ubica esta percepción ecológica irrumpe en su discurso, como una luz de relámpago, su visión social, aquella que intentará iluminar todo su campo conceptual sobre la salud-enfermedad y que va a caracterizarlo durante tantos años más.

Enseñará que “en ninguna parte existe la enfermedad como ‘naturaleza pura’, sino que siempre está mediatizada y modificada por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea” (Rosen, 1985, pp. 79 y 208).

Consigna, sin embargo, que a pesar de la dedicación de diferentes autores que estudia, tanto británicos como alemanes, a estos últimos los ve con mayor desarrollo conceptual que a los ingleses, en todos los casos, “aunque la palabra ‘social’ se usa repetidamente, no hay ningún esfuerzo por definir con precisión qué se entiende por social”.

Está indicando, sin efectuar un auténtico y detallado enfoque epistemológico, que la casi totalidad de esos autores, se han valido de una modificación biológica y también ecológica pero no se los encuentra en condiciones de ofrecer a la interpretación profunda de la medicina social una apropiada definición del objeto del conocimiento, “*de lo social*”.

Por eso es que distingue un enfoque en el que Medicina Social consiste “en investigar la influencia de los factores sociales, genéticos, ambientales y domésticos en la incidencia de las enfermedades y en las incapacidades del hombre”; y otros en cambio, en que definen al medio incluyendo “la totalidad de las experiencias económicas, nutricionales, ocupacionales, educacionales y psicológicas, tanto del individuo como de la comunidad”.

Rosen hace jugar en estos casos, las variantes enunciativas de la medicina social, utilizándolas como términos lineales, sin definición cabal del concepto de conocimiento del objeto social en el ejercicio de un conjunto de factores intervinientes. Tanto en una como en otra definición, esos factores no gozan del rigor científico que corresponde a una valoración cualitativa y sólo apuntan a una incorporación multicausal, que sin escalas de significación determinante, solo corresponden a una vulgar apreciación empírica, que está muy lejos de una verdadera aproximación científica.

Ya se ha expresado desde distintos ángulos de observación que esta enunciación de multivariantes no tiene otro sentido que una descripción de elementos intervinientes, pero cuya calificación específica no ha servido para caracterizar la ciencia de lo social. Alguna vez hemos señalado que por ese camino se llega a un recinto mágico que puede ser calificado como la metafísica de la multicausalidad indeterminante.

El objeto preciso de una ciencia social, no es simplemente la acción de múltiples factores intervinientes en la conjunción social ni tampoco las instituciones sociales que los comprendan; se trata en cambio, de lograr la catalogación de los efectos de un patrón social de determinación, de un área señalada. En este caso se trata de la acción social.

Tal es el papel científico que es necesario alcanzar; consiste en hallar un patrón de determinación social, con escala cualitativa de peso determinante, hasta su máximo grado de excelencia determinante, que debe regir los acontecimientos tanto en el trabajo de los hombres en socie-

dad, como en el gobierno de la comunidad, o como en esta situación de la salud, en el ámbito de la práctica médica.

Pero George Rosen requiere descubrir el origen de la medicina social. El profesor de la Universidad de Yale, en *Historia de la Medicina*, pensará en ese momento de 1947 que “la aparición del concepto de Medicina Social surgió como respuesta a los problemas de salud creados por la industrialización”. Sus conocimientos de la Historia de la Medicina le otorgaban los materiales necesarios para pensar de esa manera. Había recorrido cuidadosa y pacientemente a múltiples estudios posibles, realizados en los diferentes países europeos a partir precisamente de la revolución industrial. De allí su consideración genética en torno a la aparición de la medicina social.

También en ese sentido se comprende su afirmación de que “en grado muy considerable la historia de la medicina social es también la historia de la política social”, aunque sorprenderá que asimile a esa política social con el término “beneficencia” que utiliza a manera de similitud, porque a lo sumo tal “beneficencia” solo es un aspecto de la política social y pone en evidencia su relación conceptual, con una típica postura expresiva del sentido común americano, simple y de mínima cobertura científica. También en este caso le falta límites al objeto del conocimiento del objeto “política social”.

Para su armazón teórica, la medicina social como entidad científica, está pensada por Rosen como una construcción académica, como una rama del saber, que basada en la medicina y en las ciencias sociales “sólo podía ganar en precisión con el avance de la medicina y con el desarrollo de las ciencias sociales”.

Se visualiza una tonalidad desarrollista, al menos en cuanto al saber académico y su requisito de “avance” y “desarrollo”, como si la superación de la problemática y presencia de la realidad social, y del proceso salud-enfermedad, dependieran exclusivamente del conocimiento que permitiera alcanzar las ciencias que debían percibirlo y ensayar las soluciones.

En este cuadro es donde se observa la visión endoacadémica de Rosen, que será también sostenida largamente por muchos otros autores y estudiosos de estos temas, cometiendo el mismo sesgo metodológico de gran significación para ubicar certeramente el peso de la medicina social, como expresión única de interpretación del proceso salud-enfermedad.

Tal sesgo está dado por la falta de una certera redefinición del objeto de la ciencia: lo social en el proceso salud-enfermedad, para abandonar, dejando en el pasado histórico, al objeto emocional, casi siempre personal, o mejor llamarlo ontológico de la salud, propio de la era preindustrial. Ese objeto tradicional que sesgaba y aún sigue sesgando la interpretación de la medicina social utilizable, queda entrampado en la vieja urdimbre de un modelo biológico-individual, digno de esa historia precapitalista.

La revolución industrial acopió un nuevo elemento componente de la sociedad capitalista que irrumpía: la fuerza del trabajo, de ella se trata, debía ser un factor integrante de la fuerza productiva, que no podía ser sumada, ni tratada aisladamente. En su combinatoria con los medios de producción, otorgó la perspectiva de escuchar el gran rumor de la nueva historia capitalista y en ese susurro en crecimiento, se modularon las relaciones sociales de producción, que se instalan por derecho propio y social, como el gran objeto de esta composición teórico-práctica, que es la nueva ciencia de la medicina social.

La fuerza del trabajo compone el mercado productivo en plena expansión y su condición de sana-enferma aparece con algún grado de determinación para el crecimiento de la riqueza comunitaria. Su ubicación en el seno de las relaciones sociales constituye el eje céntrico del objeto de conocimiento que se debía construir.

Desaparece de esta manera el sesgo individualista y directo, como así también su otra visión idealista depositada en el calificativo también disponible y usado del sesgo humanista. Se integra, en cambio, el concepto biológico cuando en tal objeto irrumpen la totalidad; las clases sociales fluyendo en esas relaciones sociales indicadas. Los portadores

de esas relaciones son las que muestran las condiciones salud-enfermedad, articulándose su vinculación variada y compleja con las condiciones de la creación de la riqueza y experimentando la determinación de excelencia, de los factores económico-sociales del que forman parte inseparable. Así es que se puede escuchar el sonido complejo del conocimiento que el capitalismo puso en vigencia y que define alcances y objetivos de la Medicina Social.

Este es el momento de ensayar la posibilidad de ofrecer una delimitación clave para la Medicina Social, que en nuestro convencimiento es una delimitación para la medicina toda, dado que no hay medicina que no sea social.

La Medicina Social entonces, de la que venimos hablando, debe comprendérsela como un saber que no tiene fuerzas genéticas propias, no tiene historia propia, ni mucho menos desarrollo científico propio hacia el porvenir.

Se trata en rigor, de una disciplina operativa que nace por determinado desenvolvimiento de la sociedad, que le otorga los instrumentos para su desempeño, para el desarrollo de su práctica médica, en una disposición que las propias fuerzas generatrices, aquellas del objeto del conocimiento, las que devienen de las relaciones sociales vinculantes, la impregnan en cuanto signo y tendencia.

Cuando el objeto redefinido permite el desempeño apropiado de su destino, los objetivos se acompañan con las transformaciones sociales y en ese momento la medicina social muestra su eficacia, colocando al servicio de esa transformación, todo el bagaje de su saber y experiencia, que ha crecido desde el reparo creador de la redefinición del objeto de la ciencia.

Desde ese conocimiento es desde donde se asegura un desempeño metodológico y programático al servicio del cambio cierto de la sociedad, que es trayecto reconocido para la medicina de una nueva sociedad, destinada específicamente a elevar los niveles de salud y evitar las

enfermedades. La reclasificación de los objetos de la ciencia de la salud, transformará el espectro de la patología de la sociedad hasta horizontes insospechados.

Aquí residen las diferencias con las interpretaciones tradicionales, idealistas, individualistas y empíricas. Las transformaciones solo se generaran desde el cambio de las relaciones sociales vinculantes y no desde la exclusiva relación interna de la salud-enfermedad. Este proceso salud-enfermedad tampoco tiene historia propia, ni fuerzas genéticas que sean totalmente propias.

Por eso tienen razón las que pensaron y piensan que la salud-enfermedad no es una cuestión de microbios, ni de disfunciones orgánicas, psicológicas, nutricionales o de compatibilidades con el ecosistema, o con las intersubjetividades y etc.

Es que la salud-enfermedad es una cuestión de mucha mayor importancia que todas las que señalamos, y muchas más, que pueden incluirse en afán científico mono o multicausal. Se trata en última instancia de un proceso determinado, de una cuestión de orden social, que se encuentra unido a esa relación social vinculante que define a la sociedad en la que existe.

Se trata entonces, de una consecuencia de las relaciones sociales, de una compleja situación estructural resultante de vinculaciones determinantes de excelencia, económico-sociales, con otras expresiones de influencias determinantes como pueden ser las condiciones culturales, ideológicas, jurídicas, religiosas, etc.

Estas determinaciones que reconocen un patrón dado, jerarquizado, de determinación social, para caracterizar a las relaciones sociales resultantes, desplazan su génesis primaria a la raíz del proceso salud-enfermedad. En esa región se sitúa la nueva ciencia, o mejor decir, la práctica de esta Medicina Social y su aporte se dirige hacia las fuerzas originarias que dictan el rumbo y las variantes del proceso salud-enfermedad, que es el objeto de su operación técnico-científica.

En esa señalización reside el cambio de objetivo. En la Medicina Social empírica, como la idealista, subjetiva e individualista, siguen pensando acríticamente, pero lo que es peor con una interpretación ahistórica del proceso social, que lo conduce a considerar al sujeto individual centro y finalidad del episodio salud-enfermedad.

Al dirigirse a él, o a los síntomas que se expresan de las relaciones sociales en las que se desenvuelve ese “sujeto portador”, para nuestro interés, el proceso de salud-enfermedad evidenciado en el individuo, solo se plantea limitadamente una práctica sintomatológica, por lo tanto acrítica, ahistórica y acientífica.

Esa medicina social del individuo portador de los síntomas, clavada en una visión ideal hegeliana, tuvo vigencia plena y garantizada en la era precapitalista. Ahora en cambio, se trata de reconocer las determinaciones causales estructurales, que indican las relaciones sociales vinculantes, de la sociedad capitalista, en la que se desarrolla el proceso salud-enfermedad.

La redefinición del verdadero objeto del conocimiento, de ese objeto salud-enfermedad de la sociedad capitalista, impreso en el objeto social, indica la dimensión y la tendencia de la medicina social del episodio de la sociedad competitiva, ésta que con su desenvolvimiento interno, metodológico y objetivo está al servicio de la transformación de su energía generatriz. Esa es la modificación esperada, para contribuir al diseño de otra relación social que cambie la incidencia de la injusticia, el dolor y la enfermedad.

El cambio implica, primero la región de ataque y segundo el objetivo de realización. De todas formas, la medicina social, la medicina toda, sólo constituye un instrumento que debe poner su ciencia y su saber para lograr una apropiada y justa vinculación social.

La salud-enfermedad no es solo una cuestión de microbios o de virus, de disfunciones orgánicas, psicológicas, nutricionales o de compatibilidades con el ecosistema. Es mucho más importante que todas estas

cuestiones, que también están incluidas. Se trata de una cuestión de orden social vinculante, que define a la sociedad en la que se manifiesta.

Ese sesgo metodológico, que hemos indicado, en la concepción roseniana, que contamina en gran medida a otros discursos también interesantes y progresistas insertos en estas aproximaciones a la interpretación desarrollista y de perfeccionamiento de las funciones de la sociedad capitalista, se puede distinguir en muchos pasajes de las afirmaciones de este historiador y teórico de la medicina de la Universidad de Yale.

En ese sentido Rosen ha señalado, que para un concepto de medicina social es básico “que se preocupe por lo verdadero de la salud del hombre debido que está relacionado con la vida grupal”. Su preocupación ideal por el individuo, por una antigua ontológica de la salud-enfermedad, sigue impregnando su interpretación, aunque su tendencia teórica apunte a la vida del grupo.

En tal enfoque es que le asigna a la medicina social dos aspectos distinguidos. En el primero, se trata de su ubicación como *ciencia descriptiva*, que investiga las condiciones médicas y sociales de “grupos específicos”, remarcando el requerimiento para establecer las relaciones causales que existen entre tales condiciones.

Se busca por el análisis, el conocimiento de las condiciones en las que se presentan grupos dados de seres humanos, a efectos de comprobar articulaciones causales entre esas condiciones.

Esta aproximación científica descriptiva a la realidad médica y social le otorgará al otro aspecto de la medicina social que indica Rosen, el de *la ciencia normativa*, un objetivo específico, que será el de “establecer los estándares de los diversos grupos que están siendo estudiados y señalar las medidas que podrían ser tomadas para mejorar las condiciones y alcanzar los niveles propuestos” (Rosen, 1985, p. 134).

El esfuerzo científico de esta medicina social se encamina, por su aspecto descriptivo, a conseguir el significado de las condiciones médicas

y sociales de grupos determinados, entender sus relaciones causales y desde allí, normatizar, una vez establecidos los marcos estandarizados de los grupos, las medidas correctivas que mejoren las condiciones y permitan llegar a los parámetros estimados como apropiados.

La medicina social, en su endofunción, estudia y determina tales niveles de parámetros, o estándares, para después indicar las medidas que puedan lograr el mejoramiento y obtención de los niveles propuestos.

Su tarea se desarrolla al amparo de la sociedad de la que forma parte. El sistema normativo que propone como marco referencial, servirá para medir los resultados de las medidas que aconsejó y que se resumen en mejorar los niveles registrados en la realidad, hasta alcanzar aquellos que propone académicamente tal medicina social, postulada por esa sociedad constituida.

La sociedad en la que se construía esta mediación tecno-científica de las postulaciones de Rosen, tiene equivalencia con el modelo rostowiano de desarrollo imperante pocos años después, en el que el crecimiento del bienestar era el producto del mejoramiento de determinados niveles de medición de vida y producción. El crecimiento económico, por ejemplo, que producía el aumento del P.B.I., produciría el mejoramiento de las condiciones de salud, expresada en la obtención de los niveles de los parámetros que académicamente se habían propuesto.

La medicina social se ponía así al servicio de una sociedad, la capitalista en expansión, que dictaba su tarea en el sentido de adecuar su funcionamiento social, de la salud-enfermedad, al “*mejoramiento*”, no a la transformación, de las condiciones que generan los bajos indicadores que producen la enfermedad y la muerte.

Se hace necesario recordar que Rosen no estaba precisamente entre los científicos encuadrados fielmente dentro de los “protectores” más firmes del orden constituido, de los “cuidadores” del camino o “estilo americano de vida”, de la sociedad de la opulencia, que los blancos componentes del poder, normalizan para la expansión.

Pero sin embargo, aquí se nota con claridad que en la mitad del siglo XX, Rosen también se comporta esencial y en última instancia, como un integrante de la ideología del estilo americano, pautado desde un leve mejoramiento de los indicadores de justicia y bienestar, esa es su petición, pero fiel a la estructura social que caracteriza a esa sociedad imperial en expansión.

Estamos hablando de George Rosen, el crítico reconocido del nazismo, el esclarecido luchador anti fascista quien, sin embargo, además de no haber obtenido claridad epistemológica para la construcción del concepto del conocimiento de lo social como objeto redefinido, aquí quedará claro que va a concluir pacíficamente al lado de los que ordenan y normatizan a la sociedad programada, sin ninguna exigencia de transformación social en serio.

Quienes estandarizan a esa sociedad, no serán precisamente los componentes de las poblaciones sometidas y ni siquiera los cuerpos de las academias de esas regiones del atraso y la miseria, que tantas veces sirvieron a los intereses del imperio dominante.

Este resultado, resumen de su visión mediatizada de la medicina social, no debe negarnos comprender algunos esfuerzos, sobre todo metodológicos, descriptivos y de diagnóstico, que ha realizado Rosen, alrededor del alcance de la medicina social. Esos esfuerzos muestran al rescatable científico y a su valentía teórica, aun cuando dichos esfuerzos puedan haberse esfumado en el camino, limitados por una sociedad opulenta, que le ofreció cobijarlo sin grandes condiciones, en sus instituciones científicas y académicas. Allí se adormecieron sus valientes arrestos y puso en claro la ley tendencial de esa sociedad, que solo admitía, por inofensiva, a esa postulación, transformada en una inconducente metafísica del funcionalismo societal.

Miremos este razonamiento para el alcance funcional de la medicina social. Para Rosen, en ese sentido, se pueden delimitar tres aspectos distinguidos de la funcionalidad sociológica:

a) *La salud en relación con la comunidad*

En este aspecto la medicina social se preocupa por la relación de la salud enfermedad con las instituciones comunitarias, con los movimientos de población en el interior de esas comunidades, con las normas raciales y étnicas, con los indicadores de vida y con los niveles sociales y económicos de los diferentes grupos.

Se tratan de relaciones con la realidad asumida, que observa a la sociedad funcionando, pero no más allá de las vinculaciones a que da lugar en su campo institucional, en sus migraciones, asentamientos, irrupciones, como las relaciones blancos-negros, nacionales-extranjeros, porteños-cabecitas negras, normas de vida de bienestar, sufrimiento de los grupos sociales. Se trata de la comprensión de la sociedad tal como actúa, sin cuestionamientos genéticos, causales, ni de las leyes de su marcha; sólo se mide y se ausculta su funcionamiento.

Esa es la relación permitida y en esa funcionalidad la medicina social, es una cuestión de adaptación y de preparación para alcanzar determinados niveles de estandarización social, que sostenga un discreto nivel superior de funcionamiento. Pero, no de mucho más allá, si para ello deben plantearse con hondura los conflictos que provocan niveles injustos de los indicadores de justicia social.

Como el desarrollismo que el capitalismo vinculaba, como en las tesis de Rostow, todo era cuestión de lograr mejores niveles para los indicadores, en el comportamiento de esa sociedad, que no está precisamente objetada en su estructura, sino que se va en búsqueda de su perfeccionamiento funcional. Son los estándares que hay que mejorar...

b) *La salud como un valor social*

Aquí se preocupa Rosen para saber cómo es definido “ese valor social”, por los diversos grupos que componen la sociedad dada, los deseos y esperanzas de los mismos, frente a la salud y el grado de satisfacción o frustración ante esos fines.

En esta preocupación, más que en otros aspectos, su inclinación es académica. Se busca conocer, saber el lugar que la salud tiene para los grupos sociales, Rosen dice: “como valor en las diferentes clases sociales”.

El conocimiento buscado se incorporará al saber institucional de quienes la sociedad ha elegido como definidores y defensores del orden pautado, de los niveles reconocidos como adecuados para utilizarlos como poder acrecentado en campos que Rosen enmarca en “el cuadro médico, la nutrición y la educación para la salud”.

Decepcionan las delimitaciones rosenianas, que en la operatoria social, solo buscan mezquinas o restringidas formulaciones terapéuticas que apenas confluyen hacia los esquemas de funcionamiento de la sociedad.

Esta situación epistemológica puede tomarse como una claudicación militante, si se tiene en cuenta que alguna vez pudo haber sido encoolumnado como un espíritu dispuesto a las transformaciones del marco social, en cuanto se lo ubicaba como en capacidad de apurar la auténtica redefinición del objeto del conocimiento de lo social.

c) *La salud y la política social*

Este es el tercer aspecto de la funcionalidad de la sociedad que alcanza a la medicina social tal como los enunciaba el profesor de Yale y que lo refería a la investigación, que permita el dictado de una política social.

Persiste en una evidente inclinación académica, pero puede reconocérsele mérito descriptivo y hasta metodológico a esta posición, pero se comprueba de inmediato que retoma los carriles motivacionales de la defensa o conservación de la sociedad constituida, incluyéndole alguna de las iniciativas progresistas que sigue considerando interesante tener en cuenta, a efectos de evitar el estallido del sistema, aunque sin influencia decisiva sobre su transformación.

Rosen piensa que es fundamental saber “hasta donde la legislación se mantiene a la par con el creciente conocimiento de las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida social”.

Su preocupación se dirige a determinar el conocimiento de las relaciones entre la salud y la sociedad, para que la legislación tome, no desconozca, tales vinculaciones.

Este parece ser su papel, el de su tarea académica y la de los investigadores que se dedican a la medicina social, se trata de alcanzar el saber de las relaciones salud-vida social, para acumularlo como poder de conocimiento y trasladarlo hacia el poder del Estado, quien podrá incorporarlo a la legislación necesaria, para un adecuado funcionamiento resultante de esa comunidad. Ese es el objetivo planteado como una finalidad para la política social.

Reconoce Rosen que las normas y medidas que se dispongan y que terminan por ser aceptadas por la sociedad, “tienden a producir intereses creados y a transformarse en obstáculos para el progreso”.

No insistirá sobre el significado teórico y conceptual de esta idea de progreso que ha introducido, pero no cabe dudas que le asigna una señalada importancia para una adecuada funcionalidad de la sociedad. El progreso, como finalidad del funcionalismo social, será una de sus metas para la comunidad, y de allí la significación de las investigaciones propuestas para esclarecer los obstáculos y atrasos que demoren a ese progreso.

Tales investigaciones pondrán en evidencia “las relaciones de poder entre los grupos de presión y la influencia que ejercen en los cuerpos legislativos en cuestiones de salud y asistencia”.

No hay rigor científico en estas afirmaciones empíricas sobre el progreso, que se acercan a las simples y lineales postulaciones sobre ese tema que indicarán los componentes del más directo de los liberalismos y del positivismo, ni tampoco para el esclarecimiento de su otra expresión sobre los “intereses creados” que parecen estar como ajenos a los intereses del poder, que impone la legislación normativa de la que se ocupa, a pesar que ulteriormente reconozca relaciones de poder que influyen a los cuerpos legislativos en cuestiones de salud y asistencia.

La investigación propuesta debe contribuir a la formación de una política social, que permita detectar ese poder de los grupos de presión para con los legisladores. Rosen limita este aspecto de la medicina social, a un simple análisis superficial de esos factores de presión que obstaculicen el progreso del funcionamiento de la sociedad y que está concentrado en una sola y simple influencia en el sector-generator de leyes.

Como buena parte de los componentes del idealismo funcional, le otorgan a la ley mayor peso específico que el correspondiente a las determinaciones de excelencia, aquellas que determinan por encima de cualquier otra influencia el curso de los acontecimientos socio-políticos, pero sin desconocer aquellas otras vinculaciones determinantes que surgen de los componentes ideológicos, culturales, religiosos, jurídicos, que actúan sobre el campo social y que deberían aparecer como los de orden influenciante para la construcción de la política social.

De pronto y a continuación, Rosen sorprenderá buscando el alcance del concepto del grupo social, diciendo que específicamente ese trata de la clase social, que es básico para la medicina social.

En el final de su mensaje, en este trabajo sobre esa medicina social, viene en búsqueda de la construcción de un concepto para el objeto del conocimiento de lo social, y la radicará en su ubicación teórica ante la clase social.

Su desarrollo inicial, sorprende sobremanera, “no se trata del individuo ‘per se’, sino del individuo como miembro de un grupo” reflexiona sin reservas, ni escollos a la vista, “o de un cierto grupo económico, o más ampliamente, como miembro de un grupo social” y entonces sus aditamentos aclaratorios van anclando el campo operativo, en el escaso límite del individuo, el que por integrante del grupo, “está expuesto a diversas influencias externas y nocivas para la salud”.

La explicación se afincó, determinándose en ese individuo, en el ser que recibe esas influencias y factores que surgen “en forma peculiar en su grupo social y están íntimamente ligados al nivel económico de tal

grupo” (Rosen, 1985, p. 135).

Sin esfuerzos puede percibirse en este razonamiento de Rosen, la idea americana de estratificación social, que sortea o elude epistemológicamente el concepto de las relaciones sociales del sistema productivo y deposita en diversas influencias externas el comportamiento ante la salud, circunscribiéndolas después a una lineal relación con el “nivel económico de tal grupo”.

Su definición de clase social adopta primero una ubicación casi metafísica de las múltiples hipótesis o de la metafísica de la multicausalidad y finalmente se desplaza a una consideración “pura”, ideal y sin matices del nivel económico, como si se tratara de una vinculación directa, de causa o efecto de total sentido idealista, desconociendo la complejidad de las relaciones estructurales. Juega el destino de la clase social, a una razón en sí, que se convierte en un ilevante planteamiento limitado con ribetes decididamente mágico-religiosos.

Decepciona la linealidad de ese razonamiento, porque todo su atrevimiento transformador se disolverá, cuando el conocimiento alcanzado sólo sea utilizado como indica Rosen, para “proponer las medidas de naturaleza médica, sanitaria y social” adecuadas para mejorar la salud y “hacer accesible al pueblo, en el mayor grado posible, los logros de la ciencia en la prevención y el tratamiento de la enfermedad”.

Detuvo su ímpetu teórico transformador, en el interior mismo de la medicina, su terapéutica termina siendo endomédica y sus aspiraciones se circunscriben a pensar y proponer soluciones vinculadas directamente y en exclusividad para el acontecimiento patológico, tomado como objetivo final y desconociendo su entidad de simple síntoma de la sociedad patógena.

Igualmente procede para con la prevención, como con la terapéutica de la enfermedad, la propuesta es un planteamiento en sí mismo, considerado como el único elemento interviniente, sorprendiendo así, el olvido o rechazo de las relaciones sociales en las que se detectan tales

signos y síntomas y básicamente dejando de lado toda propuesta modificadora del esquema de la sociedad en la que actúa.

Queda claro que Rosen, en esta mitad del siglo XX, ha construido conjuntamente con otros representantes de este movimiento científico, una metodología de investigación de los problemas de la medicina social, sin elaborar finalmente los conceptos centrales del conocimiento de su objeto real, algunos de cuyos matices llegará a rozarlos, pero solo en el medio de una tonalidad declamatoria de poca calidad académica, con escaso rigor transformador, por lo cual en última instancia, provoca la inmediata dilución del aparato de aplicación que propone.

No obstante ello, es interesante reconocer que en su tendencia voluntarista, hacia el mejoramiento funcional de los niveles de salud posibles, residirá una conducta operativa motivacional, que puede en ciertos aspectos y bajo los límites indicados, aparecer como apropiadas para buscar mejores indicadores y estándares de salud-bienestar, que es común a los mejores ejemplares científicos de esta corriente funcional de la medicina social.

El atrevimiento transformador llegará solo hasta una limitada práctica protectora, romántica y justiciera, parsoniana en cuanto reconoce y convoca a fuerzas motivacionales, espirituales y preferentemente individuales, para “hacer accesible al pueblo”, otorgarle a la comunidad, esas conquistas reconocidas para enfrentar la enfermedad, como objetivo en sí misma.

Rosen concluye cerrando sus propuestas, construyendo sus líneas terapéuticas, en el interior mismo de la medicina, negando sorpresivamente él y los componentes de estas orientaciones, los valiosos esfuerzos diagnósticos que en algunas oportunidades hicieron, para terminar como “médicos puros”, salidores de la “medicina en sí”, una práctica históricamente al servicio de una sociedad dominante, que no busca cambiar. Parsons fue más penetrante aún, en cuanto la puso, con estas inclinaciones similares, a las órdenes de un claro “control social”.

En este trabajo de 1947 está el criterio medular del pensamiento rose-niano, pero conviene insistir además, sobre algunos otros enfoques que hará a lo largo de su dilatada tarea intelectual, que se puso en evidencia, sobre todo en su condición de editorialista del *American Journal of Public Health* (AJPH) en el que escribiera durante más de diez y seis años y que tantas veces nos interesara a los médicos latinoamericanos.

En ese sentido resulta aleccionador recibir su opinión en ese órgano científico de la Salud Pública, en 1959 porque en tal oportunidad nos indicaba algún camino posible para la práctica recomendable en favor de la medicina social

Expresaba entonces que era necesaria la participación en la vida política para poder hacer ciertas determinadas aspiraciones sobre tal práctica médica. Pensaba que “para el desarrollo de la Salud Pública, la acción política está tan íntimamente entrelazada con la organización social y con el conocimiento científico, que es difícil considerar en forma separada los efectos de cada componente”, recomendando a quienes trabajan para la Salud Pública que “deben aprender a funcionar en el terreno de lo político, a pesar de las dificultades”.

Dos años después, precisará más aún el sentido de su recomendación sobre la práctica política, asimilando a la actividad concreta que pueda efectuarse con la medicina social, indicando que “la gente que trabaja para la salud tiene la clara responsabilidad de dirigir, educar y garantizar el que se reconozca el derecho al bienestar que tienen las mayorías” (Rosen, 1985, p. 248).

Se trata de su posición de 1961, expresada en otro editorial del AJPH y que responde a la actitud que va a ser común a toda esta escuela de la Medicina Social y que sin dudas respondía a la composición de una sociedad capitalista en la que actuaban y a un período histórico de expansión que le otorga ese tono político de busca poética de la equidad.

No es necesario remarcar las diferencias notables con las prácticas políticas, sociales y revolucionarias que asumieron Virchow y los com-

ponentes de ese otro movimiento de Medicina Social que ya mencionáramos. Las relaciones sociales que planteaban ambas realizaciones prácticas, diferencian las condiciones causales de existencia de los mismos y también las soluciones prácticas propuestas, aun cuando en última instancia, el reflejo revolucionario de 1848, los asimilará.

En el movimiento roseniano está presente una actitud paternalista, digna del liberalismo idealista que apuntando al bienestar de las mayorías, primero sólo piensa en el papel de los técnicos para proteger al pueblo, sin creer en las mayorías como dueñas y creadoras de su historia y sus destinos, y segundo, no reconociendo el sentido del conflicto social, para la revolución posible de la lucha que establecen las clases sociales, en busca de la justicia y el bienestar.

Rosen, en cambio, le asigna a los médicos esa responsabilidad para dirigir, educar y garantizar ese derecho al bienestar como si se tratara de una concesión divina que solo exige esa presencia técnico-profesional. Como en todo su pensamiento, también en este aspecto de la práctica social, de la práctica médica, está ausente toda concepción de lucha social, de conflicto social, frente a las contradicciones que emergen de las relaciones sociales. Solo se trata de lograr el perfeccionamiento del funcionalismo de la sociedad. La metafísica del funcionamiento social está montada para evitar las grandes transformaciones que las mayorías, para utilizar el discurso roseniano, tienen que producir, más allá de los estrechos límites de los cambios médicos.

Todavía va a aletargar aún más la posibilidad de transformación profunda de la sociedad, en el ritmo de un sentido poético e idealista de la práctica operable. En otro editorial de su revista de Salud Pública, ya no volverá sobre sus puntos de vista e implicancias del poder de la estructura de clases en la sociedad. Pensaba en cambio, que las enfermedades sociales y calamidades públicas que sucedían, eran por “la manifestación de una tendencia que se abre paso un poco en todas partes: simplificación de la complejidad de los problemas de salud de la comunidad, a

fin de considerarlos como simples ejercicios de gerencia fiscal o de administración técnica” manifestaba, entre dolorido y decepcionado que “la necesidad de pericia para defender la salud de millones de personas parece haber desaparecido, víctima del actual antiintelectualismo” y agregaba con tono casi religioso que “a menos que esta tendencia desaparezca, todas las palabras bellas sobre mejoría en la salud, van a seguir siendo eso: bellas palabras”.

Estamos en 1970, a casi un cuarto de siglo de su pensamiento nuclear sobre Salud Pública y Medicina Social y a once años de su recomendación sobre la militancia política para los cambios que exige la sociedad a los efectos de lograr el bienestar de las mayorías.

Ahora ya se apagaron esas voces y su prédica está concluyendo en una mediatizada posición tecnocrática, que él sentirá como científica, de simple pericia técnica, que consigue mitigar toda otra postulación transformadora.

Nos sirve dolorosamente otra reflexión de Eco, cuando sentencia que “la herejía suele ir unida a la rebelión contra los señores. Por eso el hereje empieza predicando la pobreza y después acaba cediendo a todas las tentaciones del poder, la guerra, la violencia”.

Rosen había aparecido como un trasgresor, pero el capitalismo ha conseguido su expansión y suele ser benevolente con sus pensadores del progreso a los que arrulla con cánticos especiales de sus instituciones y rangos académicos, que son capaces de mitigar muchas conceptualizaciones transgresoras y transformadoras. Todo ello especialmente cuando provienen de representantes de la intelectualidad, comprometidos con el propio desarrollo de esa sociedad y en cabal desarraigo de la realidad social verdadera, en la que sufren las clases sociales oprimidas por ese poder dominante.

El profesor de Yale y el editorialista de AJPH, comenzó buscando explicaciones y causas justas para las contradicciones de los conflictos y terminó complicado en su apaciguamiento transformador, unido o

identificado a las instituciones y designios más encumbrados del pensamiento del capitalismo, ya muy bien consolidado. Rosen fue parte de su brillante región tecnocrática.

Parece haber llegado, al menos un momento promisorio de reflexión, para repensar todo lo acumulado sobre la Medicina Social y producir también algunas plataformas provisionales que sirvan para tender algún atisbo conceptual propio y eficaz para nuestra tarea.

La Medicina Social se perfila sin dudas, como una disciplina que no tiene solo un desarrollo endógeno, que no tiene fuerzas genéticas propias, que no tiene historia propia ni mucho menos prospectiva propia.

Se trata en cambio de una disciplina que surge tras determinado desenvolvimiento de la sociedad, que le otorga las potencialidades para su desempeño, en un nivel y en una disposición que las propias fuerza generatrices ordenan en cuanto signo y tendencia.

Cuando el objeto redefinido permite desempeño apropiado de su destino, los objetivos se identifican con la transformación social proyectada y en ese momento la Medicina Social ofrece su eficacia, poniendo al servicio de esa transformación toda su ciencia y experiencia, que creció desde el conocimiento cabal del objeto de su teoría para la afirmación de su práctica permanente.

Desde ese conocimiento se asegura un desenvolvimiento metodológico y programático al servicio del cambio social, que será el trayecto reconocido para esta medicina, en su tarea de promover y proteger la salud, evitar o curar las enfermedades.

Aquí residen las diferencias con las interpretaciones liberales, empíricas, románticas... Las transformaciones se generan desde el cambio de las relaciones sociales y no desde la relación interna de la salud-enfermedad.

Este proceso salud-enfermedad tampoco tiene historia, ni fuerzas generatrices propias. Es una consecuencia de las relaciones sociales, como compleja situación resultante de las vinculaciones determinantes

de excelencia, las económico-sociales con aquellas otras como las culturales, religiosas, ideológicas, jurídicas, etc., que también intervienen. Lo hacen en diferentes escalas de excelencia, según sean las circunstancias históricas y el nivel de participación estructural y coyuntural que esa sociedad presenta en cada caso.

Esas determinaciones que componen las vinculaciones o relaciones sociales desplazan a su génesis primaria la raíz del proceso salud-enfermedad. Allí está situada la ciencia redefinida de la Medicina Social y su aporte se dirige hacia las fuerzas fundantes que dictan el rumbo y las variantes del proceso salud-enfermedad, como objeto de su práctica médica específica.

En esa señalización reside el cambio de objetivo. La Medicina Social empírica, la idealista, subjetiva e individualista, sigue pensando acriticamente, con una interpretación ahistórica, que el objeto sigue siendo el sujeto portador del proceso salud-enfermedad. Al dirigirse a él, a los síntomas depositados en su región individual, que son la expresión de las relaciones sociales en las que se desenvuelve ese "sujeto portador", para nuestro interés, el proceso salud-enfermedad palpitando en tal sujeto, solo plantea una práctica sintomatológica, cuya remoción solo significa una terapéutica parcial, ahistórica y acientífica.

Esa Medicina Social del individuo portador de los síntomas sociales, tuvo su clara vigencia solo garantizada por el espíritu mágico-religioso, de la era precapitalista. Ahora se trata de hallar las determinaciones causales estructurales, que indican las relaciones sociales vinculantes.

La redefinición del verdadero objeto del conocimiento, del objeto salud enfermedad, impreso en el objeto social, indica la espesura y tendencia de la Medicina Social del episodio del capitalismo, esta que con su desarrollo objetival y metodológico debe ponerse al servicio de la transformación de la energía generatriz. Esa es la modificación esperada, para poder contribuir al diseño de otra relación social que modifique la injusticia y la enfermedad.

El cambio indica, primero la zona de ataque y segundo, el objetivo de realización. Plantados en el conflicto social, se torna elemental la caracterización e individualización de la relación enemiga. De todas formas, obtenidos estos requisitos, la Medicina Social, la medicina toda, solo constituye un instrumento que pondrá su ciencia y experiencia para conseguir una apropiada y justa vinculación social.

Virchow y Carrillo tienen razón: la salud-enfermedad no es una cuestión de microbios, disfunciones orgánicas, psicológicas, nutricionales o de compatibilidades con el ecosistema. Es mucho más importante que todas estas cuestiones, que también están incluidas. Se trata de una cuestión de orden social, que está ligada a esa relación social vinculante que define a la sociedad en la que existe.

En este entendimiento, en cambio, el modelo conceptual de George Rosen, que se reproduce y proyecta hacia otros científicos sociales del mundo desarrollado, ha producido un esquema cultural, ahora en gran expansión destinado a capturar pensamientos, grupos políticos e ideológicos del mundo, más en el nuestro, mediante una silenciosa pero persistente teoría del conocimiento, cuyo eje central consiste en reproducir “la eficacia social dominante”. Esto cubre su medicina social, a pesar de algunos instantes de brillo y seducción...

Un edificio social que se desmorona

Hipólito Yrigoyen solía pensar que un taller de fragua parece un mundo que se derrumba... Los años que siguen al golpe militar que produce la caída del gran caudillo radical, muestran a Argentina como “un edificio social que se desmorona”.

Esa es la época en la que va a insertarse el nacimiento del pensamiento político en el que va a destacarse Ramón Carrillo, sin dudas el más importante sanitarista argentino de toda nuestra historia. En esos años de tal derrumbe, se instala su prédica inicial y desde allá la proyección de una práctica constructiva, inimaginable en cuanto gestión gubernamental.

También Roberto Arlt, ese narrador increíble para nuestra realidad, sabe que el derrumbe comienza con ese golpe oligárquico y viene a reproducir las condiciones de sometimiento y dependencia que nuestra condición agroexportadora garantizaba para los grupos dominantes.

Él ha detectado con sus penetrantes sentidos de captación, que Argentina es parte de la crisis mundial del final de la década de 1920: y apenas despunta la de 1930, en su prólogo a la novela *Los Lanzallamas*, de 1931, dice que “entre los ruidos de un edificio social que se desmorona inevitablemente, no es posible pensar en bordados”. Esta cita envuelve buena parte de las consideraciones que deberemos aplicar al desenvolvimiento conceptual y a la labor de Carrillo. Ellas están emergiendo desde el derrumbe del fraude que se recompone y reimplanta a partir de ese setiembre de 1930, y la entrega, que tiene largas décadas de presencia y señales en nuestros dolores del pueblo. Solo Yrigoyen salva el espíritu criollo y nacional, desde su lucha del final del siglo pasado, para romper esa entrega, una constante histórica, que con el fraude, otra dolorosa realidad de nuestra política, son partes esenciales de las fuerzas que provocan la llegada al desmoronamiento.

El gobierno del que va a formar parte Carrillo, por más de siete años será después de 1945 y hasta 1955, otra de las expresiones criollas y nacionales que interrumpirán la era del fraude y la entrega, que se instaló en nuestra historia justamente después del levantamiento militar de 1930.

Yrigoyen sabía que en ese taller de fragua, que parece un mundo que se derrumba, estaba concentrada también, esperando su momento, toda la fuerza creadora que su movimiento político había colocado al servicio de la independencia de la patria. Ese derrumbe permitía desde el calor y el color deslumbrante del fuego imprescindible y desmesurado de la fragua, concebir tanto aquello que moría con el derrumbe, como las nuevas tonalidades y refulgores que creaban otro mundo diferente. Se trataba de ese mundo que Yrigoyen había puesto en marcha

desde el voto secreto y popular, para que las mayorías fuesen protagonistas por primera vez, en esa construcción.

Carrillo componía a un gobierno que pujaba por producir el desmoronamiento del edificio social, que fraude, violencia y entrega habían reconstituido después de 1930 para servir a las clases dominantes otra vez, y así consolidar el poderío del capitalismo imperial.

En ese tiempo de derrumbe, del desmoronamiento del edificio social de la entrega “no es posible pensar en bordados”, no es tiempo de filigranas, ni de finuras y delicadezas. Era la hora de la construcción, una vez que el derrumbe asegura que está concluyendo una etapa histórica y es necesario volver a crear nuestra sociedad.

Se trata de un momento crucial de la historia política del país de los argentinos, se derrumbaba el edificio que Arlt sabía que formaba parte de la estructura social que se creara desde “la década infame”. Debía llegar otra etapa de reconstrucción esperable. Será 1945 y se gesta el nuevo edificio, sin tiempos posibles para “pensar en bordados”.

Vamos a asistir entonces, a la instalación en el pensamiento sanitario nacional, de un discurso distinto, que aunque en muchas oportunidades no conseguirá desprenderse del todo del edificio en derrumbe, no es menos cierto que sus voces y materiales para el nuevo edificio, no tendrá antecedentes reconocibles en nuestro siglo y medio de historia institucional sanitaria.

No hace falta investigar mucho, ni realizar un gran esfuerzo para descubrir que estos aportes resultan la contribución de un silencioso hombre de ciencias, que tiene además una característica distintiva, no solo por su talento y vocación creadora, su teoría sanitaria respalda y motoriza su gestión de gobierno, convertida en la más fértil de toda nuestra construcción para la salud.

Como corresponde a algunas de las razones profundas de la historia, Ramón Carrillo es el portador fiel de las “nuevas” que el movimiento político justicialista desarrolla, como apropiadas y eficaces para alcan-

zar los objetivos de sus designios transformadores. Más aun, él será el brillante portador de esas fuerzas para la modificación de la realidad sanitaria, pero contribuirá con su participación y energía a alcanzar la transformación social, que nuestra comunidad y específicamente la clase trabajadora argentina protagonizara para redefinir a la patria. Era parte del propio destino carrillano, unido al del movimiento nacional, al que unió su trabajo incansable y la fortaleza organizadora, que no recuerda parangón alguno.

En verdad, toda la labor sanitaria de Carrillo puede ser involucrada dentro de los márgenes de la disciplina de la Medicina Social, que él mismo fue elaborando, desde su apasionada militancia frente a la realidad y al impulso del nuevo pueblo argentino que emergía desde una jornada memorable de octubre de 1945.

Parecería como que Carrillo se siente impresionado por el nuevo discurso que irrumpe en su vida de “científico puro”, solo conmovida, hasta entonces, por los dolores, disfunciones y tumores que ensombrecen el normal funcionamiento del aparato cerebral. Él era un médico cirujano de alta especialización, de reconocida valoración quirúrgica, cuya especialización en escuelas europeas de primer nivel, lo habían consolidado como uno de los indiscutidos profesionales neuroquirúrgicos, que debían llenar de esperanzas y éxitos a las necesidades de Argentina.

Sin embargo la sociedad fraudulenta y dependiente hasta la vergüenza, va a transformarse y el país tendrá otra vivencia política y social. Las relaciones sociales de Argentina se modifican y los trabajadores comienzan a trazar otra realidad.

El país debía transformarse y así iba a suceder. La República, oligárquica, fraudulenta y dependiente, completada casi colonialmente en esa década infame, requería nuevas convocatorias para ensanchar sus bases constitutivas y proyectar otro país.

El perfil agroexportador neocolonizado, debe darle paso a una formación de distinta contextura económico-social y se va instalando una com-

binación agro-industrial, con el auxilio del capital financiero y la observación vigilante de un Estado distinto, celoso y con objetivos definidos.

En esa formulación social va a percibirse el crecimiento elocuente del sector obrero industrial, que cambia el sentido primario de nuestra fuerza de trabajo y produce también su marcada urbanización.

La acumulación de capital que se experimenta, en especial durante la Segunda Guerra Mundial, faculta el desarrollo acelerado del sector industrial, que respaldado por una modificación evidente de la participación obrera en el producto de la riqueza social, impulsa una notoria demanda interna, en incremento acelerado. Esta producirá el crecimiento generador que el sector industrial requería y deja atrás la crisis crónica en la que se desarrollaba nuestra historia social.

La ampliación del mercado interno, con la incorporación de la ancha franja de los nuevos obreros industriales, hizo posible la aceleración del proceso industrial y con ello el aumento de la demanda del conjunto del pueblo argentino.

Se derrumba un viejo edificio social y se ponía en marcha otro país. En el mismo primaba como constante una floreciente situación salarial y de empleo, pero más que ello, se instalaba una jerarquización social del movimiento obrero, que entendía su papel, ejercitaba su función histórica y garantizaba nítidamente la nueva redistribución de la riqueza social y del poder histórico en la sociedad.

Esas condiciones destacaron la presencia de un movimiento obrero organizado, de sólida conformación, que servía como respaldo protagónico para el desenvolvimiento nacional. En América Latina se daba por primera vez una participación significativa de esta dimensión y calidad.

La presencia del sindicalismo argentino, con hondo sentido nacional y con valoraciones decididas en torno a la liberación del país, arranca de estos episodios de la historia social de Argentina; y puesto a prueba en todas las instancias de pseudo democracia, dictaduras blandas y salvajes, en cada oportunidad demostró con su cohesión, resistencia y

creación conceptual y militante su permanencia como fuerza organizada inquebrantable, para la defensa del país.

La consolidación de ese movimiento obrero nacional, que es el núcleo del plebiscito de octubre de 1945, hace posible la integración con la creciente clase empresarial industrial, con intereses específicos en el país, la burguesía nacional, para construir el movimiento político que conforma el peronismo.

El acceso al gobierno permitió a esta conjunción de fuerzas nacionales, el cuestionamiento decidido a la condición de dependiente del país, marcó para su destino histórico una vocación antiimperial que caracteriza la tendencia fundamental de su práctica. Su tarea fue compleja y de ninguna manera lineal, y triunfadora permanente.

Su dirección hegemónica permitió cambiar algunas de las condiciones esenciales de esa dependencia de los poderes centrales, particularmente desde la política de nacionalizaciones de los resortes principales de la economía. Con ella se evitó que se pudieran solidificar los esfuerzos de los sectores imperiales en alianza con el capitalismo agroexportador del país, destinados a impedir la transformación de ese modelo dependiente.

Argentina, con sus trabajadores organizados había decidido elegir, mediante un esquema nacional de acumulación de capital, un franco impulso, prioritario y permanente de desarrollo industrial autónomo.

En ese movimiento nacional, en búsqueda de un país distinto, que se atrevían a construir, aprovechando las energías del desmoronamiento del edificio social que se producía, estaba inserta la preocupación y la energía de acción de Ramón Carrillo y de su gente.

El ya eximio cultor de una práctica de quirófano de la más elevada excelencia será estremecido por ese nuevo discurso de la realidad social del país y se convertirá en uno de sus más fieles intérpretes, porque a su profesionalidad y comprensión científica le ha de agregar una insobornable vocación nacional, que lo identificará con las grandes mayorías

nacionales, a las que consiguió representar fielmente y ayudar, en su proceso de transformación social.

Carrillo no fue distinto al pueblo que elabora esta página de la historia política, tuvo sus mismas pasiones y los mismos límites que fundaron sus requerimientos de cambios. Pero debe destacarse un acontecimiento conmovedor para su vida profesional, es que en menos de tres años, el Carrillo neurocirujano de valía y de éxito, dejará paso a un ejemplar combatiente, un profesional y trabajador militante de la Medicina Social, que ya no dejará este campo de creación ardiente, mientras dure su denodado esfuerzo en la lucha por la justicia social y que solo la incomprensión y los intereses espurios pudieron interrumpir. Vamos en búsqueda de su pensamiento y demorémonos en ese discurso continuo que se desata a partir de 1946, en clara sincronía con el lenguaje del pueblo y como fiel receptáculo de voces e ideas de hombres que como Germinal Rodríguez, Carreño, Janzón y Lorenzo García, colaboraron en la construcción de esta Salud Pública Nacional.

Queda pendiente para otra oportunidad, distinguir la significación que tienen estos colaboradores y muchos otros, en muy distintas dimensiones y calidades para cada uno de ellos, como asimismo detectar aquellas otras influencias que fueron incorporándose a su pensamiento, por vía del estudio, la reflexión militante y sobre todo la práctica sanitaria misma, que tantas veces la ejercitó con sus propias manos y sus propias convicciones.

Este es un compromiso que deberá realizarse, pero sin dudas a estas asociaciones deberán agregársele, las relaciones políticas que se establecieron entre Carrillo, Perón y Eva Perón, sobre todo con pronunciamientos, prácticas y expectativas vinculadas con la clase trabajadora en su lucha común, por la consolidación del poder social transformador, con el que estaban comprometidos.

Carrillo decía, en una de sus posiciones más clara y decisiva que “el problema de la enfermedad, mejor dicho el de la salud es una materia de

Estado como organización política de la sociedad para el bien común”.

Daba cuenta de inmediato en esta misma publicación que utiliza para definir la Política Sanitaria Argentina que “es evidente que actualmente no puede haber medicina sin Medicina Social y no puede haber Medicina Social sin una Política Social del Estado”.

Nos encontramos súbitamente con una afirmación rotunda, que delinea una posición científica y política, casi desconocida hasta entonces en el país. Carrillo no plantea dudas, aunque en otras veces, en algunos casos sorpresiva y contundentemente, en otros, con la simple intrascendencia de frases explicatorias, retornara a viejas concepciones individualistas de la salud que desconciertan, luego de esta convicción política. Las contradicciones también reinan en sus convicciones y seguridades teóricas

En este caso Carrillo afirma que la salud “es una cuestión de Estado” poniendo al sector sanitario definitivamente bajo la responsabilidad del Estado Nacional, casi con seguridad como consecuencia del movimiento social cuya doctrina concibe al Estado como el eje forjador del nuevo edificio social que debe construirse, después del desmoronamiento, al que contribuye a desarrollar.

Carrillo es fiel a la influencia de ese movimiento político en acción del que forma parte indiscutida ya en 1945, cuando señala estas nuevas verdades y cuando además indica otras dos cosas de tanta significación como esta de la vinculación indisoluble de Estado y Salud.

La primera es la que enseña que no hay medicina sin Medicina Social. Toda la medicina es social, en cuanto es un emergente de la realidad que producen las relaciones sociales en evolución.

La segunda va en búsqueda de la realización práctica de esta enseñanza y entonces manifiesta que “no puede haber Medicina Social sin una Política Social de Estado” refiriendo su convicción sobre el papel protagónico ineludible del Estado, indicando que su intervención exige la existencia de una Política Social.

Sigamos apenas unos párrafos más adelante, entonces veremos los alcances en los que cimienta su definición conceptual. “Los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos, sí la política sanitaria no está respaldada por una política social”. Una política social es la base imprescindible para la política de salud, sin ello no habrá política sanitaria consistente y eficaz.

Pero tal política social tendrá un requisito ineludible. Aquí Carrillo destruirá mitos y religiosidades idealistas. Será cuando escuchando el susurro de su movimiento político nacional acuse que “no puede existir una Política Social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría” porque tampoco puede concebirse “una medicina destinada a la protección de la colectividad sin una política social bien sistematizada para evitar el hambre, el pauperismo y la desocupación” (Carrillo, 1949, pp. 254-255).

Sin dudas, nadie se atrevió a tanto anterior y aun posteriormente en nuestra tierra. Carrillo aventó sospechas y fantasmas ideológicos y percibiendo el sonido de la realidad sobre la que incide el pensamiento de su movimiento político-social, produce una ruptura epistemológica de enorme significación. No importa silencios ulteriores, ni olvidos intencionales: esta claridad posicional abre el sentido revolucionario de su prédica y práctica sanitaria.

Como se ve, habla de una economía organizada, cuya organización-planificación no presente objetivos indefinidos, sino terminantes y claros “al servicio de la mayoría”. Todavía no se había enunciado la calidad social de la propiedad, pero se incubaba cuidadosamente para no perturbar su nacimiento constitucional, que ya llegaría.

Los pasos históricos indicados, son también los escalones que enuncia la teoría política del movimiento nacional en desarrollo y del que forman parte determinante, las exigencias de las prácticas obreras organizadas, frente a una nueva construcción de relaciones sociales justas.

Esos pasos reconocen validez fundante a la creación de una econo-

mía organizada-planificada, que vincule sus objetivos de eficacia, hacia una política social, que el Estado y la sociedad enuncian y practican, para que así sí, pueda elaborarse y resolverse la política sanitaria, que desarrolle la práctica de la medicina social que el país reclama.

Carrillo sabía que ya “no se pueden afrontar los problemas de la medicina de las masas, sin un criterio político y económico, sin un criterio, de justicia social”. Empieza a decirlo en su *Teoría del Hospital*.

Ahondaba su ubicación conceptual revolucionaria y lo hacía con la misma humildad y serenidad con la que realizaba su práctica cotidiana. Ponía esta simple afirmación doctrinaria, llena de conmovión prospectiva, en la sombra reparadora de las ideas que confluían para destruir la dependencia. Su formulación sobre la justicia social está inscrita en esa vocación antiimperial, densamente unida con el movimiento social del que formaba parte.

Con estas vinculaciones le otorgaba a la medicina límites insospechables para las viejas concepciones en funcionamiento en nuestro suelo. Pero además con este profundo criterio doctrinario, surgido de, la realidad en la que se disputaba el conflicto social. Carrillo abrió el ancho capítulo de la salud como consecuencia de las relaciones sociales de la producción vigentes.

La práctica por la Medicina Social está determinada por esas relaciones. Con ellas el movimiento nacional le enseña a detectar al enemigo histórico que identifican en el seno de las fuerzas colonialistas que mantienen la dependencia de nuestra realidad social.

Carrillo apunta a las transformaciones estructurales, cuando entiende que debe construirse una posición política y económica, que busque como resultado transformador a la creación de un estado comunitario de justicia social. Está empujado en su ímpetu transgresor para con la sociedad colonial, por las ráfagas que genera el movimiento nacional. Este es el secreto profundo de semejante cambio ideológico y de tanta voluntad práctica de cambio.

El sanitarista del justicialismo, se involucra protagónicamente en la construcción del nuevo edificio. Es parte del movimiento gestor de ese cambio y desde el mismo surgen las fuerzas para producir las prácticas sanitarias que contribuyen con el nuevo país.

Ya ha aprendido que estas circunstancias, económicas y políticas se unieron para desarrollar una práctica sanitaria eficaz, pero también ha comprendido desde la realidad en la que lucha, que esa política no había podido existir “hasta que no se tuvo una política social y económica”. La política sanitaria que pudo crearse, él también lo dice, “tiene personería oficial y hay una política de Salud Pública”, para que nadie piense en entelequias idealistas ni en gestaciones míticas o mágicas, porque “previamente se ha estructurado una doctrina política y económica” (Carrillo, 1974, pp. 28-29).

La elaboración de la teoría política y económica, otorgaba las bases para las prácticas respectivas: sin teoría no hay transformación posible. Esa teoría era a su vez la dialéctica consecuencia de las condiciones reales en las que se expresaba nuestro atraso y dependencia. Fue necesario hacer para que naciera la teoría y desde ella construir la transformación.

No hubo miedo, ni aparecieron limitaciones para el conocimiento. En nuestras tierras, hombres de sus propios dolores, producían la ruptura epistemológica, necesaria para construir el nuevo edificio. Sin economía organizada no habrá Política Social y sin esa Política Social, no puede soñarse con una política sanitaria autónoma, revolucionaria, fundadora de un país sano distinto

Esa fue la tarea gestora, muy difícil y muy compleja. Había que construir inicialmente esa economía de liberación, para sacudir el sueño aletargante que las fuerzas dominantes construyeron en tan largo y espeso tiempo.

Carrillo estuvo también entre estos humildes e intrépidos criollos que se plantaron con simples esperanzas nacionales; y no siempre el rumbo fue ascendente.

Escuchemos algunos de los retornos sorprendidos al tiempo viejo del edificio del individualismo idealista, que como en este caso, hasta pueden aparecer en los mismos territorios donde se pudo comprender la intensidad transformadora que volcaba el discurso de la comunidad organizada en actividad y que Carrillo incorporaba inteligentemente al seno de su teoría.

Es así que contradictoriamente en tiempos similares, volvió a creer en el criterio individualista como fuente inseparable de la doctrina sanitaria. Expresaba entonces que “el derecho a la salud comporta, como todo derecho, un deber social: el deber de cada individuo de cuidar su propia salud en el estado de salud, superando un instinto de conservación que no acusa reacciones más que en la enfermedad” (Carrillo, 1949, p. 256).

Ahora el deber social se transmuta en nuestra obligación individual de cuidar nuestra salud, en un desplazamiento llamativo, que silencia, al menos en este pasaje, todas las apreciaciones que vinculan a la salud con las prácticas sanitarias que son posibles en el interior de una Política Social, surgida del encadenamiento articulado de los trabajadores y el movimiento nacional, frente a la realidad cotidiana y con la determinación de excelencia que se permite una economía organizada para la redacción de nuevas relaciones sociales.

Se decía que había un deber social e inmediatamente se reduce ese ámbito de lo social, al “deber de cada individuo de cuidar su propia salud”. Hoy este criterio ha desnudado patéticamente toda la intencionalidad liberal para con la salud, es más, hasta ha ido trivializándose para terminar como simple “slogan” de ventas de servicios de medicina lucrativa, de medicina de mercado, sin dudas el sustituto de la sociedad del capitalismo más despiadado frente a la salud organizada por el Estado económicamente planificado.

La vibración individualista está, si no ajena, al menos separada sin reparos de toda determinación social, y puede volverse a escuchar en

otros ordenamientos del discurso carrillano. Parecen trozos conceptuales que han dejado de percibir el lenguaje de las relaciones sociales en transformación, están ligados, presumiblemente a resonancias lejanas, a engramas primigenios, desprendidos en el tiempo de la construcción conceptual revolucionaria que Carrillo articuló en su práctica social, para distinguir a la Medicina Social y producir su formidable gestión de gobierno.

Pero esas resonancias individualistas e idealistas están presentes en su discurso y parecen como resistirse a desaparecer frente a la teoría social que se está desarrollando. Afinemos un poco más la percepción y dejemos que sus palabras retomen el camino que esta sorpresa señala: “La salud —decía también Carrillo—, es sinónimo de bienestar [...] y el bienestar implica casi de hecho la felicidad por las relaciones de causalidad”. Menciona el bienestar y la felicidad, sin destinos claros, si se dirige al individuo, o a la sociedad, si se trata del bienestar del individuo o del bienestar social.

Sin embargo irá acentuándose en esa reflexión un llamativo tono individualista, al querer definir el alcance del concepto de la felicidad. Responderá indicándonos: “cierto es que este problema inasible de qué es la felicidad; de si consiste en el bienestar o si consiste en la salud, o si consiste, luego de muchas luchas, en el espíritu, no puede ser resuelto y quién sabe si será resuelto jamás, sino a través de grandes disquisiciones filosóficas y luego de haber tomado cierta posición filosófica ante la vida y también ante la muerte y el destino final del hombre”.

Tampoco se escucha aquí el rumor del conflicto social y la captación total de la salud-bienestar-felicidad, se vincula con el espíritu, en una detección metafísica, que se deposita sobre la vida, la muerte y el destino final del hombre. Quién sabe si pretendió evocarlo, o si es una reminiscencia muy remota que volvió por sí misma, o si solo es una simple coincidencia transmutada de la historia del conocimiento, pero este pasaje recuerda al Leibniz que buscaba la fuerza máxima del Esta-

do, para garantizar la felicidad, como intención última del individuo.

Esa mención intensa de la felicidad, se produce cuando Carrillo está meditando en torno a las conquistas de la sanidad argentina y no es minúsculo momento para así negarle significación a esta identidad del bienestar, la felicidad y la salud. Estamos en febrero de 1951, después de una labor de gobierno plena de luchas y de resultados alentadores para su campo sanitario. Por eso el desconcierto que produce este retorno a una metafísica espiritual e individualista, a una remisión casi mágica al destino final del hombre.

Pero todavía pueden sentirse mayores resonancias para el desconcierto. En seguida va a utilizar una aclaración que permite sospechar que desea en ese momento dejar de lado aunque más no sea por un tiempo, su postura social unida en vínculo decidido con la doctrina que está construyendo el movimiento que expresa el pueblo de la patria.

Seguirá esta inclinación individualista e idealista, en esta reflexión que anotamos, señalando como nunca lo hizo, ni lo hará en otro pasaje de su pensamiento, que esto que está afirmando es una “opinión personal”. Pone distancia con su vital articulación con el movimiento nacional. Ahora lo dirá a título personal, como si viniera de su profunda identidad personal, sin contaminantes, ni influencias y como si quisiera creer que esto es cabalmente posible.

“Yo creo —dice, opinión personal, claro está-, que la salud si no hace a la felicidad, es una parte fundamental de la felicidad, porque sin ella no puede haber felicidad”. Con esta afirmación se siente en condiciones de continuar con la reflexión: “El Renacimiento alía el ideal griego (felicidad igual a salud) y el romano (supremo bien residente en la armonía de las cosas y en la belleza); la felicidad es el goce integral de la vida: belleza, armonía, salud, cultura y de los bienes”.

Para Carrillo está heterofinalidad de goce, placer, poder, esta teleología emocional, conduce al capitalismo primitivo, del que hace derivar a la era contemporánea, como en una sucesión inexorable de ideas en

un mágico encadenamiento más allá de toda y cualquier vinculación determinante. En esa era contemporánea, indica, que por ejemplo se cree sin restricciones que “tener dinero es tener felicidad, salud y poder, el cual es absurdo”.

Desde aquí se van a deslizar reflexiones que colocan al discurso, construido a título personal y presuntamente académico y científico, en el borde de la simplicidad ahistórica, extraña al pensamiento carrillano de gran parte de su obra y por lo tanto, una vez más, desconcertante para su interpretación y comprensión: claramente contradictorio.

Mostrará sin restricciones, que para él, “las fuerzas del espíritu [son] las fuerzas más poderosas de que dispone la humanidad”, sin fisuras, ni convencionalismos políticos y filosóficos se alinea en el marco de un convencimiento idealista hegeliano, para repicar que esas fuerzas espirituales “desgraciadamente han desencadenado otras fuerzas que el hombre no puede controlar, no puede poner en orden”.

Carrillo sucumbe aquí ante la influencia religiosa, mítica, del maniqueísmo del Bien y del Mal, convencido, al menos en esta ocasión, que no hay control posible para las fuerzas del mal. Estas fuerzas avanzan sobre la sociedad, mejor ubicadas conforme su razonamiento, avanzando sobre el hombre, para bloquear su bondad.

No se perciben las experiencias carrillanas con la comunidad nacional, se han disipado sus influencias y no se experimenta la existencia de otras causas que las posibles causas del bien o del mal, para proporcionarle el destino de esos hombres. Surge así, un pesimismo insalvable y entonces será hora de profetizar que “el mundo padece hoy de perversidad, por el desorden en que vive. Y vive convulsionado porque el espíritu del mundo padece de ese concepto erróneo de que el dinero, el poder, producen la felicidad”.

A continuación ratifica un compromiso que aparece al menos, como infrecuente en su razonamiento. Volverá, reiterativo, sobre un sentido individualista de la salud asegurándonos que “los médicos que sabemos

que la salud, es decir la armonía y la belleza del cuerpo y del espíritu son la base de la felicidad y no el dinero, que es un medio y no un fin, creemos que el mundo necesita grandes dosis de bondad y de tolerancia, esa bondad que nos viene de Dios y que se canaliza hacia nosotros por el espíritu”.

Tiene que llamar la atención la falta de rigor científico, además de la falta de consecuencia con postulados anteriores, en torno a las relaciones sociales y la salud, que se movilizan en estas apreciaciones. Aquí la salud es armonía y belleza de cuerpo y espíritu y no aparecen ni conflictos, ni contradicciones ni componentes ajenos al individuo que padece o contiene al proceso salud-enfermedad.

De esta manera, en una clara consideración “*en si*” del individuo, con una valoración inmanente de su salud, no puede sorprender la inclusión del concepto idealista de bondad, para que desde una comprensión metafísica, Dios conduzca el espíritu de los buenos.

Carrillo señalará esta coincidencia mágica, en un extrañamiento de su postulación científica, histórica y social. Dios y los espíritus deberán coincidir para ordenar los criterios que pueden seleccionar las virtudes necesarias para una sociedad teórica que, al menos religiosamente, pueda servir para la proyección de la humanidad.

Así es como se entiende la tendencia de este capítulo de su formulación que nos expresa que “necesitamos hombres buenos, cada vez más buenos ya que el número de los perversos crece por si mismos”. El trabajo político, la práctica sanitaria y social, pueden entonces inclinarse hacia hallar, o contribuir a crear a osos hombres buenos, que con llamativa ingenuidad Carrillo introduce, más allá de toda otra formulación política, económica y social. Las relaciones sociales ahora están sustituidas por el nivel de presencia cualitativa de una religiosidad para los hombres buenos, o los perversos.

Ha vuelto a envolver cualquier razonamiento político o filosófico el fantasma idealista del Bien y el Mal, de la luz y de las sombras y en este

caso, Carrillo en el éxtasis de su idealismo individualista, en una posición personal alejada y ajena a tanta otra militancia científica y práctica gubernamental, dirá todavía más: “un solo hombre bueno, en la plenitud de la bondad, puede transformar todas las cosas y orientarlas hacia el logro del fin supremo que es el reino del hombre” Carrillo, 1951, pp. 404-405).

Ha sido un mensaje de lineal religiosidad, parece vertido por un integrante de alguna secta espiritualista simple y mística, con densidad individualista y con superficialidad mágica, desconcertante para un discurso científico como el que Carrillo ha alcanzado en su práctica social y si bien es cierto que este razonamiento estaba dirigido a un auditorio no médico y en tal oportunidad llega a disculparse por algunas definiciones elementales que dice utilizar, en el mismo se evidencian las discontinuidades que pueden suceder, en quienes dejan de lado en algún momento, sus determinaciones conceptuales vinculables con el movimiento social que los nutre y los programa para el destino histórico que el pueblo estructura.

En este texto está vibrando y persiste en algún resquicio del inconsciente carrillano, su voluntad para no destruir del todo los resabios de sus raíces idealistas que lo mantienen unido a su origen y quieren ligar su destino.

Ese destino está atrapado, como todo idealismo en el concepto de Razón, de la luz de la razón, concebida como el otorgamiento de un Origen y la evidencia de un Fin, de un punto de arribo teleológico.

El origen carrillano, aquí en está su desnudez espiritual, candorosa y simple, lo remite a la finalidad, hacia ese “fin supremo que es el Reino del Hombre”, para encontrar el sentido de la existencia, de la historia, el resultado teleológico proyectado desde y sobre esa partida de origen.

No puede jamás plantearse la cuestión del génesis para los hechos y los objetos, más que en función de la idea que quien lo plantee. Carrillo entre ellos, se forje del Destino de su Final, ya sea que se trate de la te-

leología de la providencia divina, o de alguna construcción utópica que poco tiene que ver con la ciencia concreta.

Como en estos rumores temáticos que conjuga Carrillo, este discurso acuerda mucho más con la religión, con el espíritu deformado, aunque eso se parezca al espiritismo, que con la filosofía y la ciencia. Patética contradicción para con el resplandor organizativo sanitario más espectacular que reconozca nuestra historia social.

Ha sucedido aquello que indicaba Roberto Arlt, no parece posible “pensar en bordados” cuando se escuchan “los ruidos de un edificio social que se desmorona inevitablemente”, y estamos contribuyendo a la construcción de una nueva sociedad. Reparar “en bordados”, demora o entorpece esa nueva construcción, o lo que es peor, no facilita la tarea del derrumbe de lo viejo. Carrillo volvió a pensar en sus bordados viejos limitados a una ancestral concepción individual y religiosa que lo llevó en este instante de 1951, a una conceptualización cabalmente en retroceso.

Es cierto que en ese caso, como se ha dicho, se dirige a un público no totalmente profesional, pero el desconcierto estricto que arrastra su postulación, aun se ve acentuado por esa suposición teórica que abarca su disculpa, de creer que solo médicos pueden comprender a fondo el concepto y la extensión de Medicina Social. Es más, se podrá evidenciar su retorno a viejos bordados carentes de rigor científico, en otros textos y otras intenciones, que en definitiva tiñen parte de su pensamiento.

En realidad estas contradicciones existen y descubren el punto de origen, la potencialidad genética del pensamiento carrillano. Se trata de oscuridades temporarias cuyas legalidades están ofrecidas en esos puntos de origen. Hacen a sus células iniciales que formaron un aparato conceptual arraigado a su clase y a su historia.

Entonces la batalla se agiganta, porque con esa génesis idealista y liberal, Carrillo consigue en gran parte, en lo más notable de su tarea, desarrollar una teoría constituida desde su práctica política, científica

y social, que tuvo la enorme virtud de aplacar en buena medida las vinculaciones que lo unieran a tales bordados.

Pero no es posible caer en idealizaciones marmóreas o bronceas. Carrillo no es una estatua ideal, que sea necesario preservar. Su pensamiento también conoce las contradicciones y las conoce en la hondura más persistente de la negación. Allí es donde hay que buscarlas, para que reconocidas nos otorguen la ventaja de entender la eficacia social que alcanza su pensamiento y su acción, cuando convocan a la transformación revolucionaria.

Analicemos, por ejemplo, esta otra afirmación que está presente en uno de sus libros fundamentales, en la Introducción de su *Teoría del Hospital*.

“La salud no es, en sí misma y por sí misma, el bienestar, pero sí es condición ineludible del mismo. No es pues un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social. Porque no se trata de asegurar la salud para un goce más o menos epicúreo de la vida, sino para que el hombre se realice plenamente como ser físico, intelectual, emocional y moral, afianzando su conquista del medio exterior y de su propio dominio interior”.

Hemos vuelto a razonar sobre Carrillo, el constructor nacional de mayor nivel creador, en el campo sanitario de nuestra historia. Pero no por ello debe mitigarse el rigor científico y filosófico con el que se lo debe registrar. En tales condiciones apreciamos que como se ha mostrado en otras partes, en otros tiempos, epistemológicamente la salud como condición de bienestar, constituye una tautología; que no tiene verdadera entidad científica tal afirmación y oscurece toda apreciación científica que se sostenga en ese convencimiento.

Además y esto es substancial y definitorio para el pensamiento estructural de la sociedad, la salud no es un medio, menos un medio social, para que el hombre consiga su realización, como ser físico, intelectual y moral. La salud es resultante de las condiciones genéticas

vinculadas con las relaciones sociales de producción y su presencia por lo positivo-negativo, solo sirve para afirmar determinadas condiciones que articulan y caracterizan esas relaciones sociales.

Fijémonos asimismo que en este texto cuando Carrillo habla de la realización plena del ser, en una aplicación ideal “*ser en sí*”, menciona sus parcialidades circunscriptas a lo físico y espiritual, esto último como síntesis de lo intelectual, lo emocional y lo moral, restando para abarcar a una mayor totalidad, aquello que hace a la esfera social y sobre la cual con tanta insistencia ha contribuido en otras oportunidades.

Este engeguamiento que no se evidencia solo en las parcialidades, sino en la integralidad del entendimiento de este texto, resulta como consecuencia de un retorno inconsciente, primario, hacia el ser individual y en tal afirmación, no es difícil que cuando menos, el discurso carrillano impulsado por esos bordados del viejo idealismo subjetivo, es evidentemente insuficiente e inapropiado. No muestra rigor epistemológico y para el mecanismo intelectual arltiano, termina enredado en esos viejos bordados.

Contradictoriamente, estos enredos, que existen y son densos y frecuentes, ofrecen la perspectiva de reconocer la dimensión transformadora que adquiere su teoría y su práctica sanitaria, cuando abandona esas posturas irracionales e individualistas y redefine el objeto de conocimiento, del objeto de la Medicina Social que estaba fundando.

Veamos otra de las traiciones que le hacen jugar aquellas energías genéticas de sus bordados individualistas, que nos permiten completar la anterior, pero encontrar de inmediato, en el mismo texto de su *Teoría del Hospital*, el retorno al ancho carril de su ideario transformador.

Nos indicará primero que “mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad psicosocial, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana”.

Vuelve a sus consideraciones individualistas, retorna al razonamiento idealista del hombre o del ser en sí, como esencia insuperable y defi-

nición última de la verdad. Pero él mismo va a descubrir la trampa de haberse entreverado en “pensar en bordados”. Lo hará unas pocas páginas más adelante en la misma *Teoría del Hospital*, dejando entonces de lado estos fantasmas iniciales de la inexorabilidad individualista de la medicina, en la que tantas veces pudo enredarse.

Allí les recomendará a los médicos argentinos que “aprendan a sustituir la medicina de la enfermedad por la medicina de la salud” produciendo con esta reubicación de la práctica médica, una verdadera revolución para los tiempos argentinos y la medicina argentina a la que se dirigía. Pero llegará más allá aún, retomando su íntima vinculación con el nuevo objeto del conocimiento de la Medicina Social, que había surgido de la nueva dimensión de las relaciones sociales que los trabajadores y el pueblo estaban creando. Dice entonces que “es preciso que destierren un dogma que ha hecho mucho daño a la Medicina Social”, va a referirse al mismo dogma que sobre el proceso salud-enfermedad él había utilizado, esas pocas páginas antes. “Desde que entramos en el hospital [continúa], como practicantes, todos nos dicen: *No hay enfermedades, hay enfermos*. Entonces nosotros nos dedicábamos a ver enfermos de acuerdo con ese dictado práctico de la medicina individual”.

Es Carrillo quien lo dice y lo reacciona ardientemente, como si al retomar el reclamo de las voces de los trabajadores, de su movimiento y de sus redefiniciones del objeto epistemológico, lograra despojarse de estas perversas tonalidades individualistas de su viejo idealismo subjetivo, que le impedían el conocimiento preciso de la realidad social. No es posible pensar en enfermos, individuales y ahistóricos. Por ese rumbo, no se obtienen los objetivos que señala y busca el nuevo objeto de conocimiento.

Ahora es preciso contar con la valentía de “destruir ese dogma que es perjudicial para la concepción de la Medicina Social”. Porque ha llegado el momento de entender que “interesan las enfermedades y mucho más que los enfermos aisladamente considerados, porque ellas afectan

a las colectividades” (Carrillo, 1974, pp. 18,17 y 43).

Seguirá su visión y comprenderá que no está interesado el médico y el hombre de Estado, en el enfermo, “sino en su enfermedad: conocer por qué existe” y aunque limita su orientación hacia “las causas nosológicas”, podemos creer que entre ellas también están comprendidas con la determinación de excelencia, que hemos mencionado y que Carrillo mismo reconoce concretamente, las articulaciones económico-sociales de la salud-enfermedad. Por eso reiterará que no hay enfermos, sino enfermedades y coloca así una vez más su pensamiento en el centro del rumbo que las relaciones sociales le han dictado.

Hemos reencontrado la tendencia predominante del Carrillo transformador: de aquel que tanto contribuyera al desmoronamiento del edificio social, como a la construcción del nuevo armazón de la sociedad justa que hay que levantar. Estamos ahora en el centro de la fragua que Hipólito Yrigoyen evocara para pensar en la creación fundamental.

Para el desarrollo de su Política de Salud Pública, Carrillo define con alto valor didáctico, las tres ramas médicas que contribuyen a dicha sanidad y que constituye uno de los aportes técnico-metodológicos, que tanta significación alcanzará para su desenvolvimiento conceptual y para la división efectiva de su práctica política sanitaria de la mitad del siglo XX.

Hablará entonces de la *Medicina Curativa o Asistencial*, que le otorga a la enfermedad el carácter de un hecho consumado, generado y desenvuelto dentro del ámbito biológico del individuo, recalcando que en esas condiciones se produce “sin acuse de influencia de otros ámbitos y orígenes que los que comprende la entidad viva”.

Sigue después con la Medicina Sanitaria relacionando con el medio ambiente biofísico (clima, temperatura, bacterias y virus) “a las morbo-patías que inciden sobre grupos e individuos”.

Coloca finalmente como rama médica de la sanidad pública a la Medicina Social, que “esclarecida por el análisis de las enfermedades que cau-

san una estrecha relación causal con la arquitectura y la dinámica del co-mundo de la socialidad, otorgan a la jerarquización de los problemas una inobjetable unidad conceptual y práctica” (Carrillo, 1951, p. 270).

En su programa operativo para 1949-1952 a la primera, a la Medicina Asistencial, le otorga el carácter de hecho consumado que señaláramos y que debe su recuperación y reparos en el camino biológico del individuo.

Para la Medicina Sanitaria acepta como factor de enfermedad al medio biofísico que incluye factores como el clima, la temperatura, los gérmenes y parásitos.

En tanto que la Medicina Social, a la que llama también Preventiva, la cimenta en la consideración de los factores indirectos de salud del ámbito económico-social (vivienda antihigiénica, ignorancia de la higiene, alimentación irracional e insuficiente, trabajo insalubre).

En atención al destacado desarrollo que estas ideas de las tres ramas de la Salud Pública ha obtenido a lo largo del tiempo, podríamos introducir un juicio crítico sobre las mismas, teniendo en cuenta la visión actual del tema, más de cuarenta años después de enunciadas, y por lo tanto sin menoscabar el volumen de la importancia que las mismas tuvieron y en algún sentido siguen teniendo, para el avance de la Salud Pública.

El primer juicio está referido al hecho que la división didáctica que se hiciera sobre la medicina, se proyectó sobre las realizaciones prácticas y produjo una separación limitante entre ellas, que no permitió la eficacia esperable de una síntesis totalizadora.

Por otra parte Carrillo está instalado en un momento metodológico, que asume una visión programática centrada en las grandes patologías, aun por encima de sus recomendaciones teóricas de virar de la enfermedad hacia la preocupación central de la salud. Ante tal visión sus prácticas se dirigen preocupadamente hacia la corrección de la morbilidad, llegando a sentir su presencia, como una “cosa en sí”, insustituible, pero ajena, o alejada de otras conexiones, aun las inexorables de las vin-

culaciones sociales para todos los casos, que el propio Carrillo indica en su práctica teórica.

Se trata, sin dudas, de una postura acorde con el desarrollo de la Salud Pública en ese momento de la mitad del siglo, pero ello va a conducir a una deformidad programática, que ofrece como resultado, una enormidad de planes y organismos específicos, para cada una de las grandes luchas contra las patologías definidas. Hoy se entiende que tal esquema programático tiene la enorme dificultad de desconocer las últimas relaciones que unen a cada cuadro patológico con la realidad circundante, su alejamiento de una visión de síntesis y de eficacia social, que puede construirse desde la clara frontera de la salud enfermedad y no de las morbilidades específicas; y finalmente la multiplicidad de esfuerzos y presupuestos repetidos, a que conduce esa visión compartimentalizada de las patologías prevalentes.

Pero quizás la crítica más notoria, es aquella que podemos plantear como lo hemos dicho, desde la propia conceptualidad carrillana de la salud. Estas tres Medicinas apuntaron en buena medida, preferentemente hacia la patología, al menos en esa visión programática. Felizmente para los resultados, la práctica cotidiana acrecentó la preocupación por la salud, especialmente en el campo de la Medicina Social y produjo la revolución práctica que podía esperarse.

Esta modificación para evitar las contradicciones de la teoría y la práctica ante la realidad, también se palpa en sus textos.

Miremos esas mismas palabras preliminares de su *Políticas de Salud Pública*. Allí dice, como ya los expresáramos, que la Medicina Asistencial se refiere a la enfermedad como hecho consumado, la Medicina Sanitaria, busca “las morboopatías” relacionadas con lo biofísico y la Medicina Social incluye “las enfermedades que acusan una estrecha relación causal... con la socialidad”.

En los tres casos, a la hora de la planificación se puede pensar con preferencia en la enfermedad, demorando el gran cambio de la concep-

ción, aunque resultará evidente que en la realidad cotidiana y mucho más en la práctica de Ramón Carrillo, también la salud intervendrá como variante de excelencia.

Lo va a expresar algunas páginas más a delante, donde aprovechará para brindar mayor exactitud operativa: “Ya me he referido a las tres ramas de nuestra medicina: la *Asistencial* que es pasiva: toma al enfermo, lo hospitaliza, lo cura; la *Sanitaria* que es defensiva: previene, atiende el ambiente biológico (los gérmenes, etc.) y el físico que rodean al individuo y se caracteriza por el centro sanitario y finalmente la *Medicina Social* que es activa, porque va en busca del enfermo tanto como el sano, por los centros de salud también de nuestra creación”.

Esta última sección de la medicina, conforme su visión didáctica-operativa, representa para Carrillo como la culminación teórica y también práctica de su concepción frente a la salud. La Medicina Social es su campo esencial, en el que consagró gran parte de su vocación transformadora, de su conceptualidad revolucionaria, dirigida como él mismo concreta “sobre los factores indirectos (alimento, vivienda, trabajo, jornales, ignorancia, etc.) y sobre todos los individuos sea cual sea el sector a que pertenezcan” (Carrillo, 1951, p. 402).

A partir de allí, puede ensayar una definición abarcativa de la Medicina Social y expresará que es “una rama de la Salud Pública que tiene por objeto: a) organizar la lucha contra los factores indirectos de la enfermedad y la mortalidad; b) luchar contra sus consecuencias, las enfermedades crónicas invalidantes; y c) asegurar, en lo posible, la prolongación de la vida útil del hombre”.

Es cierto que ubica como primero de sus objetivos el emprendimiento de la lucha social contra aquellos factores que llama indirectos y que enunciará reiteradamente como para que no puedan olvidárselos, o descuidar esta, que es una de las prácticas esenciales para conseguir la salud; también es cierto que dichas enunciaciones no muestran una ponderación política práctica para con las mismas y por el contrario

aparecen como encolumnadas sin descontar diferencias cualitativas, con referencia a los grados de determinación que ejercen sobre la salud.

Esta simplificación lineal, para con los determinantes vinculados con las relaciones sociales existentes, tornan a su propuesta teórica muy cercana a las valoraciones virchowianas, repletas de cargas motivacionales, pero vaciándose los contenidos científicos para el cambio.

Sin embargo, esa linealidad teórica, deja paso a una militancia social, expresada en la práctica sanitaria carrillana, en la realidad de su gestión gubernamental, que a veces torna paradójal el cotejo con algunas partes de su teoría, con las construcciones que desarrolló en su incomparable tarea a lo largo de todo el país.

Lo cierto es que cotejada en profundidad, su conceptualización teórica le pudo haber resultado estrecha, porque frente a su realidad operativa, puede pensarse que fue siempre su marco teórico una etapa en permanente desarrollo al calor revolucionario de esa labor incontenible. El tiempo no fue suficiente para consolidar con total precisión el aparato ideológico que su tarea posibilitaba.

Carrillo se dio cuenta como nadie antes que su práctica debía abandonar los límites cercados de la endomedicina y salir a resolver las contradicciones sociales en las que se definía el nivel de salud de la comunidad, ese paso fue fundamental y con él produjo una modificación invalorable en el quehacer, de pensamiento y de acción del campo sanitario nacional.

Al indicar con insistencia el peso de los factores indirectos sobre el objeto salud, aun en la simplificación lineal que hemos apuntado, comprendió definitivamente que toda modificación de los mismos, era en gran parte ajena a la práctica sanitaria en sí. Estaba vinculada con la sociedad y allí se establecía la gradación cualitativa determinante de tales factores: era entonces en la sociedad donde debía desenvolverse la lucha para resolver tales determinaciones.

Resulta evidente que esta proyección insustituible y específica hacia la

sociedad para con las prácticas sanitarias y viceversa, ha tenido que ver con la influencia señalada de la práctica social que producía el movimiento nacional del que Carrillo formaba parte esencial. La política social que protagonizaba especialmente la clase trabajadora, iba en búsqueda de la creación de la justicia social y tal tendencia práctica, dicta y determina la expansión del horizonte de metas y objetivos de la Salud Pública.

Dice en su *Política de Gobierno* que esos objetivos fundamentales, que son inmutables y permanentes puede enunciárselos como los siguientes: a) curar los enfermos; b) prevenir enfermedades; c) sanear los ambientes, especialmente el suelo, el agua y el aire; d) luchar contra los factores sociales de la enfermedad; e) cuidar el desarrollo físico y mental de la población; f) prolongar la vida útil del hombre; g) mejorar las posibilidades del caudal biológico de la nación para mantenerlo con el máximo rendimiento de trabajo” (Carrillo, 1951, p. 402).

En la realización práctica de sus planes se producía el enfrentamiento con las contradicciones que establecían las relaciones sociales resultantes, de un país dependiente que buscaba su independencia económica, política y social.

Calculemos la enorme distancia que separa esta concepción, con la que fue su posición de neurocirujano acostumbrado a una visión patológica, individual y específica para cada enfermedad que debía enfrentar. Menos de diez años después, su vocación política sanitaria, su pertenencia a su movimiento social y su práctica cotidiana, lo proyectan hacia la transformación de la sociedad, porque ese es el campo donde actuaban los trabajadores y los integrantes de ese movimiento, que con la meta de la justicia social estaban dispuestos a cambiar al país dependiente, en ese terreno planteó la práctica sanitaria, en el que debían actuar los médicos y todos los trabajadores de la salud, que estaban dispuestos a acrecentar los niveles de salud del país.

Para Carrillo la medicina debe orientar “su acción no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia

los indirectos, la miseria y la ignorancia, comprendiendo que esos componentes sociales: la mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos” (Carrillo, 1974, p. 20).

En esa misma postura es que se recuerda insistentemente su afirmación sobre la salud, que está unida a la más elocuente de sus visiones sobre la Medicina Social del mundo civilizado y que puede ser observada como su decidido rompimiento con la vieja y tradicional medicina organicista, biológica e individualista de la que él venía. Decía, en ese sentido, que para la salud, en la identificación causal no correspondía apuntar contra los microbios porque “frente a las enfermedades que generan la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedad, son unas pobres causas” (Carrillo, 1951, p. 494).

Estas son las concepciones que fueron elaborándose, ante la intensidad de sus prácticas sanitarias planteadas en el seno de la sociedad. Así construía la teoría transformadora que debía apuntalar tales cambios, planificados por ejemplo, para desarrollar esos siete acápites que acabáramos de recordar y que mostró su obra perdurable, en la expansión formidable que realizara con la capacidad instalada estatal, con su política nacional de medicamentos, con las prácticas específicas para el desarrollo de los Recursos Humanos del sector, su lucha contra el paludismo, la tuberculosis, la lepra, el mal de Chagas, la mortalidad infantil, la salud materna, la salud ocupacional, el saneamiento ambiental, etc.

Recordemos, como ejemplo, su práctica gubernamental, con relación al Hospital Público. Su objetivo de diez camas hospitalarias por mil habitantes no pudo alcanzarla. Pero igualmente produjo un desarrollo inusitado para con la oferta hospitalaria nacional, al duplicarla, sin dudas en cantidad y en calidad, alcanza metas que no conocen antecedentes, ni con anterioridad a su gestión, ni con posterioridad a la misma.

Este episodio ejemplar de su preocupación práctica, por esta oferta pública de los servicios hospitalarios mereció ser denominada “la revolución de la capacidad instalada”, no solamente por haber duplicado el número total de camas habilitadas para el país, sino porque desde una práctica eficaz y de alta eficiencia, con hondas connotaciones humanas, le otorgó a los establecimientos públicos una funcionalidad orientada hacia el concepto integral de la salud, que proyectó de manera diferente la labor hospitalaria. Su objetivo esencial se inscribe en el concepto moderno de eficacia social, que modifica los términos mercantiles y lucrativos que se respaldan en las ecuaciones de costo-beneficio y costo-eficacia. El consciente desarrollo de esta práctica hospitalaria, desenvuelta pacientemente en todo el país, permitió construir su sólida *Teoría del Hospital*, que aún hoy en muchos de sus aspectos, no ha sido superada.

Carrillo había creído con verdadera pasión en los objetivos claramente ampliados de la expansión hospitalaria que protagonizara, no obstante lo cual su penetración concreta de la realidad que con su práctica política contribuía a transformar, como así también la visión proyectiva de la que frecuentemente rindió testimonio, le hacía exclamar que “si bien el Hospital satisface una necesidad inmediata y la resuelve, el Programa General de Salud Pública debe tender a que cada vez sea menos necesario el hospital”. “Hospitales numerosos y siempre llenos”, [sentenciada con sobrado conocimiento profesional y político] señalan un fracaso de la técnica de Salud Pública”.

Estas convicciones son las que apuntalaron su máxima preocupación en la Salud Pública, en sus prácticas en la órbita de la Medicina Social. Allí reside la sorprendente creación de un médico, nítidamente organicista, cabalmente intervencionista; de práctica individualizada e individualista, que produce una transformación hacia una medicina de masas, de los sanos antes que de los enfermos, de materia preferencial del Estado y la sociedad antes que de médicos y remedios, sostenida por una Política Social definida y terminante, apoyada sobre una economía

organizada, planificada, en favor de las mayorías. Esta transformación, este acontecimiento, aun planteado en el terreno limitado de lo personal no tiene ni remotamente explicación individual o personal.

Carrillo, ese ejemplar del acontecimiento, es la mejor expresión de un producto histórico-político, de un movimiento social que articuló el cambio de la sociedad, que hizo posible su formidable tarea transformadora, más allá de enredos “en bordados” y de imprecisiones teóricas, que solo logran humanizar aún más su papel en la historia sanitaria argentina. Tuvo la dimensión política creadora que le otorgó esa pertenencia a un movimiento social revolucionario, y las limitaciones que fueron posibles, por el tiempo de desarrollo teórico práctico de una doctrina que debía determinar el sentido histórico de su próximo siglo y apenas llevaba un lustro de desenvolvimiento social.

No era fácil encontrar la paz y el tiempo suficiente para pensar “en bordados”. De allí que pudiera sentirse al Estado desde todas las vinculaciones limitantes idealistas, liberales y contribuir sin embargo a construir un Estado Social que permita modificar las relaciones sociales resultantes de una injusta apropiación de la riqueza, sucediendo en un país dependiente del Tercer Mundo.

Nuestro santiagueño sanitarista creyó en el Estado que Platón identificara con la justicia, así, sin aditamentos y de plena resonancia ideal, en el de Aristóteles, cuya finalidad era el bien común, que retoma esa vinculación con la justicia, en la articulación de un buen gobierno en la “polis”, en el Leibnitz que abarcaba la felicidad, en la que tanto confiara o en el de Kant que lo igualara con la libertad, o en fin y como síntesis de pensamiento disponible para su vocación, con el de Hegel, que como se ha señalado más arriba, resulta la expresión esencial del espíritu.

A veces pareciera como que pudiera llegar a intuir la existencia intelectual del Estado de Max Weber, como la expresión política de la organización suprema, funcionalmente eficaz para las relaciones humanas del poder, pero es indudable que Carrillo percibió más estas influencias

anteriores, todas ellas variantes sometidas al hábito imponderable del idealismo, frecuentemente subjetivo. Cobijado en tales calores desde ellos debió agrupar sus fuerzas para contribuir a construir un nuevo edificio social, después de haber intervenido con las mayorías nacionales, al desmoronamiento del viejo armazón oligárquico-dependiente.

Supo sin embargo y además, que no podría negarse a integrar las disposiciones militantes de los que preventivamente pensaban al Estado, como una fórmula de preparación del organismo supremo, superador del estado de naturaleza hobbesiano, en el drama de la guerra de todos contra todos, como también y en cada caso, como dominio de la Razón, de una razón que los trabajadores y desposeídos argentinos no habían creado, bajo la cual penaban en injusticia y enfermedades.

Su militancia política, obstinada y genéticamente nacional, le enseñaba, aun imperfectamente y con acentos intuitivos, con las mayorías en la construcción de sus nuevos destinos, que el Estado representaba la estructura máxima que reflejaba la situación resultante de las relaciones sociales en tales injusticias y enfermedades, a las que conducían la base social dependiente de otras expresiones dominantes.

Esta práctica social cotidiana, lo llevó a Carrillo a convencerse que el Estado oligárquico-dependiente conforme lo demostraba en su lucha el movimiento político nacional, tendría que darle paso a otra estructura que expresara la voluntad transformadora que el mismo proyectaba.

Por eso no importan las demoras “en bordados...” y aunque pueda enredarse en composiciones teóricas que lo arrimen a un destino teleológico del Estado no precisamente noble para nuestras proyecciones, como aquellas de la justicia, el bien común, la libertad, la felicidad, la mágica expresión del Espíritu, el funcionalismo del poder, su obstinada militancia popular ya le dice que tales fórmulas esconden aquello que él y las mayorías ya han descubierto, palpando a ese Estado que hasta ahora ha estado inclinado hacia el interés específico de una parte de la sociedad, en defensa del bien particular de los grupos dominantes.

Ahora ya han identificado al enemigo y para la estrategia de la práctica profunda ésta es una exigencia ineludible. Desde allí se integra decidido a la construcción del Estado Nacional esperado.

Esa es su práctica específica para todos sus años de militancia social, por la cual dejara atrás, en la realidad de su trabajo y de la intencionalidad programática de su fuerza revolucionaria, sus enredos anteriores en bordados teóricos insustanciales, simplemente especulativos e ideales.

La gestión de gobierno es la más clara expresión de su contribución con las transformaciones destinadas a recrear un Estado distinto. La práctica social que Carrillo desarrolla empecinadamente, es el lenguaje cabal de su visión diferencial con aquellas especulaciones idealistas.

Trabajó incansablemente en esa dirección, la misma que seguía su movimiento político-social. Pensó sin reparos, en identificación histórica admirable otra vez con Roberto Arlt, o por simple metáfora de la realidad, estuvo incluido en los designios de las esperanzas arltianas. Ahora sabía que los desposeídos no podrán ser expulsados de la historia, ahora entendía como Arlt que “el futuro es nuestro por prepotencia de trabajo. Crearemos nuestra literatura no conversando continuamente de literatura, sino escribiendo en orgullosa soledad libros que encierran la violencia de un *cross* a la mandíbula”.

Sus teorías sobre la Medicina Social, los hospitales, los centros de salud, su identificación con la situación básica de la revolución sanitaria, sostenida por la transformación económico-social, en fin, la construcción de una Política destinada a corregir la dependencia con las fuerzas dominantes, aún resuenan con la estremecedora “violencia de un *cross* a la mandíbula”, de nuestro enemigo ancestral y presente.

Delineó en los carriles de esa postura, una Política Social que no se conformó con descubrir la realidad, “esa injusta realidad real” que el país padecía. Con toda su pasión de un trabajador empecinado, aún en sus contradicciones ideológicas y filosóficas, su práctica política se encaminó hacia una decidida transformación de la realidad.

Como refería Roberto Arlt su violencia transmutada en ese *cross* a la mandíbula de la dependencia, en el campo sanitario le permite creer en el futuro, porque no realiza su práctica con la salud para negar la realidad deformante y no producir su cambio, practicando por el contrario una adaptación reformista para tal realidad. Sus construcciones y doctrinas, no interesan por el método, no siempre rigurosamente científico, ni por su armonía teórica, no siempre clara y sin contradicciones, lo que verdaderamente importa fue el objetivo inseparable de la creación de una sociedad distinta.

Ahora podemos recuperar específicamente la idea sobre práctica política que se ha indicado precedentemente. Nos sirve para apoderarnos del instante de optimismo arltiano, en el que Carrillo creyó y apostó ciegamente, trabajando para un futuro distinto de nuestro país.

La *práctica política* de la que hablamos, debe comprendérsela como aquel trabajo de cambio de la realidad, efectuando sobre un objeto determinado, sobre una situación dada, como la situación sanitaria, para lograr producir algo nuevo que constituya una ruptura con los elementos dados y cuya modificación proyectamos. Es entonces, la labor de transformación de la realidad social que encontramos, para encaminarnos a aquella otra que se aspira.

Suele pensarse que la práctica política se refiere a la actualidad, al instante de la coyuntura. Más aun teniendo en vista la situación de conflicto que muestra la sociedad competitiva y que enfrenta en cada caso la práctica política, puede entendérsela en su objetivo como la intersección de los vectores en los que confluyen las contradicciones, las fuerzas opuestas, los conflictos que las relaciones sociales producen o contienen.

En esa intersección se fusionan los conflictos propios de la salud y el objeto de a práctica política sanitaria tiene que ver, no solamente con lo específico, la salud-enfermedad, sino con los distintos planos que inciden sobre la realidad y confluyen en esa intersección.

La práctica política sanitaria que observa ese punto nodal de las confluencias, incluye lo económico, lo cultural, lo ideológico, lo religioso y lógicamente también lo político.

El objetivo de la práctica política sanitaria se deposita en esa coyuntura que debe modificarse, construyéndose así un nuevo producto, una nueva situación sanitaria, que constituye la transformación de la unidad de una estructura social tomada en sus diferentes opciones o etapas.

Para que esta práctica sanitaria no se convierta en una proposición coyuntural, solidificándose en la simple alteración del presente observado, es preciso distinguir que toda práctica política, también la práctica sanitaria, para convertirse en certera y eficaz, tiene que referirse específicamente a una vinculación con el objetivo concreto que es el Estado. Carrillo nunca dejó de lado esta vinculación esencial y así su política se apartó de cualquier simplificación coyuntural.

En una mayor precisión del campo operativo y que es a su vez una distinción que caracteriza el sentido de la práctica política y una determinada ubicación teórica para su entendimiento, esa acción se traducirá en las transformaciones que sean capaces de generar en el tiempo-espacio actual, pero con el objeto definido de intervenir sobre las estructuras del Estado, con la intención de incidir sobre la composición del poder en ese mismo Estado.

Aquí está la distinción de política y práctica política que señaláramos. Ella en este caso, se dirige hacia la estructura activa del estado, destinada a influir sobre la ecuación del poder de ese Estado.

Ya veremos que esta intención caracteriza a una determinada ubicación teórica para la práctica política, que no articula preferencias sobre regionalidades del poder, que al estilo de Foucault pueden depositarlo en múltiples puntos nodales al mismo tiempo.

La práctica sanitaria de la que aquí se habla tiene su punto de observación final, en la estructura compleja del poder del Estado, hacia ese punto se dirigen las transformaciones propuestas y programadas,

porque además recuerdan que ese *cross* a la mandíbula se ocupa del tema del poder, en el ámbito del Estado y de las posibilidades que con la práctica política pueda lograrse que las mayorías puedan ser protagonistas del ejercicio de ese poder.

Carrillo también sabía que la práctica sanitaria reconoce como su problema fundamental, el del poder del Estado que debe construirse; allí estuvo el centro de su tarea político-sanitaria.

Ponderando la reposición social

Una formación social, es una globalidad orgánica, que incluye, por tal organicidad, la articulación de tres niveles fundamentales: la economía, la política y la ideología.

La ideología, en esa formación muestra entonces, referencias con la realidad y con la sociedad. Pero y sin embargo, su concepto cuestiona realidades sociales aun cuando las vincule, tiene que ver con una representación o conocimiento de lo real, pero desbordando la simple cuestión del conocimiento directo para poner en juego esa realidad social y una función social.

La ideología debe ser interpretada, como representando una realidad concreta, requerible para la existencia de una formación social, es independiente de toda espiritualidad subjetiva individual, con la que suele confundírsela, recordemos que Marx la llamaba “formas de la conciencia social”.

Al término puede asignársele su aparición primera y original, en la obra de Antoine Destutt Conde de Tracy, *Elementos de Ideología*, cuyo primer tomo, se llama *La ideología* propiamente dicha y que se publicara en 1817 en París; con Ideología, Destutt de Tracy quiere denominar una nueva ciencia que le asigna a Locke y que fuera desarrollada por Condillac.

Se trataba del estudio mediante la observación y la descripción de la inteligencia humana y de sus facultades. Aparece como una fisiología

de las ideas, basada en el principio de que todas las ideas provienen de los sentidos, se construyen a partir de sus sensaciones elementales, que se experimentan en el momento o son retenidas en la memoria.

Aparece en su problemática inicial como un programa científico que reduce todo pensamiento a las operaciones de percibir y de asociar, para fundamentar desde allí una metodología general para conducir la razón sobre bases firmes. Es un reduccionismo de las ideas a datos sensoriales (Guariglia, 1986, p. 17).

Fermín Chávez ha enseñado que Juan C. Lafinur, profesor del Colegio de la Unión del Sud en 1819, fue quien primero profesara sobre ideología en nuestras tierras y después de la “principal fundación iluminista del grupo rivadaviano” que fue la Universidad de Buenos Aires, creada en 1821, allí “Juan Manuel Fernández Agüero dio su primer curso de Ideología” (Chávez, 1977, pp. 25 y 33).

Ya hemos visto que en toda sociedad los hombres intervienen en la producción de bienes económicos, que se encuentran determinados por las relaciones de producción, en las prácticas políticas que están articuladas por la estructura de las relaciones de los grupos sociales actuantes sobre el Estado, el derecho, la cultura. Además de ello, esos hombres participan de prácticas religiosas, culturales, filosóficas, sanitarias.

Estas actividades adquieren la característica de prácticas ideológicas y se muestran por la identificación, la defensa, conciente e inconciente de un conjunto de representaciones o creencias de tales tipos religiosos, jurídicos, culturales, sanitarias, políticas, etc. que muestran el grado de ideología de la sociedad.

Puede exigirse mayor precisión para esta ubicación ideológica. Puede indicarse entonces, que esas representaciones, imágenes, figuras, ideas, se vinculan con la realidad misma, con el mundo en el que se desarrollan los hombres, la naturaleza y la sociedad, la vida de los hombres, con sus relaciones con el medio natural o social, con los demás seres humanos y con sus prácticas de trabajo, amor, estudio, salud, política, etc.

Pero debe anotarse no sin recato, que esas representaciones, imágenes o figuras no son conocimientos verdaderos, de absoluta genuinidad. Son en verdad, concepciones deformadas, erróneas, falsas, de tales vinculaciones con esas realidades, aunque puedan contener elementos de conocimiento del mundo que representan.

En su práctica social, en las esferas económica o política y en todas las demás, los hombres se articulan en determinación por estructuras concretas, objetivas, como las relaciones de producción en las que actúan. Estas prácticas le dan percepción de los objetos específicos, de los efectos de sus acciones sobre esas estructuras, pero les ocultan, encubren, desfigurán la esencia de las mismas.

Sucede que cualquiera de esas prácticas realizadas, no otorga el conocimiento veraz de las estructuras objetivas, ni por lo tanto de la realidad social, en cuyo mecanismo intervienen desempeñando un papel definido.

Ese conocimiento genuino solo lo puede brindar la práctica científica. Pero de cualquier forma, los seres intervinientes en las prácticas políticas, económicas, sociales, etc., en las que actúan conforme su papel en la sociedad, necesitan para actuar y vivir, conseguir tener una representación, una imagen de tal mundo y de sus relaciones con el mismo.

Esta figuración de su mundo, los hombres la encuentran dada cuando nacen, como están dadas las relaciones de producción, o las relaciones políticas, pudiendo permanecer inconscientes en su conocimiento específico, o por el contrario adquirir carácter de conciente, en muy diversos niveles de conciencia crítica.

Esta imagen del mundo, que refiere la ideología, vincula a los seres humanos con sus condiciones de vida, y a los seres entre sí, conforme diferencias o categorías que establecen igualdades o desigualdades sociales. Las ideologías se distribuyen, se diseminan por todo el edificio social, expresándose como un material imponderable que sirve de articulación especial para provocar ajustes y unidades de los hombres en sus papeles, en sus misiones y funciones sociales.

Pero a pesar de tal diseminación, en toda formación social, el nivel económico expresa la estructura básica determinante que hemos llamado de excelencia, en tanto que lo político, jurídico, cultural, sanitario, ideológico, muestra el nivel por encima de la estructura básica señalada, la superestructura social, pero por lo cual va a ser determinada.

La ideología cubre todos los actos y acciones de los hombres, de forma tal que cualquier instancia de lo vivido, de lo pensado, de lo sentido, está indisolublemente marcado por el tono ideológico del hombre. Tal tono ideológico recubre toda percepción, aunque parezca que hemos logrado captar la visión pura y limpia de la realidad misma.

Hemos señalado la difusión, la distribución diseminada por todo el edificio social de la ideología, pero es parte de su característica que su situación permite dividirla en regiones diferentes, que aparecen como autónomas, pero que pueden establecer vinculaciones entre sí, o con la ideología general. Se trata así de ideologías religiosas, jurídicas, políticas, culturales, filosóficas y en nuestro caso de ideologías sanitarias.

No se consigna una presencia simple y lineal de tales ideologías. Según los períodos de la historia, según sus modos de producción y las relaciones sociales emergentes, serán una u otras las regiones de ideologías dominantes y su primado evidenciará asimismo, las estrategias y tácticas que los conflictos y luchas ideológicas podrán deparar.

Para la ideología sanitaria, por ejemplo, en el seno de una sociedad capitalista dependiente, agroexportadora, esa ideología presentará un desarrollo combinado, de ideas centradas en estrategias de sobrevivencia, de situaciones referidas a morbilidades injustas y dominables a poco que se pudieran poner en ejecución simples mecanismos de justicia social, con otras de tendencia hacia situaciones de consumo de prácticas de altísima complejidad, defendidas por las clases dominantes, que estimulan tácticas de alto consumo que deforman toda perspectiva de equidad.

La marginalidad crecerá en el medio de una ideología sanitaria de elementales líneas reparadoras de la salud, seguramente ocultas en el seno de prácticas sanitarias primitivas, donde el curanderismo y las medicinas alternativas ofrezcan soluciones no conseguidas por las prácticas científicas e institucionalizadas, sencillamente porque a ellas no llegarán estos grupos sociales.

Otra característica esencial mostrará que cada una de estas ideologías, que poseen en todo caso una estructura determinada, pueden presentarse en formas más o menos difusas, más o menos irreflexivas y sistematizadas. La sociedad dispone dichas formas.

Esto pude verse claro en los esquemas ideológicos sanitarios que pueden presentarse bajo formas no teorizadas, de primitivo empirismo o de sentido mágico-religioso, no sistematizada, con diversidades circunstanciales según tiempo y lugar, según patología, edades, sexos o condición de morbilidad, por el contrario adecuadamente sistematizadas, reflexivas, complejas, científicas.

De cualquier manera como se presente, la ideología tiene siempre un sentido social. Esa función se cumple produciendo una vinculación de los hombres entre sí y con las tareas y prácticas que les otorga la estructura social.

La función social se cumple más allá todavía, asegura la dominación y suele constituir una explicación que aparece como racional a pesar de todo para el mantenimiento de la injusticia, de la explotación, como para sostener esa dominación, para quien la ejercía.

Como hemos visto hasta aquí, la práctica sanitaria también cumple su sentido social y sirve celosamente para garantizar el sistema dominante por encima de toda modificación de las líneas del poder constituido. Para que lleguen motivaciones o movimientos transformadores, en la salud, como en la política, se exige la presencia de fuerzas que pugnen por cambiar el sentido de las relaciones sociales. Sin ellas no hay modificaciones perdurables.

Reconocida la ubicación de la ideológica general de la sociedad, conmutada su distribución en las múltiples regiones de las prácticas sociales, viéndolas en funcionamiento debe auscultarse la supremacía de aquella que es capaz, de determinar en excelencia a las demás y entonces se sentirá la comprensión de este destino ideológico de la ideología que indicamos como su requerida función social.

La medicina encuentra buena parte de los senderos exigibles para cumplir con el requisito de una función social acorde con las necesidades de la sociedad para reponer, las condiciones de sus relaciones sociales.

La ideología sanitaria desenvuelta al amparo de una constelación social determinada por las influencias de la infraestructura económico-social, se pone al servicio de la vinculación de los seres humanos entre sí y de cada uno de ellos con sus prácticas de trabajo, por encima del conflicto social existente y permanente, al que eluden o niegan para consolidar a la fuerza del trabajo y así contribuir a su gran misión de reponer cada día y cada etapa, las relaciones sociales que consoliden la sociedad competitiva en la que se desarrollan

Esta ideología sanitaria, compuesta desde la teoría de la medicina reparadora de la enfermedad, encerrada en una concepción organicista medicalizante y lucrativa, sirve precisamente para devolver a cada enfermo, en el mejor de los casos, otra vez al seno de la sociedad dominada por la supremacía del poder de explotación de los grupos de poder, desdibujados entre los favores y las prácticas de las otras ideologías de estos factores superestructurales.

Se cierra así el círculo de reposición, primero de la fuerza del trabajo con su práctica concreta, y después de las relaciones sociales con su práctica ideológica. La teoría sanitaria para cumplir con esta doble función para la sociedad, desde su doble postura de práctica e ideología, cuenta con el empuje e influencia de los diferentes componentes del poder sanitario, que a su vez también se encuentra determinado por la vinculación permanente con el sistema económico-social.

En ese poder sanitario doblemente dependiente en nuestro medio, se alistan los creadores de sus medios de producción, los equipadores médicos, los fabricantes de medicamentos, los grupos profesionales que organizados en fórmulas diferentes, son los detentadores y guardianes de la ideología sanitaria en vigencia: la Universidad, las escuelas de Medicina, las academias y sociedades científicas de la salud, etc., y en fin, la sociedad que utiliza a esta ideología sanitaria tal como la genera y resguarda, para reproducir sus condiciones de dominio, en el campo específico de las relaciones sociales.

Buena parte de los estudiosos de la ideología dicen que en esta su función, la ideología debe realizar una doble tarea de engaño. Se trata de una doble tarea de ocultamiento, de la que depende en buena medida la continuidad del estado político-social que deben garantizar en su continuidad y reposición.

La ideología sanitaria reinante, esta del nivel alcanzado por la normalidad social, del estado social normalizado, contribuye a consolidar la sociedad que la sostiene.

Un sentido de su ocultamiento se dirige con precisión religiosa, permanente y sin premuras, a mantener en el cauce señalado, a no salirse de madre a los componentes de la sociedad dominada, de nuestra sociedad dependiente. Aquí se percibe con detenida evidencia, el sentido de práctica sanitaria del Control Social que expresara Parsons y que está en vigencia plena en nuestras latitudes.

La ideología sanitaria de la corrección del síntoma, de la destinada a aplacar el dolor y mitigar el sufrimiento, generalmente escondida detrás de la perfección técnica de los resultados, del control eficiente de la producción de las prácticas de la recuperación de la salud, encuentra razones de engaño suficientes en estas tendencias. Nadie plantea en ella la razón social profunda de la causalidad sanitaria. No es la función social asignada por esta composición social de nuestra formación dependiente.

Todas las prácticas están dirigidas a disminuir síntomas y signos para reponer nuevamente al hombre, aunque vuelva a ser temporariamente, al circuito productivo, que mantendrá sin rubores las relaciones sociales que favorezcan la dependencia. El sentido del engaño muestra un patetismo desgarrador. El hombre enfermo cree que lo han curado, agradece con la humildad de su dependencia el favor de ser reintegrado, repuesto a las condiciones sociales que lo enfermaron. El engaño consiste en que los calmantes utilizados ocultaron la razón genética de su dolencia y ello consolida su dependencia, también doble, de la clase dominante y de la ideología médica que la sirve.

El otro sentido social del engaño, se expresa en que esta ideología sanitaria dependiente termina embelesada por su propia obra y se enreda en su convencimiento de eficacia en los resultados provisorios en todos los casos, creyendo en su modelo predominante. Algunos le llaman modelo hegemónico y el mismo le otorga a sus componentes una aureola de omnipotencia ficticia, que alienta el segundo engaño u ocultamiento.

Los integrantes de este esquema ideológico médico, aparecen como representantes de las clases dominantes, determinadas en consecuencia, por el poder determinante y con su modelo prestacional de la sociedad normalizada y normatizante, adquieren esa conciencia ficticia de poder social para permitirles ejercer como “normal y natural” su práctica profesional, que contribuye en su medida, a la explotación y la injusticia.

Aquí se tiene categóricamente el doble engaño de la ideología sanitaria, ejercitándose sobre la conciencia de los explotados para hacerles aceptar como normal y natural su condición de tales, a la que vuelven después del favor de su recuperación ante la enfermedad, y al actuar sobre la conciencia de los miembros de la clase dominante de la ideología para permitirles ejercer también como natural esta fórmula de explotación y dominación que le dicta el poder de la sociedad dominante.

Ratifiquemos que también la ideología sanitaria concluye en la sociedad asumiendo una representación, en el sentido de imagen o idea que sustituye a la realidad, que le hace aceptar a los hombres en su conciencia y en sus actitudes de comportamiento coyuntural, el papel y la ubicación social que les otorga la estructura dominante de la sociedad.

A partir de esta misma afirmación es que resulta imposible, ahistórico y mucho más, anticientífico, propalar la vieja idea de la desaparición de las ideologías. Esa misma afirmación es la imagen sustituta que la sociedad impone a sus representantes para consolidar su engaño de doble faz. Igualmente pasa con la ideología sanitaria, escudada en la creencia que la medicina no tiene ideologías, que se trata de un puro y angelical sacerdocio, su práctica encamina el comportamiento humano frente a la salud-enfermedad y produce el cerrado endicamiento detrás de sus mitos de la representación de ese mundo, contribuyendo a una adhesión social ordenada y prolija, requerida para la continuación asegurada de esta sociedad competitiva e injusta.

El poder social dominante, dicta la norma de la práctica ideológica para la salud con inexorabilidad, forjando al mismo tiempo la engañosa estela tendiente a demostrar que su quehacer es solo el producto del simple juego de la libertad y de la voluntad de sus integrantes. La dicta en cada caso y la ideología resultante, es portadora de una representación desproporcionada de figura errónea que sustituye a la realidad, sin otorgar formas esenciales, llena de razones ocultas, misteriosas, de evidente mistificación social.

Tal representación misteriosa y deformante de la realidad, encierra su convicción no más allá de síntomas y signos, delineando una cierta imagen de cientificidad capaz de referirse a alguna parte de la realidad, pero en una oculta razón de referencia sin objeto total, ofreciendo sólo una ilusión o figura informe de la globalidad real.

Los gestores del poder sanitario cierto, aquellos que transforman en portadores, en simples portadores, a los agentes de la ideología médica

reinante en nuestro mundo dependiente, los dueños del poder sanitario, determinan desde su poder de productores, de medios, equipos, medicamentos, sistemas y técnicas sanitarias, de modelos científicos de diagnóstico y tratamiento, en fin, de atención de la salud-enfermedad (para eso también disponen del aparato educacional específico: Escuelas y Facultades, Academias, Colegios Médicos, Sociedades Científicas, Agremiaciones Profesionales, Centros de Información y Comunicaciones, etc.) que la ideología diseñada cuidadosamente, le brinde a los pacientes, un “limitado” conocimiento de la verdad científica sanitaria, frecuentemente aproximada al síntoma, permitiendo sólo esa porción de reconocimiento de la verdad.

Con esa parcialidad del reconocimiento de la realidad, el hombre incluido por esa ideología como sujeto de la dominación, asomado con espanto a la epistemología de la salud, está condicionado y bien determinado para solo poder elaborar el semiconocimiento, que termina siendo la ignorancia de la genuina realidad.

Puede expresarse esta dolorosa situación en términos económico-sociales y así comprender que en la sociedad capitalista central y mucho más la capitalista dependiente, la ideología burguesa que también cobija a la ideología sanitaria de tal Estado, expresan ese dominio sobre los demás grupos o clases del conflicto social.

Pero la realidad no adquiere tanta precisión calificatoria: esa misma circunstancia resulta el producto de interpretaciones interesadas. También existen, como productos de las contradicciones sociales en juego, las ideologías transgresoras de otros grupos o clases sociales. Ellas se muestran y pujan por expresarse, pero como consecuencia de la ponderación específica que el poder desempeña en nuestras sociedades, se encuentran subordinadas a las clases dominantes del poder social.

En la complejidad del entramado societario, sin embargo esa subordinación presenta matices y expresiones diferentes contra tal dependencia, en el interior del sistema ideológico competitivo dependiente.

Así pueda verse, cómo los trabajadores argentinos, por ejemplo, crearon su propia ideología sanitaria, que opuso una visión diferente a la ideología sanitaria de la burguesía.

La historia de esa práctica de los trabajadores, creando su contradicción militante contra los grandes ocultamientos de las otras prácticas sanitarias, mostró complejas postulaciones diferentes que se analizarán más adelante.

Sin embargo y solo como aproximación resumida a esa diferenciación, pueden mostrarse dos situaciones claves. La primera es que la ideología de la clase trabajadora en el campo de la salud, no tuvo en su construcción toda la autonomía frente al poder real, que requería un diseño de transformación profunda.

Esa autonomía, entre otras direcciones, debió centrarse en evitar la contaminación de sus ideas, conformaciones e instituciones de la ideología dominante de la salud.

Este episodio tiene una riqueza de análisis que sobrepasa sus propias consideraciones y resultados.

La elaboración de la respuesta de la solidaridad, que los trabajadores pusieron en marcha como ideología sanitaria propia en la creación del Sistema de las Obras Sociales debió evitar la infiltración de la medicina competitiva en su propio territorio.

Pero esa medicina privada era portadora de las ideas dominantes, representaba a la sociedad competitiva. Algunas de tales ideas, que componían su aparato ideológico penetrante, escudadas bien en teorías funcionales, de eficiencia y calidad, otras de seducción perversa y de corrupción indirecta, lograron primero mitigar y luego anular toda capacidad revolucionaria transformadora de la ideología de los trabajadores.

Por otro lado y de cualquier manera, con esa sociedad competitiva y dependiente funcionando, la presión de la ideología dominante de la burguesía, en todas las regiones sociales y también en la sanitaria es tan intensa y casi la única proveedora de ideas, recursos humanos de

pensamientos significativos alimentados a su sombra, de sistemas de referencia que hacen inevitable, esta es la experiencia argentina, que los trabajadores y su ideología sanitaria, no pueden con sus solos recursos y los escasos aliados en solidaridad, liberarse decididamente de la ideología de la dependencia, al plantear el conflicto solo y específicamente en el campo de la salud.

La estructura social dominante, parece encontrar en casi todas las oportunidades, las respuestas, también específicas para evitar la transformación profunda requerida para el sector. Con la ideología modificatoria sola, radicada exclusivamente en el conflicto de la Atención de la Salud, no alcanza. El movimiento obrero en su región sanitaria ya tiene experiencia en tal sentido en la Argentina.

Esa experiencia ha servido para que en las frustraciones, en la irresolución de las contradicciones políticas y sociales, se asuma decididamente la ampliación del campo de los objetos concretos y además, que la ideología de los trabajadores necesita para liberarse de la ideología sanitaria dominante, el auxilio de la ciencia sanitaria, política y social que sirva a esa transformación del sistema, que en el fondo había trazado Ramón Carrillo, cuando observaba el camino del movimiento político social al que pertenecía junto con los trabajadores.

Esta es la tesis esencial para el movimiento nacional, que tiene que saber de complejidades, avances y retrocesos. Pero que de todas formas, y con obstinada recurrencia tratará, deberá tratar, de introducir en su esquema ideológico, la ciencia liberadora que está enraizada en la necesidad misma del pueblo, en la naturaleza específica de la ideología liberadora y en los límites claros de una doctrina nacional, que identifica sin desmayos al enemigo del poder dominante, en nuestro capitalismo dependiente.

Esta complejidad estratégica se encuentra en sostenido y dificultoso desarrollo teórico. Carrillo estuvo cerca de concretar aspectos valientes y definitivos para esa ideología sanitaria nacional, pero el poder domi-

nante expresó rudamente su pretensión hegemónica. Todavía lo sigue logrando, desde diferentes realidades y distintas estrategias ideológicas.

Sin embargo, ahora el movimiento nacional sabe, que para completar su ideología sanitaria con eficacia social, tiene que incorporar esa doctrina transformadora de la que se ha hablado. Sin ella, no hay revolución, ni cambios sociales intensos, que permitan la modificación primera y fundamental, de la realidad emergente de nuestro modo de producción capitalista dependiente.

La ideología no sepulta la historia

Puede quedar aceptado que no existe práctica humana alguna, sin un sistema de ideas representadas por palabra y que el discurso que componen esas palabras construye una ideología de la práctica involucrada.

De esta manera, toda práctica humana presupone una ideología, pero esta no es la consecuencia, ni de una individualidad, ni de una irrealidad mágica.

Una ideología, como ya hemos pensado, es ese sistema de ideas unidas en el discurso, pero si y solo si, en tanto se refiera a un sistema de relaciones sociales determinado. Es entonces un cuerpo de ideas socialmente construidas y vinculadas, en articulación inevitable con tal realidad dada.

Aquí reside el trabajo político social, epistemológico, que nos queda para la interpretación certera de la sociedad y de sus instituciones constitutivas. Se trata de leer esos discursos que indican las ideas, aquellas que al ser utilizadas por un individuo, por quien las siente y las cree, actúa como si lo dominara e impusiera su reconocimiento.

En realidad es así: es como si la ideología interpelara al individuo y le impusiera su verdad. Como si lo traspasara. De allí que el hombre sea un ser ideológico, porque sus prácticas, para construir sus prácticas, apela necesariamente a las ideas y en esa construcción repone o realimenta una nueva ideología precisamente porque siempre ha existido y

sigue haciéndolo bajo relaciones sociales ideológicas. Pero la ideología es comprensiblemente supra personal, aunque inunde la vida personal de todo agente social.

En tal camino se percibe la inteligencia insondable de Ricardo Piglia, cuando nos relata, ese es su gran mérito, nos relata que “había un historiador que recolectaba proverbios y máximas. Pensaba que esas frases anónimas eran reunidas de grandes relatos perdidos. Estaba convencido de que si lograba reconstruir la situación y el contexto real en el que se había originado por primera vez cada expresión lograría reconstruir la verdadera historia del país”.

Recolectar proverbios y máximas es una apelación a reconocer la ideología, pero en el seno de la reconstrucción de situaciones y del contexto real. Allí es donde se comprende que cuando nos disponemos a considerar la existencia social de las ideologías, advertiremos que tales proverbios, máximas y relatos, en fin, las ideologías son inseparables de las realidades que indican las instituciones por medio de las cuales se manifiestan con sus claves, sus códigos, sus verbos, costumbres, creencias. Es inútil negarlas, aunque ello siempre sea por razones distintas a ocultar otras ideologías.

En la Iglesia, en la Escuela, en los Tribunales de justicia, en los Colegios Médicos, es donde habitan y existen las ideologías prácticas. En los sindicatos, en los cuarteles militares, en las Sociedades Rurales, en las Cámaras Industriales y Comerciales..., allí se encuentran sus condiciones materiales para vivir y crecer, su soporte material e institucional, porque ese discurso compacto de ideas es inseparable de la realidad dominante del sistema operante de tales organismos.

Como piensa Piglia, esa lectura del discurso, en tiempo y lugar, permite reconstruir la verdadera historia del país. Es que cuando se habla del ser ideológico, debíamos referirnos al hombre como efecto de estructuras anteriores a su existencia; de relatos anteriores que son así mismo fundantes de su expresión humana. Nos estamos remitiendo a

un individuo determinado por las relaciones sociales creadoras de su ideología, traspasado por la ideología dominante.

Esas relaciones sociales son las que requieren su reproducción, reponerlas, conforme las necesidades de la sociedad que descansa en el poder de las que construyen el poder.

No nos alcanza con haber advertido con amplitud las condiciones de reposición de las fuerzas del trabajo, ahora llega el momento de comprender donde nacen las energías que la sociedad debe disponer para reproducir las relaciones creadas desde la determinación de excelencia de las fuerzas económico-sociales, en las que esas fuerzas laborales cumplen su tarea.

Ya sabemos que para la comprensión de la sociedad en su totalidad, el entendimiento de que la reposición de la energía productiva, de la fuerza del trabajo por vía, entre otras, del salario, la educación y el sistema sanitario, no es suficiente.

Sin salario apropiado el hombre no consigue su reposición biológica plena, sin educación no hay capacitación para reproducir las condiciones básicas de la producción, sin salud no hay condiciones orgánicas, afectivas, y sociales para lograr esa reposición.

Pero la suficiencia sólo se completa con la ideología. Reponer en esta sociedad, las relaciones sociales de la producción requiere de la ideología como elemento insustituible y que además está condicionado por ese salario, esa educación y esa situación sanitaria entre otras.

Cada uno de ellos, salario, educación y salud establecen por sus instituciones, mecanismos articuladores vinculantes que median y sujetan al individuo para condicionarlo a la ideología dominante, asignándole un papel social que no tiene otra alternativa institucional que aceptar.

De esta forma ese individuo se constituye en un ser ideológico, como hemos dicho. Su inexorabilidad institucional lo remite a la ideología dominante. La práctica transformadora puede conducirlo a la ideología revolucionaria, o por el contrario depositarlo en una ideología de

conservación y permanencia; pero ideología siempre habrá, ya que es condición de existencia de los seres humanos.

Las ideologías buscan obtener su unidad y dirección y ello se produce conforme la tendencia que impone la ideología dominante en el seno del conflicto social del que emerge como resultante.

La historia social muestra que la ideología dominante puede persistir como emergente del poder de los grupos sociales dominantes, al menos desde Maquiavelo así se ha comprendido, si esos grupos o clases sociales logran consolidar un consenso, una firme aceptación de su poder, de la práctica cotidiana del poder. Este es uno de los fines que cumplen las ideologías y su sistema de operaciones, destinado a reponer las relaciones sociales en las que se construyó el poder.

Con esas metodologías debe lograrse el dominio, a partir de las distintas regiones de la ideología existente de la historia y de los acontecimientos científicos, políticos y sociales que aparezcan permanentemente. Se trata de poder consolidar una ideología que descunte las contradicciones y que se consolide en torno a intereses esenciales del poder dominante, que haya logrado el consenso de los demás grupos para obtener la predominancia, la hegemonía que requiere la continuidad de la historia.

Pero esa historia no admite que la unidad de la formación social esté vinculada a la sola y simple organización política de un grupo o clase-sujeto que pueda reducirla a la constitución de su propia "concepción del mundo" que la transforme en principio central de unidad de esa formación determinada.

Ya sabíamos que toda formación social organizada se construye como una totalidad orgánica que reconoce tres niveles articulados íntimamente, tan íntimamente que con frecuencia resulta difícil separar sus especificidades. Esa es la esencia de su organicidad. Se trata del nivel económico, político y el ideológico pero sin que de ninguna forma, la ideología resulte el principio de totalización de la formación social,

como se eleva de esa tendencia de la clase o del grupo-sujeto, armado desde su concepción del mundo: desde la voluntad-conciencia-hegemonía de la totalidad de los hombres que hacen su propia historia.

Nos separamos decididamente de todo acercamiento hegeliano o neohegeliano, que interprete al grupo hegemónico como transformándose en sujeto de la historia, que por su concepción del mundo, pueda envolver en sus tonalidades a una formación social y a dirigirla más que dominarla, gestando el consentimiento de las clases dominantes.

En las sombras de tal neohegelianismo inspirado en la supremacía de la espiritualidad que se eleva de la Idea, esta concepción de la clase o del grupo que gana su hegemonía, decide imponer sus objetivos, sus perspectivas propias sobre la sociedad entera, naciendo desde su propia constelación desde su pensamiento “en sí”. Entonces la unidad de una formación social, su totalidad social se vincula con ese grupo en sí, o con esa clase hegemónica, que logra su poderío, su preponderancia hegemónica desde la constitución de una concepción del mundo, que la erigirá en principio de unidad rectora de una formación determinada.

Marchamos sobre la cornisa coronable del idealismo subjetivo, nos hace falta una mirada detenida, sobre la idea crítica que involucra la “*concepción del mundo*”.

Se han identificado, operativamente, concepción del mundo, ideología y hasta religión, en tanto que esa concepción del universo aparezca como una formulación teórica capaz de penetrar en la vida práctica de los hombres y por lo tanto de inspirar y de animar toda una vida histórica, una época del mundo proporcionándole a los hombres esa visión del rumbo de la existencia en el universo y lo que es más denso, una norma de conducta práctica, una dirección señalada para su quehacer humano.

La concepción del mundo aparece con raíces parenterales estrechísimas casi confundiendo, con la idea de religión, o de filosofía de vida, que aunque parece destacar toda relación o referencia al más allá, mágico, metafísico o supraterrrestre, descuida o no reafirma, que todo

requerimiento teórico destinado a la transformación, además de comprender al mundo debe agregar en su territorialidad, la forma e inspiración de la ciencia.

Esta separación, entre concepciones-religiones-ideologías, que no reciben este susurro profundo de lo científico, que no lo buscan o no lo toleran, le hace perder a las mismas, su capacidad modificadora de la realidad, que en cambio sí adquieren las ideologías que orgánicamente reciten la influencia de la teoría científica capacitada para el conocimiento del objeto para la transformación de la sociedad.

La concepción del mundo aparece como una unidad, que como la unidad de concepción que irradian las religiones, no rompen con su credo inmanente con su “esencia en sí” y se proyectan como una fuerza consolidada y absoluta, entonces mítica, para toda modificación de la historia.

La ideología proyectada en tal concepción del mundo (religiosidad para el hegelismo y el neohegelismo) parece resumir en sí, o identificarse con la historia propia de la ciencia y también con la historia económica y política. En esa postura se reduce la ciencia a la historia como su propia esencia, se reduce el objeto de la ciencia de la historia, a la historia real que involucra esa concepción del mundo. Esa es su limitación mítica, se identifican erróneamente objeto de conocimiento, con el objeto real. Como veíamos anteriormente esta identificación errónea se percibe claramente en toda ideología empirista.

Al enfrentarse con la concepción del mundo, como eje de unidad rectora para una formación determinada, esta tendencia empirista agrupa a la historia real de la que forma parte, con la filosofía que utilizara y las convierte en una unidad de expresión práctica.

Con esa concepción, el filósofo requerido, será en última instancia el político exigido para el cambio, pero los tintes empiristas embisten a la realidad profunda, cuando la filosofía va a ser la consecuencia directa de la actividad, de la práctica de los portadores de esa concepción universal.

Esta filosofía del sentido adecuado del mundo, está construida decididamente por otras fuerzas que las teorías de las concepciones del mundo de los filósofos, bien por fuera de ellos. Se expresan por la práctica histórica y de ninguna manera, o sin evidentes influencias de los filósofos transformados en políticos, al girar sobre sus concepciones del mundo. Ellos, a pesar de toda la organicidad que puede contener su concepción del universo, individualmente, o como grupo social, o como masa histórica, no pueden modificar la sustancia de la filosofía que envuelve a la realidad social, ni como seres, ni como grupos en sí, solo motorizados con su concepción del mundo.

En la esencia más profunda del error, se nota que la concepción señalada acapara para sí, para sus tributos políticos e ideológicos puros, las responsabilidades deterministas de la infraestructura económico-social, en ese corredor de la historia de la práctica, o de la práctica para la modificación de la historia.

Pueden suceder varias posiciones ante tal acaparamiento para sí. En ese episodio de modificación ideal de los referidos atributos, se puede acondicionar, o estimular la creencia de que la práctica política puede resumir las modalidades y esencias de la filosofía y de la teoría científica, llevándonos a una descarnada o mitigada (depende de los grados de reificación de la práctica), fórmula de la espontaneidad práctica. La inspiración de la concepción dictará el sentido de la práctica y esa inspiración se impulsa en la concepción en sí, exclusivamente.

En algún extremo concebible de esa cosificación de la práctica, inclusive puede pensarse en aquella concepción del universo, que le otorga a las prácticas económicas, sin más y ante sí, todas las potencialidades transformadoras de la política.

En sentido inverso, también estas modificaciones de los atributos de lo económico social y de lo político-ideológico, pueden en determinada concepción del mundo, confiarle al espíritu, a la conciencia, la puesta en marcha de una posible determinación política, que de otra

forma, en la conceptualización teórica-científica de la historia, la tiene asignada la determinación de excelencia que produce la infraestructura económico-social.

Esta última transferencia de atributos, ancladas en el espíritu o en la conciencia, ha ganado en las últimas décadas, amplios espacios políticos, que sostenidos desde las religiosidades más intensas aun que las originarias fórmulas de las concepciones del mundo, se amparan en la desaparición o muerte de las ideologías y ponen en circulación la simple y lineal ideología de un voluntarismo humano y esencial. En él se arropan diversas fórmulas del liberalismo, del neoconservadurismo y sin dudas, hasta las combinaciones posibles de la social-democracia eurocéntrica. Como se ve, por este camino la muerte de las ideologías da nacimiento a otras posturas ideológicas, no precisamente nuevas.

En cualquiera de las posturas que se ubique la concepción del mundo como energía potencial en sí misma, requiere para conseguir su objetivo de transformación de la sociedad a su imagen y deseos, de la consolidación de una clase o grupo predominante, que le permite redefinir según esa concepción el sistema económico, las intenciones políticas, las tendencias sensibles de la orientación cultural; en fin, la gravedad totalizada del esquema de inserción de ese grupo en el mundo a diseñar.

Por esta dirección ha transcurrido el aporte de Antonio Gramsci, en el sentido de retener para su hegemonía la comprensión de la “dirección política”, del grupo o clase y su ampliación hacia la idea de “dirección cultural”. Es por ello que “propone dos temas fundamentales para el estudio del partido moderno” (su base de sustentación del desarrollo de la hegemonía); “el de la formación de la voluntad colectiva (que es el tema de la dirección política) y el de la reforma intelectual y moral (que es el tema de la dirección cultural)” (Bobbio, 1985, p. 359).

Decía Gramsci en *El Risorgimento* que la hegemonía “se afirma según dos líneas principales: 1) una concepción general de la vida, una filosofía que ofrezca a los adherentes una ‘dignidad’ intelectual que dé un

principio de distinción y un elemento de lucha, contra las viejas ideologías coercitivamente dominantes; 2) un programa escolar, un principio educativo y pedagógico original que interese y dé una actividad propia, en su campo técnico, a la fracción de los intelectuales que es la más homogénea y la más numerosa” (Gramsci, 1960, p. 141).

La concepción de la vida se la ve aquí, otorgando las esencias combativas contra las viejas ideologías y un principio educativo y pedagógico que otorga dirección cultural a la hegemonía requerida para el cambio; son ellas las líneas del quehacer práctico para la transformación pensada por este luchador italiano.

Se interpreta al nacimiento y consolidación de la hegemonía como el instante superior e insalvable para la conquista del poder, lo precede y es la consecuencia histórica de la práctica ineludible para llegar a ese poder.

Aquí se muestra el señalamiento de política y cultura que deviene de la concepción del mundo, como acontecimiento en sí, para construir el sentido de la práctica transformadora. En esa praxis estarán incluidas el partido y las demás instituciones de la sociedad civil, desplazada de su comprensión de la infraestructura, hacia su simbolismo supraestructural.

La hegemonía requiere así la convergencia sistemática de determinadas condiciones objetivas que provocan el partido, la cultura política, ejercitada conforme el dominio de determinado grupo dirigente, esclarecido y aunado en su concepción del mundo, de allí el destacado papel asignado a los intelectuales, precisamente en el seno de la sociedad civil, comprendida como el momento culminante supraestructural.

Se percibe la entonación humana, humanista en sentido militante, casi demasiado idealista, en tal posición de la hegemonía, emparentándola con aquellas reducciones hegelianas o neohegelianas del espíritu, oscureciendo la presencia de lo ideológico y de lo teórico-científico en la globalidad existente de la estructura social, mostrando que el problema

de la ideología, consiste en mantener la unidad conceptual del mundo, la unidad ideológica del grupo, clase o bloque social, que por otra parte y por sobre toda otra consideración cualitativa, fue conformado y consolidado por esa ideología.

Convengamos que para tal consolidación del grupo referido, o del bloque aglutinado, el concepto de ideología recibe su sugestiva y a veces subyugante cadencia de una religiosidad en sí, que se adjunta admirablemente con su concepción del mundo, que incluye silenciosamente lo artístico, lo jurídico, lo económico, implicados en toda manifestación individual o del grupo social.

Esta estructura ideológica aparece como rótulo distintivo de la preocupación y práctica política que en el bloque o la clase social, tiene asignado distintivamente como su propia marca. Se reduce así, toda la práctica transformadora a la organización política de esa clase, bloque o grupo social (el partido como organización primaria e inevitable) y tal organización en su sometimiento imprescindible a la constitución de una concepción del mundo específica y propia, que la transforme en “clase o grupo en sí” sujeta a la historia.

En toda la elaboración gramsciana ese grupo, bloque o clase debe convertirse en sector dirigente antes de ser una clase política e históricamente dominante. Vuelve a subyugar esta concepción política dinámica, de intelectuales preferentemente, haciendo la historia arrullados por un cántico de concepción de vida y de sentido cultural. Se cree en la formación de esta corriente, en la construcción de la hegemonía antes de la conquista del poder político.

Aparecen así las implicancias del voluntarismo o de la energía posible del trabajo o el concepto de la práctica espontánea, de un espiritualismo militante, en cuyo contexto de hegemonía señala el acontecimiento, bien centrado en sentido foucaultiano, de que un grupo-sujeto impone con su disposición a una formación social su propia y exclusiva concepción del mundo y obtiene casi mágicamente por voluntad o espontaneidad pro-

pia, el lugar de una ideología dominante o en musicalidades gramscianas de ideología dirigente, antes de la conquista del poder político.

Primero es la ideología, como concepción del mundo, en el seno de la sociedad civil considerada como componente de la supraestructura y después el poder. No hay prefiguración del mundo exterior a la ideología de cada grupo, la concepción del mundo aparece como un hecho en sí, pero además omnipotente y omnipresente.

Se hace obligatorio volver a la realidad conflictiva del suceso social y a la presencia indeformable del poder como energía político-social germinal. Debe abandonarse la aventura de la ideología como un hecho en sí, con su génesis, incontaminada y vinculada en exclusividad a la conciencia del mundo que marca o distingue a un grupo o bloque social.

Así es que la ideología deberá expresarse en un nivel objetivo particular para cada caso, demostrable en un conjunto complejo con coherencia relativa de valores, representaciones, creencias.

La ideología no tiene que ver con la interioridad conceptual de los hombres, sino que concierne al mundo donde viven y actúan, con el tinte y la intensidad del conflicto social. Se refiere a las vinculaciones de los seres humanos con la naturaleza, con la sociedad, con los demás hombres, con sus prácticas, tanto económicas, como políticas y sanitarias, pero no en exclusividad con las mismas.

Así se arriba a otra diferenciación liminar con la postura gramsciana: la unidad de lo ideológico no es un problema de clase, grupo o bloque-sujeto, con conciencia de grupo o de clase, ni por una específica concepción del mundo. Esa unidad busca interponerse con la relación con lo existido humanamente en cualquier formación y en su configuración imaginaria o ideal.

Este es el paso de excelencia, sin él no hay claridad y así incluiríamos hegelianamente la comprensión hacia el espíritu en búsqueda de lo Absoluto, en sí mismo, entrando en el concepto de la concepción del mundo.

Se trata en consecuencia de la reconstrucción de la ideología en un plano imaginario, pero en un relato coherente que sirva a lo realizado vivencialmente por los sujetos de la práctica social vinculados con la estructura económico-social, dándole formas a sus representaciones según esas vinculaciones reales que los inserta en la unidad de las relaciones de una formación social.

Allí la ideología no admite contradicciones, corresponde a tal vinculación y las resuelve, aunque sea idealmente para asegurar su coherencia vinculante operativa, sin la cual no hay concepción del mundo concreta y adecuada.

La situación es distinta cuando la ideología requiere el auxilio de la ciencia para lograr su eficacia histórica. Así las contradicciones diferencian con su presencia y solución dialéctica, el rumbo o la tendencia de la ciencia político-económica para la transformación.

Entonces la ideología, en cuanto instancia específica de un modo de producción y de una formación social determinada, no de todas indiferentemente, está constituida en los límites indicados para ese modo y esa formación. Será así, en la medida que presenta una coherencia imaginaria con la unidad que rige como decíamos con insistencia, reconstruyéndola en un plano imaginario.

Esto conduce a otra de sus consideraciones ineludibles: la ideología está dominada en toda formación social por el conjunto de representaciones, valores, creencias, por medio de los cuales se canaliza el predominio de la clase, en lo que define cualitativamente la ideología de la clase dominante. Las demás ideologías ceden y aun sucumben, aunque muestren una atractiva o inteligente concepción del mundo.

Volvamos ahora, que ya hemos podido apuntalar el armazón estructural del objeto ideológico, a recorrer el camino en búsqueda de la historia político-social y aprovechando ese tramo, para consolidar como resumen operativo todo lo que llevamos discutido con vinculación a dicho aparato ideológico.

Ya sabemos que la reproducción de las condiciones que presentan las relaciones sociales de producción de una comunidad, que necesita garantizar la continuidad de su historia, se asegura en buena medida por la incidencia de la ideología, en términos de la superestructura jurídica, religiosa, política, ideológica sanitaria, etc.

Decimos en buena medida, porque las relaciones sociales de producción se recomponen en primer lugar, por la materialidad del proceso productivo y del proceso de circulación de la riqueza social cubierta por sus bienes y servicios. Pero en estos procesos, que son los procesos de excelencia, aparece de inmediato también la ideología.

Hace falta hallar el campo de la práctica de este doble proceso de reposición, que confluye en uno solo. Esa batalla para estas determinaciones, en primer lugar la materialidad de la producción y la distribución de la riqueza en bienes y servicios, se ve completada de inmediato o concomitantemente por la ideología dominante que otorgan las regiones supraestructurales indicadas. El ámbito de aplicación práctica es el Estado.

Conforme lo hemos visto ese Estado expresa su resultado por intermedio de sus aparatos de dominación, represivos o disuasivos y por sus aparatos ideológicos.

El aparato de dominación, represivo, se expresa bajo la conducción de una definida unidad de mando, por la política estatal que aplican los representantes de las clases dominantes en el poder y por la ideología que desde ese poder resumen y desde los distintos sectores de la sociedad muestran las tendencias dominantes surgidas del enfrentamiento de grupos o clases. Allí es donde presionan las políticas dominantes resultantes en cada caso: religiosa, educacional, jurídica, sanitaria, cultural, sindical, comunicacional, etc.

El aparato del Estado, ejerce el poder y en ese ejercicio resulta complejo y cambiante, asegura por su dominación, o por la fuerza, las condiciones políticas que con vocación teleológica conducen a la reproducción de las relaciones sociales que exige ese poder dominante.

Para consumir esa vocación, el aparato estatal, además de lograr la reproducción de sí mismo, de seguir sosteniendo su resultante de poder, garantiza mediante la fuerza o la persuasión que son su práctica del poder, las condiciones políticas para el desempeño práctico de las ideologías, lógicamente resguardando la ideología identificada con el Estado reproductor de las relaciones sociales señaladas.

Esta ideología resultante, resumen de la práctica política del Estado, será dominante para garantizar su continuidad y las reposiciones de las relaciones de producción que son su esencia de proyección histórica. En términos estructurales el Estado ejerce eficazmente sus funciones, si cumple asegurando las relaciones políticas de explotación, que el poder dominante desarrolla para esa sociedad.

En esa misma búsqueda del resumen esclarecedor o de síntesis para la proyección ulterior, podemos recordar lo que ya fue dicho en el sentido de invocar a las ideologías como integrantes de un proceso definitivo, pero alertando que debe evitarse toda fosilización o cristalización, como aquella que deviene de su caracterización, simplemente en sí misma, como una entelequia circundada en el espíritu.

Debe repararse en cambio en la ideología como proceso, para poder considerarla desde la diversidad de sus integralidades; así comenzar por crearla como una representación en la imaginación o conocimiento de los hombres acerca de sus fórmulas de vida, de su trabajo, de sus relaciones con los demás hombres, con la reposición del sistema social que las contienen, o bien resumidas, aceptarlas llanamente como un sistema de ideas unificadorio, que se vuelca y proceden sobre las conciencias de los hombres. Paradojalmente unifican con su práctica hasta el discurso sobre la muerte de las ideologías y aun de la historia como abarcativa de la misma, sin poder ocultar la condición ideológica de tal discurso.

De una o de otra forma, también puede asignársele una función política-social, al lograr comprobar que aseguran la unidad y coherencia de los componentes del grupo, clase o sociedad que la ejercitan. De su

signo dominante resultará si la supremacía hegemónica se vuelca a la consolidación de la ideología burguesa garantizando la reproducción de las relaciones sociales persistentes o si en cambio puede convertirse en el argumento que impulse la transformación de la sociedad.

Se tome por donde se tome, la vinculación coherente con la historia exige que nos separemos rápidamente de todo contenido idealista, irreal y etéreo para ratificar que tal sistema de ideas, la ideología como proceso social, solo existe y tiene eficacia histórica si se refiere a un sistema de relaciones sociales. Se trata, ya lo hemos dicho, de un esquema orgánico de ideas que consolida un cuerpo conceptual socialmente establecido, por origen y desarrollo. No sirve, es insubstancial pensar en la ideología como patrimonio o experiencia individual, como ejercicio singular de un ser humano: siempre en todos los casos, la ideología debe articularse con una realidad social dada.

Se puede manifestar tal discurso desde otro ángulo: la ideología no puede asimilársela al contenido existente en una discusión lúdica sobre las ideas del mundo, se trata en cambio de una penetrante y comprometida representación del mundo de las ideas, como producto social, como resultante victorioso del conflicto que se disputa permanentemente en el seno de la sociedad y que se expresan como síntesis en el seno de la ideología, o de la creencia dominante territorializada en el Estado.

Todavía puede buscarse orígenes más primitivos para esta culminación en el Estado dominante, orígenes iniciales que conduzcan hacia el proceso final estatal. Por eso importa encontrar el ámbito de su disputa originaria, o cercana íntimamente a su génesis, al recinto del conflicto en el que se dirime la supremacía.

Esos ámbitos fundamentales o primarios como hemos dicho, son las instituciones sociales vigentes en la comunidad que alienta tal ideología resumen. Hemos mencionado así, a la Iglesia, la Educación, los Partidos Políticos, los Sindicatos, los recintos jurídicos, los Colegios Médicos, las Universidades, etc.

Allí es donde las ideologías registran sus condiciones concretas de existencia y en donde producen sus encuentros decisorios para construir el esquema ideológico dominante en cada una de las regiones institucionales indicadas. Pero es allí también donde son impactadas, influenciadas, modificadas por la ideología en el poder.

En esa confrontación institucional va surgiendo la ideología dominante definitiva, que por lo demás nunca es arbitraria, ni ilusoria y se va conformando desde esos enfrentamientos con los problemas reales y tiene entonces validas raíces materiales que las nutre desde sus realidades.

Aquí se entiende que la construcción de la ideología se va perfilando a partir de las realidades existentes, de los conflictos y acuerdos que desde el pasado pugnan por impresionar tales realidades, así como también los acontecimientos científicos y políticos que aparecen permanentemente.

Este es el instante del acuerdo posible, del consenso resumen de la elaboración de la ideología y en el mismo, se entenderá que en el conflicto de grupos y clases y en las contradicciones de tales conflictos, se va estructurando la ideología que sobrepase y supere a esas contradicciones, que resuma y unifique en torno de los intereses fundamentales del grupo o clase dominante el sentido predominante para marcar la tendencia dominadora. Esa es la ideología del poder en ejercicio, nunca el producto de una individualidad, ni la consecuencia pura de una lineal concepción del mundo.

Es el momento entonces de volver sobre este concepto de que los hombres por sí, no representan en las ideologías a las simples y directas condiciones concretas, eficientes y reales de su vida, del universo en el que viven. Aquí hay un detalle de gran significación que no puede ser obviado, ni desconocido. Los hombres en realidad, representan en la ideología, la relación que mantienen con sus condiciones reales de existencia. Esta relación es la que hace al núcleo de la representación ideológica, vale decir al núcleo imaginario de la realidad.

Esta fina y precisa distinción no puede ser desconocida. Existe en todas las situaciones dándole al acontecimiento característica de constante y ello mismo, invalida científicamente cualquier afirmación idealista de muerte o desaparición de las ideologías, o de la historia que las contienen.

Por eso, no puede dejarse de lado que la representación de las condiciones reales de existencia de los seres que son los productores, los represores, los ejercitantes de la política, de la cultura, de la medicina, devienen en última instancia, de las relaciones de producción y de las relaciones sociales que son su consecuencia. La sociedad existe porque tales relaciones sociales son inexorables y por ello los seres humanos tienen de todas formas atributos ceñidos a la ideología que no pueden abandonarlos en tanto la sociedad tenga expresión histórica. Allí la ideología absorbe sus características de relación imaginaria de los hombres con las relaciones sociales que son permanentes, aunque lógicamente admitan diferentes calidades.

Esos individuos que viven en la ideología, es decir conviniendo a una determinada representación del mundo, religiosa, moral, cultural, sanitaria, jurídica., etc., en su representación existencial, transforman la deformación imaginaria en dependiente de su relación imaginaria con sus condiciones de vida, vale decir, en último modo con las relaciones productivas y de grupo social o clase en la que están situados.

El ser ideologizado en esa representación, toma actitudes y comportamientos cotidianos, participa de prácticas regidas por el aparato ideológico del que surgen las convicciones que tiene y utiliza en plena conciencia de representación de sujeto social.

En este caso, si ha asumido la representación ideológica que le otorgara la ideología sanitaria dominante de la medicina competitiva, por ejemplo en el campo de la libre elección del médico, adopta en consecuencia los comportamientos que sostienen su entendimiento ideológico, sometiéndose a esas normas sanitarias o se inscribe con gusto para protegerla cuando cree que se viola tal libertad de elección, o se la

reduce, estando dispuesto para toda práctica política o social que pueda plantearse para reconquistarla

La concentración de esa práctica social que dicta el aparato ideológico del ser individual, que le exige el cumplimiento de su convicción, lo define a ese ser como sujeto ideológico, que así funciona en ese y los demás actos prácticos de su vida cotidiana.

Este relato con relación a la ideología permite señalar algunos aspectos de las formaciones supraestructurales y de su vinculación imaginaria con la estructura económico-social.

Ya vimos que la ideología resultante para el aparato ideológico del Estado, contribuye al proceso de reproducción, pero se ve establecida esa función a partir de niveles anteriores de actividad, como por ejemplo, en la formación del recurso de la fuerza del trabajo y el cuidado de la salud que lo influye y vincula. Desde allí se perfilan esas funciones de reposición para las relaciones sociales, que en nuestra sociedad de grupos sociales diferentes, de clases sociales antagónicas, definen en todos los casos articulaciones de dominación o explotación, de los grupos del poder dominante.

Por eso hemos visto que la ideología sola no puede explicar toda esta situación porque resulta evidente que esa reproducción de las condiciones sociales de persistencia de la sociedad capitalista dependiente, por ejemplo no pueden quedar reducidas a una práctica técnica, en nuestro caso la salud, se remita a formar y reciclar a los individuos en los distintos puestos de la división profesional del trabajo.

Esa reproducción solo puede concebírsela, si además se la entiende como una práctica de clase, de grupo social y que se ejecuta a través del conflicto social que plantea sin reparos el poder dominante en el ejercicio del Estado. Pero a su vez, esa ideología del Estado, que rige en cada uno de los aspectos de las regiones de su vida político-social, también es producto de ese conflicto social en su propio seno religioso, sindical, sanitario, jurídico, etc.

Aquí en esta situación del razonamiento, debe repararse en otro aspecto excepcional y cuya ignorancia bloquea todo conocimiento de cada una de estas realidades regionales estudiadas. Se trata de reconocer que ese conflicto social, esa lucha de grupos en cada aparato ideológico observado, en nuestra preocupación en el aparato ideológico sanitario, la lucha o conflicto de grupos o clases, es un aspecto del conflicto social general que sobrepasa lo sanitario.

La ideología del grupo que controla el poder del Estado se hace dominante en el aparato ideológico sanitario, fructifica en él, pero lo desborda, lo supera sobrepasándolo, pero además y como ya se ha señalado y esto es clave, llegando a él desde otra parte.

Aquí está el concepto específico del entendimiento de las fuerzas hegemónicas para el poder ideológico sanitario. Solo desde este enfoque del conflicto social, de la contradicción que el conflicto hace inevitable, se comprende a la ideología que existe en el aparato conductor de la salud, como en cualquiera de las otras formaciones sociales.

De esta manera no solo se puede evidenciar la realización de la ideología dominante en el seno del sector sanitario y de su ideología resultante, sino también las formas del conflicto social en su interior y desde allí interpretar de dónde provienen las ideologías que se realizan en lo sanitario y que allí se enfrentan.

Si bien en la ideología del aparato sanitario se imprime la forma en que la ideología del grupo dominante del Estado, debe realizarse y también la forma y el sentido en que la ideología de la clase dominada puede enfrentarse y ofrecer lucha, *las ideologías no nacen en lo sanitario*, ni en ninguna otra formación social, sino de las clases o grupos sociales, realizadas en la substanciación del conflicto social, de sus prácticas, de sus condiciones y formas de existencia, de sus expresiones de lucha, en fin, de su capacidad para consolidar su poder predominante a partir de su influencia y poder sobre la estructura socio-económica.

Al reproducir las relaciones sociales de producción, el mecanismo óptimo de la ideología sanitaria operante para ello, no tiene necesariamente un solo y único camino, pero eso sí, es la expresión terminante del grupo que domina sin reparos la sociedad.

Puede hacerlo desde el discurso para consolidar el mensaje reproductor del dominio social, o por otras vías; en ese grupo social en el ejercicio de la ideología sanitaria lo elegirá, conforme la opción que le brinda la determinación que impone el grupo social en el poder global. Por eso, este grupo detenta el poder histórico-social que se muestran en el Estado.

Otra vez queda elocuentemente claro en la narración de Piglia, en ese conmovedor relato sobre la zanja de Alsina para detener a los indios, cuando Moran, situado en el bar de un hotel del pueblo, levantaba la cortina de tela cruda “para ver los caminos de granza colorada de la plaza y el monumento a algún asesino vestido de uniforme”. Desde allí, señalaba el lugar donde había vivido el ingeniero alemán que dirigió el proyecto de la zanja que para entonces representaba todo un estilo de ideología dominante. Pero empezaba a discutirlo, a establecer las razones del conflicto social, “Pero Alsina murió en medio de las disputas y Roca sepultó el asunto y usó los recién importados Remington de repetición para resolver cristianamente el conflicto con los indios” (Piglia, 1988, pp. 46-47).

El poder aseguraba el cambio de la ideología por esta otra dominante, también desde la materialización de los fusiles Remington. Estos eran ahora los que expresaban la nueva ideología en el poder, que hablaba con este estilo de repetición de fuego, para concretar el dominio histórico necesario para esta consolidación del grupo agroexportador dependiente. A los indios masacrados no les alcanzó su particular concepción del mundo.

Sin temores, ni reparos, sin las limitaciones que pudieran insinuarle los subpoderes de las ideologías religiosas, sanitarias, culturales, jurí-

dicas, de esa época; la ideología del Estado dominante, en cambio, encontró su discurso adecuado y de eficacia histórica despótica para consolidar su poder. Aún duele su hegemonía, mostrando que la ideología verdaderamente no sepulta a la historia, la acompaña lisonjeramente.

Obras Sociales

Las obras sociales, o los suburbios del catecismo

Se habla del catecismo, como del libro que contiene la explicación de la doctrina cristiana, en ágil y comprensivo diálogo entre el maestro y el discípulo. Su metodología garantiza una fórmula eficaz para instruir con precisión, todo aquello que queda incluido, sin olvidos, entre las cosas pertenecientes a la religión. El resto, son las afueras, los suburbios del catecismo y que pertenecen a otras prácticas y cuya explicación requiere de otras técnicas y ciencias.

Pero también existe un amenazante mundo exterior, que puede confundirse, entremezclarse, unirse con la convicción mística del padre nuestro y de todo lo demás o preferir siendo extraños...

Eso le pasa al personaje casi etéreo que habita en *El hombre que llegó a un pueblo* ese relato desmedido, increíblemente absorbente, hostigante y de dolorosa sugestión que Héctor Tizón ofrece como una nueva medida corta y lacerante del paisaje nuestro, metido en el seno mismo del también nuestro catecismo interior.

Allí ese hombre que alguna vez recaló en ese fantasmal pueblo criollo, aindiado en su mezcla apenas iniciada y de corta recorrida con el invasor, aprendía que “Dios es la palabra y en el silencio estamos solos”. Los hombres de la ciudad, los del sistema, viven rodeados de palabras: ese es el consuelo que Dios les otorga. A los otros, aquellos que la ignorancia del catecismo coloca afuera, Dios los arropa, para incluirlos, con el consuelo de los hechos. Sólo cuando ello sea posible.

Esas gentes del amenazante mundo exterior, llegan al seno cálido del catecismo, al arropamiento propuesto, detrás del sueño cierto, de que “la divinidad que se imaginan con las figuras más diversas siguen morando en ellas”. Piensan en Dios cuando la cosecha es buena y cuando es mala, cuando llueve y cuando hace sol y todas esas cosas los acompañan como milagros.

El hombre que llegó al pueblo les dijo de la dicha que tenían por ver lo que ven y escuchar lo que escuchan, aunque en otras partes, en otros mundos y aún en nuestro mundo, la noche no siempre es noche y muchos hombres viven al revés.

Los arropados de la bondad de Dios dijeron que “en otros lados también debe salir el sol y perderse y también parirán las burras y las mujeres”. Sí, dijo el hombre, todo es igual pero son distintas las palabras que lo cuentan (Tizón, 1988, pp. 68-69). Esas palabras encierran los suburbios del catecismo, esa región confusa y evasiva de la que no todos quieren volver. Allí se quedan los que prefieren seguir extraños, unidos a la ambigüedad de otras palabras.

Pero estamos obligados a dejar por un rato este mundo envolvente del pueblo lejano, de un interior nuestro que a veces es tan infinito, que sólo puede recalar en nuestro conocimiento, en ese otro infinito del saber y del soñar. Debemos volver al mundo de los hechos, ese mundo donde Dios no ha dejado de ser, significa algo de la vida cotidiana, según piensan los pobres, campesinos y los niños, que como los que habitan el pueblo que Tizón traza, reconocen al Señor aún desde los su-

burbios, como una imagen que no son capaces de eliminar de sus vidas. Los atrae desde su pureza y allí adormecerán su cansancio, dejando en el exterior aquellos que cambiaron las palabras...

En el universo de esta realidad, las Obras Sociales también nos ayudan a reconocer el interior del catecismo y sentir la permanencia de los suburbios que han decidido quedarse extrañados y como evadidos hacia otro encierro.

Los trabajadores salieron a defender su salud, a respaldar a los suyos, ante la indolencia y la indefensión en la que los sumían los tiempos de la dependencia y del “fraude patriótico de la oligarquía”.

Creyeron en sus propias voluntades y pusieron una porción de sus salarios, para crear estas instituciones de la Seguridad Social dispuestas para lograr la cobertura esperada ante el infortunio de enfermar.

Nos toca pensar con mayor cuidado en esa compleja situación de la cobertura obtenida para la población afiliada al sistema. Se trata de reconocer el nivel real del derecho a recibir las prestaciones asistenciales que la Ley garantiza para los afiliados al sistema y que incluye concretamente: atención médica ambulatoria, en el consultorio y en el domicilio del paciente, internación integral y con la respuesta favorable para los requerimientos de las prácticas de diagnóstico y tratamiento, en ambas circunstancias, como también las prestaciones odontológicas.

Debe diferenciarse la idea de cobertura, tomada como simple hecho administrativo de inscripción al sistema, de aquella otra que se ofrece como característica de eficacia de la Obra Social, para la oferta de sus recursos con utilización apropiada de los mismos. En este sentido, la cobertura es una variable diferencial que mide más prolijamente la accesibilidad al sistema.

Las técnicas tradicionales han reparado en algunas variantes especiales para medir las mejores condiciones de cobertura, señalando entre ellas: a) *la accesibilidad geográfica*, que se refiere a la localización de los servicios componentes de la oferta para la cobertura de la demanda,

a una adecuada distancia, según sea el tipo requerido de prestaciones y la necesidad de la rapidez para su obtención; b) *la oportunidad*, que expresa el requerimiento de obtener el servicio cuando se necesita; c) *la suficiencia*, vale decir, la obtención de la prestación demandada en el momento necesario; d) *la personalización*, que indica la obtención de una práctica sanitaria, dispensada como servicio individual y digno; e) *la calidad*, que señala la condición del nivel de eficiencia y de eficacia garantizado para la prestación demandada y f) el costo de la práctica obtenida dentro de límites racionales y justos.

En otra oportunidad hemos indicado que estas consideraciones, sumidas en un clima neblinoso al que conduce toda interpretación tecnocrática de la realidad, deben ser superadas para sacarlas del aislamiento ideal al que las han sometido esas interpretaciones y unir las en cambio a las relaciones sociales de la comunidad considerada. No hay verdad esencial en el análisis de la cobertura y por ende de la accesibilidad a los bienes y servicios sanitarios, sin su referencia determinante por excelencia, los factores socioeconómicos que impregnan a esa sociedad (Ferrara, 1985, pp. 41 y ss.).

Alguna vez se creyó que las Obras Sociales habían llegado a ofrecer cobertura a casi el 80% de la población del país, situación que hoy está muy lejos de poder ser aceptada como cierta.

Pero de todas maneras puede reconocerse que aún hoy, en pleno derribo funcional del sistema, esa cobertura constituye el único recurso disponible para la salud de algo más del cincuenta por ciento de la población argentina. Cobertura y accesibilidad francamente diferenciada para cada uno de los componentes del sistema y que llega en estos tiempos a representar sólo una ineficiente respuesta para las precarias prestaciones mínimas que pueden exigirse para poder seguir viviendo, ante el riesgo más elemental de enfermar.

El Instituto Nacional de Obras Sociales indicaba en 1986, que del total de la población cubierta con esas precarias y discontinuas prestacio-

nes, el 51,3% pertenecía a Obras Sociales denominadas de la Administración mixta, entre las cuales se cuenta, ferroviarios, bancarios, seguros, jubilados, empleados de comercio, trabajadores rurales. Estas obras sociales representan sólo el 4% de las entidades de la Seguridad Social y como se dice, incluyen más de la mitad de la población bajo cobertura.

Las obras sociales sindicales, denominadas así porque tienen una vinculación funcional directamente relacionada con las organizaciones sindicales respectivas, cubren el 37,2% de la población total incluida en el sistema en esos años, involucrados en el ámbito de 199 Obras Sociales, que representan algo más de los dos tercios del total de las entidades que funcionan en la Seguridad Social.

Este rubro significa entonces una disímil situación de cobertura y de organización. Dos tercios o más, de las organizaciones institucionales del sistema, cubren apenas un poco más (37,2%) del tercio en la población asegurada. Pero es necesario señalar, que esta clasificación arbitraria no puede ni debe oscurecer la interpretación de la realidad. Tanto éstas como las otras organizaciones de la Seguridad Social pertenecen a los trabajadores y esta artificialidad debe ser rechazada, porque comienza por aparecer como una división didáctica y termina por imponerse como una realidad inmodificable.

Precisemos la intencionalidad. Un trabajador ferroviario, o del seguro, o de los empleados de comercio, o como un metalúrgico, un textil, o un obrero de la industria automotriz; o como un trabajador estatal, o de las empresas privadas especialmente contempladas en la Ley; en tales realidades, las clasificaciones del tipo de las Obras Sociales sólo tienen sentido didáctico, pero de ninguna manera pueden adquirir entidad jurídica y aún social, diferencial.

Valga esta precaución para que sepamos, por encima de divisiones legales, técnicas y aún políticas que, sin distinción alguna, todas las Obras Sociales son entidades de pertenencia económica y política de los trabajadores.

Estas divisiones clasificatorias del Instituto Nacional de Obras Sociales- Administración Nacional del Seguro de Salud (INOS-ANS-SAL)¹ y de la Ley, forman parte de una fórmula de restricción de la capacidad de consolidación del poder sindical que la sociedad liberal y competitiva impone desde la didáctica y armoniza cuidadosamente desde la legislación.

Retornando al cuadro Nacional de la población cubierta en el régimen de las Obras Sociales vemos que el 88.5% de la población cubierta por el sistema de la Seguridad Social está comprendido en estas dos categorías del INOS, la de las Obras Sociales de administración mixta y las Sindicales, propiamente dichas.

Quedan con un 4,8% de la población cubierta, las Obras Sociales del personal de dirección, entre las cuales pueden mencionarse, APS; OSDE; ASE; OSDIC; de la construcción, etc.; con un 4,3% las Obras Sociales estatales, comprendidas entre las organizaciones que cubren al personal de los ministerios y secretarías del Interior, Defensa, Comercio e Industria, Bienestar Social y empresas del Estado como Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF), Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL, Empresa Nacional de Correos y Telégrafos (ENCOTEL), etc.²

El 1.4% de la población bajo cobertura pertenece a las Obras Sociales por convenio, que son aquellas donde una empresa privada convino con su personal hacerse cargo de los servicios asistenciales que requiera su salud. Están dentro de esta categoría empresas como Ford, Pirelli, Ledesma, Refinerías de Maíz (Bunge y Born), etc.

Faltaría completar la lista, con un 1% de la población bajo cobertura, que está incluida entre el universo de algunas municipalidades que es-

1 En 1996, ambos entes se fusionaron mediante el Decreto n° 1615/96 para formar la Superintendencia de Servicios de Salud [N. del E.]

2 Estas tres últimas, fueron privatizadas durante los gobiernos de Carlos Menem en la década de 1990 [N. del E.]

tán adheridas a la Ley, otras empresas con participación estatal cubiertas por la Ley 21746 y finalmente una residual situación de los obreros y empleados del grupo empresarial Fiat.

Digamos como dato resumen y como expresión de la diferencia de significación de las organizaciones de las Obras Sociales, que para esos tiempos que informa el INOS, las cincuenta Obras Sociales más grandes suman el 93% de la población cubierta y que las primeras once, llegan a significar los dos tercios de la cobertura.

Neri se ha ocupado de observar que sólo un 5.4% de las camas instaladas en el país pertenecen a la seguridad Social. De ellas los ferroviarios tienen alrededor del 50%; YPF le sigue con el 12% y con ello muestra “que la modalidad básica utilizada por el sistema para brindar servicios es la contratación de los misinos, en primer lugar con el sector privado y accesoriamente con el público”. Las Obras Sociales han actuado entonces, como un sistema de financiación y de muy pocas maneras, como un organismo prestador de servicios directos sanitarios: se trata en verdad y fundamentalmente de un sistema contratador de servicios, para una cobertura parcial y no de un sistema integral que cubra todos los requerimientos en salud de la población.

Sigamos este razonamiento clasista del reconocido sanitarista del radicalismo, que para oponerse a la tendencia obrera de toda especulación en torno a la propiedad de las Obras Sociales, de toda capacidad para el poder sindical, reconocerá primero, que la financiación de las Obras Sociales es un verdadero impuesto al trabajo, porque es desde el salario del trabajador desde donde se sostienen las deducciones para las Obras Sociales.

Después, piensa Neri que además de tener una injusta significación sobre esos ingresos personales, porque al surgir de un porcentaje fijo y no progresivo con respecto al ingreso, no se incrementa su proporción al aumentar los salarios, se trata en suma de un monto que integra los costos de producción, trasladado a los precios y esta circunstancia le

otorga al sanitarista radical, alguna justificación parcializada para insinuar la irracionalidad del fundamento político-social, para la legitimidad de la participación sindical en el gobierno de las Obras Sociales.

Esa es su lateralidad clasista, de plena clase media liberal e idealista, hegeliana o ahora neohegeliana, que disputa la perspectiva del crecimiento aún parcial de los trabajadores, por un pluralismo formal que intenta ocultar el significado de la lucha sindical por vencer la contradicción esencial de las relaciones sociales resultantes de ese conflicto.

En ese convencimiento, Neri replica que “la Seguridad Social la paga la masa consumidora del país, o sea la Sociedad entera, y ella es su dueña” aunque este argumento “no debilita la necesaria participación de los directamente interesados en la conducción de los servicios que los afectan” (Neri, 1982, p. 135). Pero sirve para cuestionar el papel conductor que los trabajadores se señalan para con sus instituciones, entre las cuales las Obras Sociales, son incuestionablemente organismos nacidos de sus propias esencias productivas. Esta es la tonalidad anti obrera de este argumento parcial y lateralizado, cargado de tintes clasistas para brindar sus fundamentos anticlasistas.

Se trata de la misma voltereta ideológica, de la muerte de las ideologías, planteada desde la ideología liberal de la competencia, que pueden esgrimir los grupos o clases que hegemonizan el objeto del funcionamiento de la sociedad capitalista que regula las relaciones sociales vigentes desde su poder dominante.

Demoremos un segundo, no más, en esta modalidad de financiación dependiente en su globalidad del salario del trabajador.

Esta demora nos permitirá realizar una mirada esclarecedora sobre la situación social de Argentina al comienzo de la última década del siglo y percibir la intensidad del derrumbe económico-social que nos oprime y que se proyecta asfixiantemente sobre todas las prestaciones sociales y en particular sobre aquellas que como las de la Seguridad Social dependen del salario.

Comencemos por saber que en abril de 1990, de los doce millones y medio de personas en condiciones de trabajar, cerca de la mitad tenía problemas de inserción laboral; mientras que sólo el 22% de ellas trabajaban plenamente, en condiciones apropiadas y satisfactorias.

El índice de desempleo abierto se halla en 9,8% sobre la población económicamente activa y el subempleo supera el 10%. La tasa cercana, ya virtualmente en el 20% de población con problemas de trabajo, demuestra sin dudas que el país tiene un hondo conflicto estructural, con la gravedad que, a diferencia de lo que sucedía anteriormente cuando el ajuste se producía por la caída del salario, ahora crece la tasa de desempleo.

Más de la mitad de los desocupados en el comienzo de la década del '90 son cesantes que provienen de empresas pequeñas y medianas; el 60% de los desocupados son ex-asalariados; el 20% eran cuentapropistas o pequeños empresarios y el resto forman parte de los nuevos ingresantes al mercado de trabajo.

Observemos que el 45% de los desempleados son jóvenes entre los 19 a los 24 años y que en los últimos quince años los jóvenes sin experiencia laboral anterior ingresaban al mercado y hacían notar su peso en un 30% sobre los niveles de desocupación, hoy sólo la mitad de ellos, alrededor de 130.000 tienen esperanzas de obtener alguna ocupación y así aparecen como buscadores de empleo.

De los subocupados, casi el 60% son trabajadores independientes que realizan tareas de baja productividad; y todos los desempleados, como estos subempleados, han dejado de pertenecer a la masa de aportantes al sistema de la Seguridad Social.

En el Gran Buenos Aires se registró en 1989 un aumento del 40% en el número de desocupados con respecto de 1988, vale decir 253.000 trabajadores sin ocupación por encima de los registros en ese año 1988.

La Argentina, junto con Panamá y Ecuador, son los únicos países de América Latina y el Caribe que presentan una tendencia creciente en el nivel de desocupación durante los últimos años.

De la población en condiciones de trabajar, el 5% de los jefes de familia están desocupados; el 7% tanto de las mujeres como de los hombres, están en la misma situación. El 22% de los jóvenes de 15 a 19 años están desempleados en este comienzo de la última década del siglo XX en la República Argentina.

El resumen de este derrumbe se puede apreciar si se recuerda que en los dos últimos años el PBI cayó alrededor del 9%; el 3,1% en 1988 y el 5,2% en 1989, y que el PBI industrial disminuyó en el mismo lapso más del 12%.

La capacidad ociosa en la industria manufacturera llegaba en marzo de 1990, según cifras dadas por la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL), al 47%, con valores del 80% de capacidad ociosa en la industria de automotores; del 73% en artículos no eléctricos para el hogar; del 60% en tractores y maquinarias agrícolas; 55% en la producción química industrial, etc.

Puede certificarse el carácter estructural de este derrumbe, si se recuerda que la participación del sector asalariado en el PBI apenas sobrepasa el 20% y que, por ejemplo, el salario medio del trabajador industrial representa en marzo de 1990 el 42% del salario del mismo trabajador en enero de 1989, la producción por habitante retrocedió a niveles anteriores a 1970, es decir algo más de veinte años. No solamente no hemos crecido como era digno de esperarse, sino que nuestro aparato productivo por habitantes del país, apenas llega a los niveles de 1970. Esa industria tiene a su disposición una potencia instalada de 13.000 megavatios, pero apenas llega a utilizar la mitad.

Nada de esto es indiferente al derrumbe que vive hoy la seguridad social, si se tiene en cuenta que toda su oxigenación depende pura y exclusivamente del salario, dado que los ingresos genuinos de las obras sociales están sostenidos por los porcentajes de Ley, asignados al sistema, de esos salarios.

Podemos hacer aún una generalización un poco más amplia y pensar

como muestra de la equidad social, en la distribución del ingreso según los estratos de población que nos interese.

Conforme los estudios que realizara al final de 1989 la Fundación de Investigaciones para el Desarrollo Económico y el aporte de datos del Banco Mundial, con respecto al producto bruto per cápita de diversos países, se ha podido reconocer esa distribución de los ingresos por estratos sociales. Estos análisis se refieren a la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, pero “todo indica que, a grandes rasgos y ante la falta de datos más abarcadores, las conclusiones son aplicables a todo el territorio nacional”. Esta es la tabla resumida, que interesa observar:

Distribución del ingreso

Estrato de la población (Deciles)	% del Ingreso Total	Ingreso total del estrato millones dólares/año	Ingreso Per Cápita Dólares/Año	País con ingreso promedio equivalente
1 (10% más pobre)	2,0	1.600	486	Indonesia
2	3,3	2.640	800	Honduras
3	4,0	3.200	970	Camerún
4	4,8	3.840	1.164	Túnez
5	5,9	4.720	1.430	Perú
6	7,2	5.760	1.745	Malasia
7	9,0	7.200	2.182	Argentina
8	11,5	9.200	2.788	Portugal
9	16,4	13.120	3.976	Grecia
10	36,0	28.800	8.727	Reino Unido

Como se comprueba en esas cifras el 10% de la población del país, que se ubica en la base más pobre de la pirámide “se queda con apenas el 2% de la riqueza producida, mientras que el 10% que se acomodó en la punta superior se apropia del 36%”.

De esta forma se comprueba que 3,3 millones de los argentinos más postergados reciben un ingreso anual de 1.600 millones de dólares, de los 80.000 millones que se estimaron como base del Producto Bruto Total. En cambio, los 3,3 millones de los habitantes del país que viven en las mejores condiciones se repartieron un total de 28.800 millones de dólares.

Los pobres más solemnes de esta estratificación de población recibieron un ingreso anual per cápita de 385 dólares, similar al que obtiene en ese mismo tiempo un habitante de Indonesia: en tanto que cada rico que habita el último estrato de esta división de la riqueza se apropió de 8.727 dólares en el ñ como promedio, “que le permiten vivir como un inglés”.

Todavía podemos experimentar un estremecimiento mayor, si comprobamos que el 20% de los argentinos, alcanzan a recibir sólo el 5,3% de la riqueza producida, a razón de 706 dólares en el año per cápita y vivir con igual desesperación que indonesios y hondureños. En cambio, en el otro extremo de la pirámide otros 6,6 millones de argentinos se quedarán con el 53% del total de la riqueza. Exactamente diez veces más que los pobres de los dos últimos deciles.

El autor de la elaboración de esta tabla piensa que al ingreso nacional de estos dos estratos de población de los más ricos, que viven “como griegos e ingleses, habría que sumarle el rendimiento de los capitales que fugaron y que descansan tranquilos en cuentas suizas o estadounidenses”. Sus cálculos elevan estos valores en 5.000 millones de dólares más en el año, por lo que se alcanza un ingreso per cápita de 7.109 dólares en ese plazo, como promedio, para los integrantes de la población más rica del país.

Un solo dato comparativo más. En octubre de 1974 los 20% más ricos del país recibían el 39,5% de los ingresos y los 20% más pobres, el 8,8%. En el primer año de la dictadura del Proceso los ricos ya habían llegado al 42% y los pobres retrocedían al 7,1%. En 1989, repitámoslo los más poderosos llegan al 53% y los pobres al 5,3% del total de los ingresos. En quince años los ingresos de los pobres decrecieron un 40% de su nivel original, en tanto que el ingreso de los ricos creció en ese mismo plazo un 34% de su ya elevado nivel relativo de 1974.

De estas cifras y análisis, surge claramente la debilidad de los ingresos genuinos de las Obras Sociales, que le otorga características especiales al sistema: su capacidad de respuesta prestacional, así como la calidad y profundidad de la cobertura, está ligada directamente con el número total de los componentes del sistema y con el nivel salarial, base del porcentaje económico del aporte legal reconocido.

El universo de aportantes y el nivel del aporte definen la capacidad prestacional y ubica a cada grupo laboral en sus diferentes posiciones en cuanto a la solvencia económica de su Obra Social.

Esta circunstancia obliga a reconocer Obras Sociales más ricas, medianas y más pobres, sin que en la realidad el Fondo de Redistribución que la ley acordara para mitigar esas diferencias, haya podido cumplir efectivamente con esta equiparación de solvencia prestacional.

Como queda dicho, la doble dependencia de las Obras Sociales, en cuanto al volumen del universo de afiliados y el nivel de los salarios, las hace altamente sensibles en sus respuestas asistenciales, a toda política restrictiva sobre estos factores, ligados indisolublemente a los ingresos genuinos de las mismas.

Los valores de desocupación que mencionáramos, están repercutiendo en forma dramática sobre la realidad cotidiana de las Obras Sociales. Es cierto que tal dramatismo reconoce en su análisis profundo, la incidencia de más de un factor, tanto cuando se lo observa desde los recursos, como cuando se enfoca el derrumbe, desde la oferta de servicios,

con la incidencia creciente de los costos médicos, del impacto despiadado de una tecnología indiscriminada y hasta irracional, sin olvidar el crecimiento de conductas perversas impulsadas desde tal oferta. Pero es bueno que podamos calificar esta multicausalidad de la profundidad del estudio y entender la determinación de excelencia que impone la estructura económico-social sobre el funcionamiento sanitario todo y de las Obras Sociales en particular. En buena medida las grandes causas de la multideterminación, se aúnan en la síntesis dialéctica que asumen los factores económico-sociales, directamente responsables de las relaciones sociales vigentes en la comunidad nacional.

Sumemos para las microdeterminaciones, a los niveles crecientes de desocupados que han dejado de aportar al sistema, al perder sus relaciones de dependencia laborales; el importante impacto de los salarios no contributivos al sistema de la Seguridad Social expresados por los llamados “salarios en negro” de la actividad privada y el reciente sistema de los incrementos salariales sancionados por el Estado, en condición de sumas fijas igualmente no contributivas a los porcentajes de los ingresos genuinos de las Obras Sociales.

Pero el valor resumen de la incapacidad de la respuesta prestacional de esas Obras Sociales, se mide sin dudas con exactitud cuando se comprende la dimensión que ha tomado el decrecimiento de los salarios de los trabajadores. Esas son las cifras que evidencian la insolvencia del sistema para responder a los requerimientos de la demanda, sin olvidarnos de aquella Ley de Say que ha determinado para siempre el papel generador de la expansión de esa demanda, que le corresponde en todo tiempo y lugar, a la oferta organizada.

Alguna vez se pensó que era posible modular una relación racional de la oferta y la demanda, como así también establecer alguna posibilidad de armonía intrasectorial con la creación de un organismo central, que al menos para las Obras Sociales nacionales pudiera coordinar acciones y esfuerzos comunes.

Esa conducción nacional fue establecida a través del Instituto Nacional de Obras Sociales, el INOS, que desde la ley de 1970 tuvo asignadas funciones de esta naturaleza, tal como de alguna forma habría sucedido desde la década del '60 con las obras sociales provinciales a partir del denominado Consejo Coordinador de Obras y Servicios Provinciales.

Pero el INOS a lo largo de esta experiencia de casi veinte años, se presenta como una débil experiencia de conducción del sistema, cumpliendo solo una tenue actitud supervisora y de alguna intencionalidad coordinadora, pero sin haber podido mostrar en tal tiempo una definida personalidad institucionalizadora para el sector y mucho menos haber perfilado una actitud programática eficaz, para sus Obras Sociales integrantes.

Lo cierto es que en su seno y funcionamiento se percibieron tal vez como en ningún otro lugar de la vida política social argentina, las diferentes tensiones que los grupos de poder ejercitaron para lograr su predominancia o hegemonía. A decir verdad, se trató de un campo de operaciones, donde se escuchaba y observaba la heterogeneidad cambiante de las tendencias dominantes, que como sucedió en la sociedad argentina de esos años siempre concluían acompañándose con los intereses determinantes de turno.

No puede perderse de vista que más de la mitad de ese tiempo, el país vivió una conducción dictatorial y que los años de la democracia, en su casi totalidad, fueron períodos de transición cuya sectorialidad no se caracterizó por una decidida posición política, para ese campo de las Obras Sociales.

Es que en tal período, aunque aparecería determinada esa tendencia vectorial y de todas maneras los grupos hegemónicos terminaban imponiendo su determinación, la sociedad argentina no configuraba una sociedad unitaria, ni aun en el momento más trágico de la sangrienta dictadura del Proceso que comandaron las Fuerzas Armadas.

En el seno del poder del Estado, la sociedad argentina vivía el cues-

tionamiento a esa unidad dictatorial de entonces y de la transición democrática después. Allí se producía la resultante de la existencia de los conflictos sociales y de las contradicciones que los generaban. Se evidenciaron como una escena cambiante de conflictos visibles, abiertos, o sordos y subterráneos. La sociedad debió insistir en negociaciones, imposiciones concertadas o dictatoriales; vivió la violencia, el desorden doloroso y apeló a fórmulas de arreglo y concertación, que en definitiva solo postergaban la solución permanente de la justicia y el crecimiento.

Recordemos que estos tiempos que acompañan esta tenue experiencia conductora del INOS, esta debilidad evidente de seria y profunda incapacidad rectora para el sector, se inician a partir de un proceso desintegrador que se expandía desde el interior del país y que llegó a tomar formas de verdadera rebelión popular, que venían a expresar tumultuosamente las contradicciones y tensiones que el país soportaba. El “Cordobazo” es la expresión más sobrecogedora de esta conflictualidad social que se traducía en el seno del poder del Estado.

Debajo palpitaba la realidad socioeconómica que determinaba por excelencia, esta causalidad social. Se vivía en el interior de frustraciones políticas que expresaban el freno de nuestra capacidad creadora de riqueza; una tasa de crecimiento negativa; la descomposición ruidosa del esquema social de acumulación, sostenía una recesión que aún no ha concluido; una inflación endémica, una pérdida de la decisión productiva nacional, con avance de la supremacía de las multinacionales.

Todo esto condujo a una clara reducción del papel participativo de los estratos populares en el seno de la población económicamente activa, que llevó a la contracción de los componentes trabajadores en esas capas populares intervinientes en el conflicto. Fue claro que se perdía a través de los años la vitalidad de las bases obreras en el desarrollo de su acción sindical, que fue trasladándose hacia otros estratos de las fuerzas laborales intervinientes en el proceso productivo. Pero también esta desintegración, especialmente programada por las dictaduras de

Onganía, Lanusse y particularmente por Videla y el Proceso de Reorganización Nacional, conocieron toda clase de medidas y de articulaciones tendientes a desmontar aquello que llamaban el poder sindical. Uno de los mecanismos utilizados, específicamente en los momentos de recomposición social por esas dictaduras, fueron los esfuerzos desarrollados para reconocer y acrecentar la hegemonía de dirigentes que se sostenían detrás de los vínculos que les otorgaba el poder burocratizado de sus organizaciones.

El INOS fue un escenario importante para recoger estos conflictos y estas tendencias que se expresaban en el conjunto de una sociedad que no lograba su integración armónica y justa. Pero en ese sentido, sus diferentes períodos desde 1970, mostraron la esterilidad de una función híbrida, que sólo retenía en su seno, los resultados irresolutos del conflicto. El poder determinante de esas diferentes etapas, realizó confusas operaciones de acuerdos de cúpulas, en las que intervinieron predominantemente poderes corporativos, con nítido tinte burocratizante, tanto para los trabajadores, como para los empresarios intervinientes.

El Estado negoció allí con esas burocracias. Le resultaba más fácil esta concertación, porque además de haber elaborado buena parte del crecimiento y consolidación de esas burocracias, el poder de las Obras Sociales y del INOS, fue, sin dudas durante las dictaduras, una base de acuerdos, que frecuentemente se la confundió con un botín de guerra, o una eficaz moneda de cambio para buscar el equilibrio político circunstancial, en una sociedad convulsa o en lenta desintegración.

Esta es una de las razones por las que el Estado prefirió, o utilizó como fórmula de gobierno del INOS y de las Obras Sociales, las intervenciones interminables, en lugar del juego conflictivo, pero creador, de la democracia y del gobierno de los legítimos representantes de los trabajadores, como mecanismo de conducción institucional.

También resulta evidente, que a medida que han ido pasando los tiempos históricos, los trabajadores han ido transformando en buena

medida sus conducciones burocráticas, produciendo una depuración saludable en el seno del poder organizado del movimiento sindical.

Esta democratización para el poder sindical también ha representado una verdadera preocupación para la ideología predominante en la sociedad argentina y su inquietud se ha proyectado hacia la conducción de estos organismos del poder social. Tal vez la dimensión de la transformación posible que presupone el desplazamiento del gobierno de tales organismo del poder social, como las Obras Sociales y el IMOS, hacia los genuinos representantes de los trabajadores, superando la era de las burocracias corporativas, explique las razones históricas por las cuales se haya podido reconstruir la democracia en el seno de las instituciones del país regidas por la vía constitucional y no se haya restaurado, al día de hoy, la vigencia plena de la referida democracia, en los organismos de la Seguridad Social (final de 1989).

La ambigüedad de otras palabras

Ahora vamos a buscar la ambigüedad de otras palabras, aquellas que encierran los suburbios del catecismo, esa región evasiva de la que no todos quieren volver. De esta manera podremos aprovechar la sabiduría recoleta que aquel hombre que llega a un pueblo, nos dictara casi enigmáticamente.

Es necesario que nos demos cuenta para ello de una característica dominante que acompaña al sistema prestacional de las Obras Sociales. Es un repetitivo dato de la realidad, que llamativamente ha tenido poca significación valorativa para el estudio de los fracasos de eficacia del sistema, o en cuanto a las debilidades programáticas que se le pueden asignar. Se trata de la vinculación del sistema de la Seguridad Social con el sector privado prestacional, nítidamente acentuada a partir de la sanción de la ley 18 610.

Estas vinculaciones se han producido por dos caminos preferenciales: el primero, por los convenios que se establecieron entre la Seguri-

dad Social y las entidades gremiales representativas de los prestadores, entre los cuales están las Federaciones Médicas y Odontológicas, las Asociaciones de Bioquímicos, Psicólogos, Kinesiólogos, etc, los Colegios Farmacéuticos y las Federaciones de Clínicas y Sanatorios.

El otro camino ha sido el de los contratos de servicios con individuos o con grupos de prestadores, producidos en forma arbitraria por la Seguridad Social conforme diferentes causas y razones, pero sin intervención de los organismos representativos de los respectivos prestadores.

Para ambas situaciones la modalidad del convenio puede reconocer diferentes fórmulas de retribución de esos prestadores. La modalidad más frecuente ha sido la del pago por acto profesional, conforme un valor arancelario que estipula el denominado Nomenclador Nacional, que es un listado de precios para cada practica reconocida por las partes.

Otras veces esa retribución ha sido el *pago por capitación*, o sea un monto fijo mensual por afiliado cubierto más allá del número y calidad de las prestaciones que brinde el profesional o el organismo asistencial demandado.

En menores oportunidades se ha utilizado el *pago por cartera fija*, una suma establecida de antemano, para la asistencia de la población incluida en el convenio, sin relación directa con el número de los beneficiarios del sistema, ni con la calidad y cantidad de las prestaciones realizadas.

Queda también como posibilidad de retribución a los profesionales el pago por salario mensual, sin vinculación de ninguna manera, ni con el número de afiliados, ni con las prestaciones. Esta modalidad suele ser más frecuente en el caso de los establecimientos contratados directamente por los organismos de la Seguridad Social y es el sistema casi exclusivo con el que se remunera a los profesionales que desarrollan sus prácticas médicas, en los hospitales a servicios propios, de cada Obra Social.

El sector privado al que nos referimos puede evidenciárselo, tanto en el sector profesional independiente, con consultorio o sede propia, generalmente involucrado en los convenios firmados por sus organizaciones gremiales representativas, como por las empresas que prestan servicios con sus recursos físicos, humanos y técnicos.

En ambos casos se mantienen aún en sus prácticas cotidianas, los atributos y características de la medicina liberal que incluye, la libre elección del médico, el pago por acto profesional en forma preferencial, la individualidad prestacional y el manejo autónomo de la demanda. Estos atributos suelen estar consignados como capítulos preferenciales de los convenios que se firman con la Seguridad Social.

Podemos adelantar, con el simple sentido didáctico y de resumen indicador, que tales características y atributos han consolidado un estilo de atención médica que reconoce varias condiciones dignas de análisis. Así nos encontramos con una práctica curativa, individualista, ajena o alejada de toda programación para la demanda, con una definida actitud de inducción de las prestaciones.

En este último caso, la experiencia muestra sin excepciones, un incremento de las prestaciones brindadas, es decir una marcada sobreprestación en los modelos de pago por acto médico y a la inversa, una inducción negativa, o subprestación en los casos de pagos por capitación o cartera fija.

Se han sumado sobre estas consecuencias, o estilo de atención médica, desviaciones sobre los convenios o contratos firmados que constituyen serias y frecuentes perversidades para con el sistema, a las cuales nos referiremos más adelante.

También la realidad ha mostrado la consolidación de otras características, que unidas a las anteriores le han otorgado al modelo de atención médica prevalente, una personalidad específica y cuyo perfil resulta fundamental reconocer para poder actuar sobre el particular, bien para afirmar sus virtudes, bien para corregir sus errores y des-

viaciones, o bien para elaborar en los estamentos y lugares que corresponda la transformación estructural del mismo.

En ese sentido se pueden señalar como condiciones resultantes del sistema indicado, el crecimiento de las entidades gremiales profesionales, no sólo en número, representatividad y desarrollo científico-gremial, sino como factores de poder incorporadas a las ecuaciones del poder político-social vigente o dominante.

Se añade a esta condición, el incremento percibido y en constante elevación de los intereses sectoriales, aún por encima del conjunto de la sociedad y seguramente como consecuencia de una incorporación decidida al sistema social competitivo que no puede ofrecer otras variantes sobre este particular.

Ello se evidencia en múltiples oportunidades, por el interés del endogrupo, por la visión de intereses lucrativos, el aumento significativo de su capital social, de sus propiedades, con frecuencia de estilos y calidades superiores a los de la media de la población del lugar; un conservadurismo creciente como instituciones y que traduce en buena medida, la posición individual o grupal de buena parte de sus componentes.

Puede agregarse también una inalterable racionalidad empresaria, que se ha caracterizado por una interesante multiplicidad de fines, o una variación de intereses, que se han traducido en la irrupción de esas entidades gremiales profesionales en el mercado de las prestaciones organizadas y en franca competencia con los sistemas de seguros médicos privados, e inclusive con algunas modalidades prestacionales de las Obras Sociales y también de otras empresas comerciales del sector.

Ahora sin embargo, preferimos dedicar nuestra reflexión por un momento a las empresas sanatoriales importantes, que ubicadas en la zona de las empresas lucrativas, han utilizado diferentes estrategias, sobre todo para haber sobrepasado las críticas condiciones del mercado capitalista de la salud.

Es común que en tales empresas comerciales dedicadas al “negocio de la salud”, se combine su propio desarrollo sanatorial, con el de los seguros voluntarios lucrativos, adheridos a sus sistemas de producción, o bien, muchos de ellos como productores de sus propios seguros.

El sanatorio que aquí se mencionaba, es la herencia reproductiva en sentido empresarial de la vieja o tradicional fórmula del sanatorio de una pequeña sociedad de profesionales, o mediana, que unieran sus esfuerzos para tener garantizado un lugar de trabajo privado. En aquel modelo esta motivación del lugar de trabajo, constituía la preocupación máxima de sus componentes, por encima de toda especulación en el desenvolvimiento lucrativo del establecimiento. En general, los componentes de esa sociedad de trabajo tenían asegurada su importante participación económica en la medicina a partir de su propia actividad privada individual, que los ponía, en general, fuera de todo otro cálculo comercial. Al menos así comenzaron buena parte de este tipo de sociedad sanatorial.

La empresa sanatorial competitiva, instalada en el seno de una sociedad lucrativa, ha salido a disputar un mercado, que actualmente está severamente comprimido y debe extremar sus estrategias para lograr atraer una demanda que se presenta como compuesta por clientes provenientes desde tres ángulos a) pacientes particulares, que son ahora de escasa presencia en la demanda del espectro prestacional, pero que aún persisten por encima de Obras Sociales, seguros privados u otras fórmulas de previsión sobre el riesgo de enfermar; b) por pacientes de prepagos de significación social; y c) de aquellas Obras Sociales que pueden enfrentar sobrepagos para los fijados por el Nomenclador Nacional.

Para atraer a ese atrayente sector de pacientes, por su capacidad económica sin limitaciones ostensibles para con la atención de su salud, estos establecimientos han producido acelerados cambios cualitativos que se ofrecen como elementos seleccionados cuidadosamente para

captar a esa fracción de la demanda. Esos cambios han insistido con preferencia, en el argumento de la alta complejidad en sus prestaciones.

Además de ello, la estrategia apunta a la oferta de una institución de elevado confort para la internación, en cuanto a las comodidades de hotelería, privacidad, lujosas habitaciones, cuidados preferenciales para la estadía de los pacientes y de sus acompañantes, como asimismo el servicio de alimentación y cuidado altamente personalizado para con el paciente.

Como queda dicho, a esta cuidadosa referencia a la estadía confortable del paciente y sus acompañantes, se suma el esquema de oferta tecnológica, ubicada bien por encima de la media sanatorial del país. Este alto nivel de equipamiento es celosamente publicitado, muchas veces remarcando la característica del único en su género, o señalando su condición de instrumento tecnológico de última generación. Las técnicas de ventas publicitarias de este producto sanatorial, son idénticas a las que se utilizan para expandir el consumo de aquellos bienes apetecibles por la alta burguesía, en nuestro país y en el mundo.

Este aspecto del equipamiento de alta complejidad forma parte de un capítulo de gran valor para el desarrollo empresarial de estos sanatorios, que si bien obtienen un importante impacto en la atracción de buena parte de la demanda buscada, el elevadísimo costo de los equipos que imponen las trasnacionales de estos rubros, como también los costos de funcionamiento y de mantenimiento de los mismos, ha producido no pocas situaciones de crisis empresarial, cuyas soluciones aún, en algunos casos no se logran en su totalidad y ponen a los establecimientos en condiciones económico-financieras de alta vulnerabilidad.

Este es un círculo diabólico que el capitalismo trasnacional ha reimpulsado desde las fronteras de los avances tecnológicos y que se percibe con dramaticidad en el sector sanitario, absorbido casi inexorablemente por esta penetración tecnológica indiscriminada.

Nos referimos en este caso, al sector sanatorial de los países depen-

dientes y en consecuencia hablamos de esa franja de establecimientos del país que hemos estado indicando.

Dichos sanatorios se ven impelidos hacia la conquista o aceptación de esos avances tecnológicos para mantener y acrecentar su clientela en la demanda de servicios de salud. Necesitan renovar su stock tecnológico y deben hacerlo a costos elevadísimos, en referencia relativa a sus capacidades de generar ingresos de similares niveles.

Cuando lo hacen y logran superar las conmociones de esas compras, cuando alcanzan a nivelar su situación económico-financiera, ya se ven impulsados a entrar otra vez en la lucha por un nuevo producto, o por una presentación innovada del anterior; en una vorágine competitiva que le imponen desde afuera de sus propias estrategias y aun de sus posibilidades concretas. Esta imposición generalmente se acompaña con una insolencia de precios y modalidades de venta, que ratifica sin embargo la complicada situación de dependencia del sector.

Una vez más la oferta impone el sentido de la demanda, los sanatorios mencionados caen en el círculo señalado y sus existencias terminan estrechamente vinculadas con el tecnologismo invasor, que imponen los países centrales desde sus agentes de venta, las empresas internacionales del equipamiento. Frecuentemente esa penetración tecnológica, no viene munida de las valoraciones técnicas y científicas de su eficacia, ni siquiera de las evaluaciones de costo-beneficio que elementalmente debería exigírseles.

El tercer elemento de atracción empresarial ha sido para estos sanatorios, el de la obtención del concurso de las figuras estelares de determinadas especialidades profesionales. También en este caso, por diferentes vías de nítido carácter publicitario, a veces mitigados o escondidos detrás de la difusión de algunos éxitos terapéuticos (trasplantes, cirugías espectaculares, éxitos de fertilización, implantes de órganos, etc.) o bien detrás de la atención cuidadosamente difundida de celebridades o de figuras destacadas de la vida nacional, en esos sanatorios y

por esos profesionales, sirven para los objetivos indicados de elevar o mantener el prestigio institucional y como inteligente y programada fórmula del acrecentamiento selectivo de la demanda.

En ocasiones las dos últimas condiciones indicadas, oferta-tecnológica y primeras figuras profesionales, se entrelazan en la realidad. Así empresarialmente los equipos de mayor complejidad y de última generación son ofrecidos con el profesional destacado, quien generalmente acaba de realizar una práctica especial e intensa en los países centrales y llega a nuestro medio para ofrecer el gran adelanto científico que tal tecnología permitirá.

Las combinaciones económico-comerciales que permiten esta unidad de equipos y especialistas de primer nivel, resultan múltiples y con frecuencia permiten al sanatorio, bien lograr una disminución de la inversión, si fuere el caso de que el médico es el propietario de ese aparato, o bien compartir con él el riesgo empresarial de esa inversión, pero en todo caso, mantener el liderazgo tecnológico y tener así la posibilidad de sostener su prestigio en el mercado y seguir manteniendo la atracción de la demanda apetecida.

Un detalle de interés, es que cualquiera sea la fórmula comercial de adopción que se utilice, tanto el sanatorio como el operador tecnológico profesional de altísimo nivel de especialización han mostrado dos tendencias destacadas en este campo. La primera, consiste en obtener la situación de monopolio de esta técnica por el mayor espacio de tiempo posible publicitando muy bien especialmente esta condición, reiterando en los medios de difusión, de toda forma comercial y científicista posible, esta primacía de ser los únicos en operar tal aparato, técnica o procedimiento.

La segunda se refiere a que tal unidad o combinación mercantil lucrativa, sanatorio-profesional especializado, desarrollan una minuciosa tarea de difusión entre los profesionales que puedan derivar pacientes de su clientela para esa metodología tecnológica de avanzada.

Pueden utilizarse múltiples formas de atracción sobre el particular: cursos difusivos, publicidad personalizada escrita, cartas personales del profesional a los potenciales colegas derivantes, pero sobretodo y frecuentemente acompañada del atractivo económico que puede agregársele a favor de quien prescriba tal práctica, en porcentajes significativos del costo de dicha prestación, a ser enviado religiosamente al domicilio del médico prescribiente con toda celeridad y apenas concluya la operación.

Son prácticas del mercado estas tendencias indicadas y como tal planteadas en el seno de una actividad comercial que disputa la maximación de sus ganancias; nadie puede sentirse ni defraudado, ni engañado en los procedimientos utilizados para optimizar, sin límites, tales beneficios. Son las reglas elementales del capitalismo, en genuina tarea de obtención de sus rentabilidades. Sin embargo resulta sorprendente que tales búsquedas de beneficios, se escondan cuidadosamente, dentro de la complicidad de un planteo exclusivamente científico. Ese es el doble mensaje culposo que tanto los establecimientos asistenciales privados de los que hablamos, como sus súperespecializados de primer nivel, utilizan para intentar negar aquello que es indubitable de la relación inseparable de estas prácticas con el espíritu lucrativo del capitalismo, el más despiadado, o el más mimetizado con el ropaje de la práctica científica.

De cualquier forma, este mecanismo de incremento de la demanda, para con la práctica superespecializada que se menciona, también ha sido debidamente calculada por la empresa proveedora del equipamiento, hasta tal punto de perfeccionamiento comercial, que con gran frecuencia, el plan de venta del referido instrumento tecnológico, suele acompañárselo, con el número de pacientes y de prácticas mensuales que requiere el cumplimiento de los pagos de las cuotas periódicas a las que obliga una adquisición en plazos de dicho equipo.

Así mismo y en caso de su compra al contado, el proveedor del pro-

ducto ha pensado por el comprador en potencia del instrumento tecnológico propuesto y entonces ese nuevo propietario, recibe un programa de prestaciones que debe generar determinado número por semana, mes, semestre, etc. para amortizar la inversión en plazos que pueden significar una atractiva operación lucrativa, conforme las reglas más claras del capitalismo competitivo, en las que se inscribe en todo caso y en toda oportunidad, la ubicación de una complejidad tecnológica de esta naturaleza.

Todo este planteo se produce en la genuina vocación del capitalismo que busca, su también genuina intensión lucrativa; pero claro está, escondiendo en la medida de lo posible y con celoso cuidado, para no involucrarlos en esta fiebre de la obtención de utilidades, bien capitalistas, ni al profesional estelar dueño de esa sabiduría científica, ni al sanatorio de avanzada que lo incorpora a su espectro prestacional.

No es difícil percibir que los sanatorios incluidos en esta categoría, como los profesionales estelares aquí mencionados, desnudan en toda operatoria la característica competitiva, mercantil y en consecuencia con aspiraciones lucrativas incontenibles, que envuelven a este estilo de medicina. Estilo que no es muy distinto de las otras fórmulas de práctica médica, pero que aquí se expresan despiadadamente, por más que se las cubra con el manto protector de denominaciones como Fundaciones, Asociaciones de Investigaciones, rótulos científicos, Academias para el avance diagnóstico, terapéutico, epistemológico. etc.

No serían dignas de mencionar estas condiciones y fundamentos de acción capitalista desenfrenada de la profesión empresaria-médica, si no fuera por la necesidad que existe de desmitificar la aureola de cientificidad, con que se recubre religiosamente esta tarea. Se trata de lograr descubrir el permanente mensaje oculto que se interpone sobre los objetivos de esa realidad empresarial capitalista. Es necesario saber, de una vez y para siempre, que el buen negocio al amparo de la ciencia y de la tecnología, aún es una buena posibilidad en todos los países y esta

franja sobre la cual hemos insistido, sirve como ejemplo demostrativo de la mejor región de explotación.

Una lectura seria, profunda y racional, servirá para entender que el equipo tecnológico innovador, ha sido el producto de un desarrollo capitalista de alta significación productiva y sólo cerrará su ciclo exitoso si consigue los rendimientos económico-financieros, su rentabilidad óptima, acordes con la inversión a que dio lugar su elaboración.

Todo lo demás aparece como superfluo e innecesario, aunque se hable desde el nivel de las Fundaciones al servicio de la salud, o se plantean la utilización de esos equipamientos, o de la actividad de esos profesionales para contribuir a determinadas estrategias de salud.

En esta medida de inversión-rentabilidad, capital-intereses, se involucra la intención más clara de la aplicación práctica de los análisis de costo-beneficio, a los que se somete hoy cada día más, a todas las actividades del sector sanitario, pero sólo enfocadas desde la rentabilidad del capital invertido. Se trata, como no podía ser de otra forma en la sociedad capitalista, de simples operaciones de contabilidad, destinadas a darle viabilidad y supremacía a aquellas prácticas, con aquellos equipos y con estos profesionales, que aseguren el superávit comercial apetecido. Son simples operaciones de sumas y restas de intereses económicos que utilizan como telón de fondo y medio publicitario, la altruista invocación a la salud de la población.

Esta lectura debe además revelarnos otro aspecto de esta fría y calculada explotación capitalista de la enfermedad. Con frecuencia asombrosa, gran parte de esas innovaciones tecnológico-científicas no se las somete a otras valoraciones de "*efficacy assement*", es decir, de evaluaciones técnicas específicamente centradas en sus efectos sobre la salud.

A veces ha sido suficiente contar con algunas estimaciones, aún superficiales e insuficientes, sobre la inocuidad de procedimiento que impone la tecnología; o con niveles generalmente intencionados sobre la eficacia sanitaria del método que desarrolla tal invento, para inun-

dar al mercado con su publicidad y agresivas fórmulas de comercialización. Estos procedimientos de publicidad-comercialización, tienen en cambio sobradas muestras de su eficacia capitalista para imponer el producto, en la justa medida que exige el cumplimiento del objetivo lucrativo de la empresa comercial que lo impone.

Llegarán después los tiempos de los desengaños sobre esas innovaciones impuestas, o lo que es peor, las dramáticas consecuencia iatrogénicas a las que dieron lugar, expresadas en muertes, sufrimientos, deformaciones, desesperanzas. Pero ya los objetivos indicados por las fórmulas comerciales de la ecuación costo-beneficio, en muchas oportunidades consiguieron ser fielmente cumplidos y el capitalismo sanitario, en este último eslabón operativo sanatorio-profesional estrella, volverá a retornar su ciclo de rentabilidad asegurada, con otra innovación puesta a su disposición.

Así ese ciclo recomenzará y a pesar de algunos clamores, de otras apreciaciones científicas y de críticas certeras en algunos casos, que se mostraran sobre los caminos anteriores, volverán a faltar, o serán otra vez evidentemente escasas las evaluaciones sobre *seguridad* del procedimiento, es decir en relación con los riesgos relativos que despliega su uso sobre la población sometida al procedimiento señalado.

Serán siempre limitados y hasta justificados en sus limitaciones, todos los *ensayos clínicos* que pudieran ser aceptados como procedimientos de elección para medir eficacia y seguridad sobre tal tecnología. Hablamos de *eficacia social*, del beneficio que una comunidad puede obtener en sus niveles de salud ante la utilización de una innovación determinada.

A diferencia del beneficio computado a través de los costos económicos, este indicador evaluativo se consigna también como una relación con costos, pero con *costos sociales*, es decir, con su repercusión global sobre el bienestar de la población incluida, variando el eje de información sobre el costo del método. La población es el foco de toda

evaluación justa y no el capital invertido para poner en actividad a dicha técnica.

Tampoco importa en exceso la observación del costo-eficacia en cuanto la comparación para el costo unitario de los resultados de diferentes tecnologías, si su resultado comparativo no se vuelca sobre sus repercusiones sobre la sociedad en cuanto salud y bienestar y no sobre la unidad de capital invertido en todo caso.

La evaluación de la tecnología es también en última instancia, un procedimiento que define actitudes y consecuencias, con resultados y expectativas, sólo comprensibles en profundidad, desde el enfoque global del valor de la comunidad, según la mirada del poder dominante. Más claro aún, toda técnica de evaluación de las innovaciones tecnológicas se encuentra teñida, sin excepciones, por la estrategia que dicta la ideología determinante desde su objetivo de maximizar su función de producción.

Otros suburbios del catecismo

Depositemos la mirada, un tanto más cansina e indagadora, sobre el sector profesional, aquel que ofrece sus servicios individualmente, en forma independiente, con consultorio propio, no sólo en cuanto propiedad del mismo, sino en cuanto su oferta como recinto elegido para el desarrollo de sus prácticas y saberes, en donde asiste a los pacientes que demandan espontáneamente su prestación de salud. Allí pueden concurrir enfermos privados, sin cobertura social y aquellos otros amparados por los sistemas de Obras Sociales o los prepagos comerciales en funcionamiento.

En esos consultorios es donde se ejerce, buena parte de la medicina ambulatoria, en la que se muestran rasgos decididos de la profesión liberal y que han persistido en la defensa de los atributos que son considerados básicos para esta práctica y con este signo.

Se trata de la libertad del paciente, en lo que respecta a la elección

del profesional que prefiere para su atención: de la libertad, dentro de su ciencia y conciencia, del profesional, para elegir la conducta que debe asumir frente al paciente para su diagnóstico y tratamiento. Libertad de prescripción para diagnosticar y para curar, ratifican esta condición de medicina liberal.

La modalidad completa su ciclo en tomo a la libertad indicada, garantizando, en forma preferencial, su fórmula de retribución al personal, por el pago por acto profesional, aunque como hemos señalado, los tiempos de crisis y de apremios económicos le indicarán a esos profesionales, que no se lesiona esta característica liberal de la medicina, si se producen las retribuciones por vía de la capitación o la cartera lija.

Como ya se ha dicho, estas dos últimas metodologías, que fueron aceptadas por las asociaciones gremiales como alternativas posibles, en la práctica cotidiana han concluido por constituirse en simples variantes nominativas de la modalidad del pago por acto médico. Sucede que las agremiaciones profesionales que han convenido las retribuciones por esas dos variantes, terminan liquidándoles los honorarios a sus integrantes, en la gran mayoría de los casos, conforme su reducción al pago por acto profesional.

En esos postulados de libre elección del profesional, libertad de indicaciones y prescripciones por parte del profesional y retribución preferente por pago por prestación realizada, se basa la modalidad celosamente definida por esos cuerpos gremiales, a lo largo de las últimas décadas en nuestro medio.

Resulta impostergable ejercicio de sociología médica y de política social, ensayar alguna interpretación sobre este punto esencial de la práctica profesional. Sus entidades representativas han hecho de esta modalidad una cuestión clave para su continuidad y desarrollo como grupo social y para sostener y aún aumentar su cuota de poder, en el esquema global de determinación del estilo de vida de la nación y de sus integrantes.

Observemos una de las interpretaciones. Se refiere al sostenimiento de la práctica liberal de la medicina, como un esquema de seguridad diseñado por los profesionales y defendido como cuestión indelegable por sus organizaciones gremiales, frente a los problemas económico-sociales del país y sobre todo a las crisis recurrentes que se presentan en nuestro medio.

Se vieron en estas libertades de elección y cobro por prestaciones, los mecanismos adecuados para la defensa de los profesionales en cuanto a sus ingresos, así como también un método económico que les otorga la perspectiva de formar parte de un sector que obtiene sus recursos según sus merecimientos individuales y alejado de cualquiera de los inconvenientes en que se ven envueltos quienes desempeñan su tarea en relación de dependencia y sobre todo en dependencia del Estado, que para este sector sanitario, es sin duda el sector de mayor significación laboral.

La profesión liberal apuntaba a estas defensas, otorgándole al profesional la libertad de dirigir por sí mismo la calidad y cantidad de la demanda de servicios, que al estar regidos por el pago por prestación, le concedían al facultativo, una atribución de altísimo valor, para conducir en buena medida, sus propias situaciones de ubicación económica.

A esta condición se refiere Aldo Neri cuando expresa que “la única válvula de seguridad contra los males crónicos y los efectos de las periódicas crisis económicas argentinas con que cuenta el profesional es, precisamente, su vieja adhesión a la práctica liberal”.

El autor rematará su discreta condescendencia con una situación, cuando menos de perturbación social, diciéndonos que este manejo liberal que incluye el pago por acto médico, que el propio profesional ordena en cuanto prescripción libre de prestaciones a cobrar por él mismo, “facilita un manipuleo consciente o inconsciente de la demanda de servicios, permitiendo una atenuación del deterioro de ingreso que provocaría nuestra averiada economía inflacionaria”.

Por lo menos llama la atención, pensar que pueda interpretarse esta

tendencia predominante del sistema liberal de práctica médica, como una metodología para atenuar el deterioro de los ingresos que provoca en los profesionales la averiada economía inflacionaria; pero sorprende en cambio, no escuchar las voces críticas de condena de esta actitud distorsiva de la profesión, al menos de buena parte de ella, para mitigar su perversidad detrás de este argumento compensatorio individual de cada médico, o grupal de su organización profesional, para enfrentar los problemas de una economía en crisis. Se trata entonces, de una solución personal o sectorial, que sólo esta profesionalización de la clase media universitaria de una parte de ella, unida con el poder dominante, o al menos tolerada por el mismo, puede desarrollar en nuestro medio.

Después va a tener razón este mismo autor... y hasta volverá a sorprendernos con su afirmación, que aunque estrictamente descriptiva, sin un solo juicio crítico valorativo, del que tanta necesidad tenemos, para sanear y pulir un sistema en vías de sostenimiento, en buena medida por prácticas corruptas, o al menos bien injustas, por elección personal de uno de los factores intervinientes, nos diga que “tal manipuleo se implementa a través de la inducción de prestaciones superfluas o al menos no indispensables, manera de compensar un nivel poco satisfactorio del honorario particular, del arancel de la seguridad social, o a la insuficiencia numérica de la clientela” (Neri, 1982, p. 140).

No importa ni la sorpresa, ni la falta de una rigurosa valoración crítica sobre esta modalidad en permanente crecimiento. Sirve la descripción por pertenecer a alguien que alguna vez trabajó muy cerca de las agremiaciones profesionales médicas, de sus organismos máximos y aunque en esta oportunidad no habla desde tal sitio, colabora con su sinceridad, al conocimiento de las tendencias que surgen de estas prácticas libres y de estos cobros por prestaciones, que son la bandera de existencia de tales agremiaciones.

Sirven, pero es necesario que sepamos leer con claro espíritu científico, qué caudal de complicidad, “consciente o inconsciente”, encierra la

afirmación, que hasta justificaría esta práctica dolosa de la sobreprestación inducida, como una “manera de compensar un nivel poco satisfactorio del honorario particular”. O la no menos ambivalente explicación por vía de la insuficiencia de la demanda.

Falta sin dudas, la consideración auténtica de esta práctica de la sobreprestación inducida, como una conducta antisocial, engañosa y fraudulenta, que se dirige contra el justo o reconocido derecho del paciente. A esto es a lo que se le asigna la condición de complicidad, al menos pasiva, con conductas cuasipermanentes del sistema liberal de la economía médica, a que conduce su práctica cotidiana.

Pero observemos un poco más a fondo esta distorsión del sistema, teniendo en cuenta que se trata hoy, en plena crisis económico-social y por ende en plena crisis o derrumbe del sistema de la seguridad social, de una patología prevalente intrínseca a este ejercicio competitivo de la actividad médica.

Asentemos antes dos aclaraciones previas. La primera que dice que perversidad está aquí utilizado en sentido casi etimológico, vale decir “*de pervertir*”, vinculándolo con verter, o sea trastornar, dando vuelta algo.

La segunda, que esta práctica perversa no es patrimonio de la totalidad de los sujetos que efectúan las prestaciones médicas en la seguridad social. Nunca la perversidad de un sistema, por más desviaciones que cometa y por más numeroso y hasta unánime que aparezca a la luz del conocimiento y de la información, es patrimonio de la totalidad. Aún en la perversidad cruel del hitlerismo y del estalinismo, en sus propias filas hubieron ejemplares que no ejercitaron sus transgresiones, al menos en su totalidad; hubieron discrepancias, voces encontradas y prácticas no consecuentes con la presencia dominante de esas atrocidades, como también sucedieron en el ejercicio del poder dictatorial del proceso que asoló a Argentina después del 76... Las contradicciones expresan en este caso la vitalidad del movimiento político-social, que los pueblos ejercitan aún en la dolorosa situación de las dictaduras de mayor cruel-

dad. Es ingenuo y ahistórico como acientífico y maniqueísta pensar que de un solo lado está todo el mal y del otro todo el bien.

Con estas prácticas dolosas de la medicina ocurre lo mismo; no todos los profesionales desarrollaron estas perversidades, ni tampoco quienes las utilizaron, las practicaron en todo tiempo y circunstancia. Pero tampoco es posible aceptar sin rebelión científica, la existencia de esta patología, o mejor dicho, creer en el ocultamiento sistemático de la misma por parte de los interesados en su reinado y desarrollo. Estas perversidades existen, son parte del fraude del sistema competitivo y lucrativo-comercial de la medicina, que han ido en aumento a medida que se tornaba más honda la crisis del sistema.

Esta elevación de los niveles de perversidad aparece como una constante y el patetismo de la situación consiste en que ha merecido escasa o nula preocupación formal y concreta, por parte de sus organizaciones gremiales profesionales. El silencio y la ignorancia del delito, como siempre en el liberalismo, aparece como el instrumento elegido para negar las contradicciones, para anular simuladamente las pústulas bíblicas que requieren comprensión y tratamiento.

Poca preocupación, cuando no silencio cómplice de sus cúpulas a lo largo del tiempo y celosa defensa de una condición de pureza para el sistema que no existe, son las constantes de una realidad sobre cuya mirada, estamos obligados a discernir.

Este doble mensaje se instaló con toda evidencia en la última década y en él se escondían estas prácticas perversas, de los cobros no autorizados de incrementos de aranceles, sumatorios a las sobreprestaciones, de los coseguros o "plus" no autorizados, que se instalaron como moneda corriente de un sistema en profunda crisis. El capitalismo dependiente veía crecer en su actividad cotidiana, un procedimiento teratómico que las instancias sociales del poder dominante permitían, como una concesión inevitable para el mantenimiento y consolidación del sistema capitalista instalado en la atención de la salud. Los médicos y sus orga-

nizaciones gremiales no eran más que portadores de esas vocaciones supraestructurales, que dictan el destino final de la sociedad en la que se dan las prestaciones sanitarias. Por eso procedieron con liviandad y clara complicidad. Eran parte del sistema competitivo y contribuían a sus maniobras distorsivas, porque de ellas dependía su persistencia. Se defendía implícitamente la condición de control social que Parsons le otorgara a la práctica médica.

A estas prácticas perversas, que en muy buena medida se desarrollaron individualmente, vale decir, se operaron en el secreto de la íntima relación paciente-médico, en el recoleto clima del consultorio privado de cada profesional, en las mejores condiciones para evitar marcas, señales o rastros de incompatibilidades legales, normativas o éticas, se les fueron incorporando con el transcurrir de los tiempos, variantes adulteradas, de perfeccionamiento de estas anormalidades económicas de la práctica.

Pero todavía y además de esos perfeccionamientos fraudulentos, se fueron aceptando una lenta y progresiva puesta en superficie, “sacada a la luz” de estas situaciones silenciosas y recoletas. Fueron los tiempos en que sobreprecios, especialmente estas manipulaciones económicas de consultas y prácticas, comenzaron a establecer una racionalización justificatoria, que de todas formas aparecerá como una decisión unilateral de un sector de la vinculación social, en su propio beneficio, por encima de toda otra legitimación consensual o normativa.

Ya en la superficie, esta trasgresión al sistema fue defendida, claro está más allá de toda presentación institucionalizada, como la justa apropiación que el sector debía hacer frente a la insuficiencia de los niveles de aranceles, que la ley entre las partes le asignaba al trabajo profesional, o ante la intensidad negativa que involucra una depreciación de los valores por los plazos de cobro y la inflación.

Estas justificaciones de sobreprecios, sobreprestaciones, etc., se intensificaron como decíamos, a medida que se profundizaba la intensidad

de la crisis y luego que las propias asociaciones profesionales se consideraron impotentes para frenar estas prácticas deformadas, de buena parte de sus integrantes. Volvía a ser cierta esa afirmación conformista de que la realidad es la única verdad y ni siquiera frente al fraude y el dolor de esa realidad, se intentaba el camino auténtico de la verdad en la lucha por la transformación revolucionaria de esa realidad.

Aquí sería interesante haber podido recoger la experiencia que las organizaciones gremiales médicas, obtuvieron sobre este particular, con la conducta de sus agremiados en el interior de sus convenios capitados, o en sus propios sistemas de prepago, que como hemos dicho retribuían a cada profesional conforme el modelo de pago por acto médico.

No hay evidencias públicas sobre esta experiencia. Al contrario, más de una Federación Médica ha mantenido en cuidadoso secreto, su dolorosa y a veces traumática experiencia con algunos de sus agremiados, que fueron detectados, incursos en transgresiones a las normas en vigencia para esos convenios capitados o sus propios sistemas de prestaciones prepagos: era el fraude en su propia casa.

En gran parte esas evidencias se mantuvieron en estricto secreto de cofradía, como congregación o hermandad, aunque se vieran obligados, como organizaciones constituidas a sancionar con destacada severidad a sus violadores de las normas instituidas. Es que en estos casos las distorsiones que se realizaban no perturbaban a terceros (Obras Sociales, afiliados, el sistema de Seguridad Social), ahora se trataba de una violación para con cada cofrade y entonces llegaba la pena que esta perversidad exigía. Sin embargo es bueno saber, que las maniobras dolosas crecieron tan intensamente, que terminaron por parecer absolutamente normales y permitidas, aún para los propios sistemas que administraban las organizaciones profesionales.

Todavía es peor; esa realidad pareció convertirse en la normalidad del sistema. Entonces, fuera quien fuere su administrador o propietario, tampoco hizo mucho para corregir sus desviaciones, sabiendo que

una severidad en tal sentido, podía significar hasta una catastrófica destrucción del sistema. Como en el capitalismo, fue necesario comprender, que el bloque de poder concede determinadas franquicias aun perversas, porque eso forma parte del mantenimiento calculado del esquema dominante.

Pero a pesar de todo, el secreto estipulado no permitió evitar que se difundiera al menos, la existencia de esta deformidad que el sistema toleraba y ofrecía en su operatividad general y que se proyectó igual e inexorablemente, en el seno mismo de los sistemas específicos que conducen o administran los propios profesionales.

Aquí también fracasaron o fueron ineficientes y poco valederos, los métodos de supervisión y contralor puestos en marcha. No alcanzaron y como algunos de sus inteligentes representantes manifestaron, el germen de la distorsión fraudulenta está ínsito en el sistema y lo ejerza quien lo ejerza, su miserabilidad delictiva, como expresaría una conducta irreprochable yrigoyenista, mejor decir krausista, estará siempre presente. Es el sistema: forma parte del sistema de la medicina mercantilizada y más allá de sus fronteras tomadas como socialmente aceptadas para la sociedad capitalista, siempre estarán presentes las vulnerabilidades de tal frontera. Los transgresores vuelven a ser simples portadores de la perversidad y su solución no pasa por suprimir a esos portadores, sino por transformar a ese sistema que hace posible normalmente tanta perversidad y corrupción. Estamos en otro suburbio del catecismo...

Entonces es válida una precisión más para este razonamiento. Se trata de mostrar que la formulación para la rectificación de las conductas desviadas que plantearon las organizaciones gremiales profesionales, inspiradas, en el interior de aquellos convenios que administraban y que por eso les dolían con específica intensidad, que se expresaran con algún celo particular y de interesada eticidad, la experiencia del país y también de otras partes del mundo, no parecen corroborar tan-

ta preocupación por el descubrimiento de los transgresores, o de los operadores ilegítimos. Ellos forman parte de un estilo determinado por el sistema competitivo y lucrativo de la medicina, tolerado y hasta exigido por las realidades operativas que requieren las relaciones sociales en vigencia.

En estos casos de prepagos propios, o aun en los convenios capitados, las organizaciones profesionales actúan como poseedoras de los medios productivos y en consecuencia, en su papel asimilable al de los propietarios, defienden la propiedad del sistema y su continuidad y condenan con más rigor, toda desviación a las normas que lesionen ese sentido de propiedad. Diferente será su conducta, cuando su papel se transforma y debe realizar la ejecución de la práctica médica, como simple operador de un sistema que le es impuesto.

En esas condiciones, asume su papel de explotado y realiza con soltura y hasta con persistencia su oficio transgresor a que lo impulsa su razonabilidad de injusticia sectorial frente a su remuneración determinada por el nivel de los aranceles fijados.

Digámoslo una vez más. Se trata en última instancia de comprender la perversidad del sistema lucrativo, más que aceptar o evidenciar las conductas desviadas de sus integrantes, que como lo hemos señalado reiteradamente, no son más que contenedores o transportadores de las condiciones de existencia del sistema, inserto en las relaciones sociales predominantes en la sociedad.

Todas estas consideraciones que hemos ido desarrollando, han tenido en su centro de observación, preferentemente la práctica médica ejercida por los profesionales en forma individual, o en grupos operativos y sobre todo en la atención ambulatoria de la salud y cuya relación económico-financiera se hace sobre la base de la concentración de los convenios por parte de las Organizaciones gremiales, Colegios, Agremiaciones, Federaciones Médicas, todos ellos en representación de los componentes de la oferta.

No ha sido diferente la situación que se planteara en la atención médica de internación, aunque algunas variantes de estas desviaciones se han desarrollado en mayor intensidad que en otras.

También la gran mayoría de los establecimientos asistenciales que integran la oferta de estos servicios de internación, cuentan con organismos representativos que buscan la obtención de los convenios y administran sus desenvolvimientos.

Las Federaciones de Clínicas y Sanatorios de las provincias y su organización nacional ejercitada por la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina, son quienes han desempeñado las tareas de conducción de estos intereses.

En dicho ámbito también se ha sostenido y defendido, aunque no con la misma unanimidad e intensidad, la libre elección del establecimiento por parte del paciente y el pago de las prestaciones por acto profesional.

En su seno convergen los intereses de la empresa sanatorial y de los profesionales que en ella actúan. Esos intereses aparecen como necesariamente separados al momento de la retribución de esas prestaciones. Ellos se expresan en las sumas que corresponden a los derechos sanatoriales por una parte y los honorarios profesionales por la otra.

No obstante esta distinción evidente en la división del gasto por práctica realizada, tales intereses reconocen frecuentes acuerdos comerciales practicados en muy disímiles esquemas, que incluyen desde profesionales a sueldo y sin participación en esos honorarios finales, como los diferentes porcentajes que pueden estipularse, en caso de profesionales que sostienen su condición de libre actividad y que se manifiesta a la hora de retirar la suma asignada por honorarios para la práctica realizada.

Quedan en el interior de esta compleja red de vinculaciones económicas del sanatorio y los profesionales, una multiplicidad de variantes, que con la profundización de la crisis, también han sufrido las desviaciones que hemos señalado con preferencia para la práctica médica

ambulatoria e individualista.

Sin embargo algunas de esas desviaciones perversas del sistema, en esta vinculación económica-sanatorial, se han exagerado hasta convertirse en una verdadera epidemia para esta medicina lucrativa.

En tal sentido puede mencionarse la institucionalización de los sobrepuestos o “plus” para la casi totalidad de las prácticas realizadas. Es obvio que al igual que para los médicos, no se trata de una desviación perversa extendida a la totalidad del sistema. Hay establecimientos enteros en su funcionamiento, o determinados servicios o departamentos de otros, o específicos profesionales, que en ellos actúan, que no intervienen en las distorsiones del sistema.

De cualquier manera, la experiencia progresiva, las dificultades que acarrearán las dimensiones de la oferta y la tendencia mercantilizada del sistema, han mostrado un crecimiento acelerado y sostenido de estas desviaciones ilegítimas e ilegales en sus prácticas a la hora de sus facturaciones. Allí es donde se registra, en números concretos, la especial perversidad del sistema. Se trata de optimizar la función de los ingresos y la realidad muestra, que todas las intenciones aparecen como válidas.

El episodio transgresor de mayor peso y en este sentido supera sin dudas al impacto que el mismo tiene en el ámbito de la práctica ambulatoria, lo constituyen las sobrefacturaciones. Se suman a las sobreprestaciones y al cobro sistematizado del “plus”, un sobrepuesto unilateral que se ha instalado imponentemente como una operación indispensable en el seno del sistema de internación.

En este caso ese sobrepuesto, ha ido expresándose en una modalidad operativa nueva que se traduce en la exigencia de un depósito previo e insoslayable, de determinada suma de dinero, antes de lograr la internación del paciente y solicitando con toda naturalidad como un nuevo valor de honorarios y/o de derechos de clínica indiscutibles. Se ha convertido esta modalidad del sobrepuesto sanatorial en un valor fijado del arancel que parece constituir “un derecho de atención”, solamente

determinado con absoluta libertad y discrecionalidad, en condiciones monopólicas por la empresa sanatorial y/o sus miembros integrantes.

Las clínicas y sanatorios incluidos en estas tendencias, han echado mano a esas prácticas desleales de la sobrefacturación, como en otros casos a todo tipo de procedimientos que pueda permitir el incremento de los valores obtenibles por sus intervenciones para resolver las demandas producidas. Se pueden reconocer en tal sentido la incorporación de prestaciones no realizadas, como la sumatoria de medicamentos y materiales descartables no utilizados, que también les permiten presentar sumas mucho más elevadas que las auténticamente consumidas.

En este aspecto y en los últimos tiempos, los materiales descartables se han convertido en una verdadera pesadilla para las finanzas de la Seguridad Social que debe afrontar los precios desenfrenados de estos elementos, tanto como las perversidades que sobre su utilización se efectúan en buena parte de los efectores sanatoriales incluidos en el sistema. Sirvan como ejemplo patéticos de estas crueldades, los descartables facturados en las hemodiálisis y los de la cirugía cardiovascular.

En gran medida estas realidades facturables se han convertido en perversidades delincuenciales, una vez más imputables a las condiciones del sistema y en este caso, referidas a las incompatibilidades estructurales que crean las penetraciones tecnológicas, indiscriminadas y que nuestro sistema sanatorial no tiene otra posibilidad que aceptar. Se suman los electores y un sistema asistencial cómplice, pero cautivo, para legalizar este fraude imponente que se está consumando, conforme la determinación por excelencia, de la estructura económico-social reinante.

No es fácil establecer el peso que han significado estas tendencias de la sobreprestación, la sobrefacturación, o el cobro de sobrepagos, seguros indebidos, a los “plus”, directamente exigidos a los pacientes en el movimiento de la demanda de las prestaciones.

No hay cálculos confiables, ni investigaciones a fondo y rigurosas sobre esta conducta perversa del sistema, oculta en gran medida, pero

reconocible sin dubitaciones por todos los componentes del mismo.

En algunas oportunidades y para algunas Obras Sociales que pudieron realizar apreciaciones sobre determinados sectores de sus gastos específicos; como también de haber calculado la incidencia de desviaciones detectadas sobre sus facturaciones, así como también las experiencias acumuladas sobre débitos efectuados sobre las facturaciones presentadas por distintos electores, se ha estimado que en los últimos cinco años en los que pudo efectuarse estas valoraciones, el peso de las sobrefacturaciones, sobreprestaciones, "plus", cobros indebidos, coseguros no autorizados, etc. elevarían las legítimas facturaciones, en no menos del 30%, en razón de estas prácticas desviadas que se han señalado.

Estos valores serán de cualquier forma muy difíciles de comprobar con exactitud, pero está claro en cambio, que en buena medida están directamente relacionados con las prácticas de las retribuciones del pago por acto médico, que sancionaba el Nomenclador Nacional y que como se ha dicho, tiene en su operatividad, casi inexorablemente adherida su condición de sobrefacturación y de sobreprestación.

Las autoridades de la Seguridad Social y particularmente las del Instituto de Jubilados, han salido al cruce de este instrumento condescendiente con estas perversidades y han elaborado un Nomenclador Nacional que debajo de la denominación operativa de Nomenclador Globalizado, intenta superar tales facilidades para el fraude.

Se globaliza el costo de las prácticas reconocidas, de manera tal que suceda lo que suceda, cada práctica no puede valer más que el precio global que se le reconoce, incluya lo que incluya para su realización.

Esta decisión de poner en vigencia otro listado de precios de las prestaciones, sólo significa un reconocimiento para la ineficacia del anterior Nomenclador que facilitó todo tipo de desviaciones económicas, tal como las hemos indicado. Pero la vigencia de esta modalidad globalizada, ni siquiera roza el sistema de atención médica liberal y competitiva y en consecuencia dejará en vigencia casi la totalidad de las desviaciones

que están insertas en ese perverso esquema de la Atención Médica.

No vale la pena entrar en filigranas para discutir este Nomenclador Globalizado, que como queda sobreentendido ni siquiera cuestiona los detalles más gruesos de un esquema perverso reconocido. Sobra con que se recuerde que han quedado intactos los valores para los sanatorios y hospitales privados y que como señala la resolución 87/87 del Instituto Nacional de Obras Sociales, este nuevo instrumento sólo tendrá vigencia “para la contratación de prestaciones que las Obras Sociales hagan con establecimientos del Sector Público”.

El Instituto de Jubilados y Pensionados tiene en funcionamiento un Nomenclador Globalizado y algunas indicaciones parecen surgir como para hacer pensar que el INOS quiere extender el uso de la resolución señalada, la 87/87 para todo el sistema.

Además de no haber producido modificaciones sobre prótesis y ortesis para los pacientes, sobre medicamentos, soluciones parenterales, diálisis renal, terapias radiantes y tomografías axiales computadas, que seguirán siendo facturadas como en el anterior Nomenclador para los pacientes internados, no solamente estos resabios del viejo instrumento, sino el espíritu general del sistema liberal, individualista e intervencionista, queda intacto al servicio de un esquema prestador que mantiene la iniciativa, conforme sus intereses económicos y sus apetencias comerciales.

Estaba sobreentendido que no se puede cambiar el sistema, ni proyectar aunque sea parcialmente su racionalidad, sólo con modificar determinados aspectos del listado de los precios de las prestaciones que puede brindar el sistema.

Poco ha modificado con este minúsculo cambio, sólo una zona restringida de la operación de la seguridad social. Ese cambio garantiza que nada serio ha de cambiar y que las desviaciones indicadas se exacerban en esta crisis del país, sobretodo como consecuencia de aranceles señalados como insuficientes y en razón de la continuidad

de un régimen de atención médica que sigue impuesto por los prestadores conforme sus requerimientos e intereses. Todo ello a pesar de las protestas que tal sector efectúa y de las dificultades ciertas por las que pueda estar pasando. El Sistema de Seguridad no se corrige con minúsculos cambios, ni del Nomenclador, ni de algunas estrategias operativas; mientras tanto, las variantes perversas del sistema siguen en funciones y permiten además su continuidad en plena crisis, pero lo que es peor, desarrollan otras formas de exacciones que incrementan la perversidad del esquema prestacional y del económico-financiero de la Seguridad Social.

Estas han sido las palabras distintas que como el personaje de Tizón remarcaba, encerraban los suburbios confusos y evasivos del catecismo, en el que quedan aquellos extrañados que prefieren habitar el mundo perverso de sus propios apetitos.

El nuestro, decía aquel hombre que llegó a un pueblo, define que “la noche es noche, que en el día el sol calienta la tierra y pudre la semilla”, pero en esos suburbios, en otros lados “las noches están iluminadas como los días y muchos hombres no duermen sino de día y así viven al revés”.

Alguien preguntó si eso, era malo y el hombre recordó, que sólo sería malo si a los unos y a los otros se los medía con la misma vara. Todo puede ser igual, “pero son distintas las palabras que lo cuentan”.

A ellas, a las palabras, debemos quitarles la ambigüedad de las que nombran a los componentes de los suburbios del catecismo. Las nuestras deben ser como las del hombre de Tizón, “como los colores, que sirven para que una cosa viva y valga diferente que otra, incluso que otra igual o parecida” (Tizón, 1988, p. 69).

En la seguridad social muchas cosas parecen igual o parecidas a las que habitan en el seno mismo del catecismo, pero son distintas y también tienen que ser distintas las palabras que lo cuentan. Esas voces son las que iluminan y le otorgan colores a la relación dialéctica de los

acontecimientos que se entremezclan. Estos son distintos en la articulación cotidiana que resumen las relaciones sociales vigentes y es entonces cuando se escuchan las palabras distintas que lo cuentan. Allí está la magia realista del hombre que llegó a nuestro pueblo...

Otra vuelta a la metáfora de los tahúres

No se puede dar por concluida la reflexión sobre el listado de precios de las prestaciones brindadas por el sistema sanitario de la Seguridad Social. Es necesario insistir sobre su análisis desde otros ángulos, o aún desde los anteriormente observados, a pesar del riesgo de cometer el error, por un lado fatigoso de la repetición, sólo convencidos de la necesidad imperiosa de conocer a fondo su significación política; o por el otro, error insolente de creer que el Nomenclador es el eje central de una visión sólo lucrativa y mercantilizada de ese sistema de las Obras Sociales.

Las dos cosas son válidas, pero el peligro del cansancio y la insolencia para el error de la repetición didáctica no pueden enmudecer el requerimiento de un trazo aún más fino para lograr la penetración epistemológica que requiere este signo esencial de un modelo capitalista de la atención de la salud, ineficaz, maltrecho y sospechoso, pero que se niega a dejar el ruedo.

El Nomenclador Nacional no es la enfermedad del sistema; es un signo de tal dolencia. Un signo significativo que nos conduce al núcleo fundamental del conocimiento político de la ciencia de la práctica de la Atención Médica, en la Seguridad Social.

Corresponde la observación científica de ese signo, si se quiere alcanzar el conocimiento que señalamos, la clarificación oxigenante que ofrece la mirada epistemológica de esa realidad cuestionante del signo. No solamente para nominarla y olvidar los problemas auténticos de su utilización. La mirada no debe concluir en frases, o en juegos lingüísticos, que puedan culminar en una lúdica propuesta comunicativa habermasiana.

La esencia de este signo nos debe llevar a su certeza científica y otorgarnos la gran aventura de colocar a la luz del día la realidad y el modo de funcionamiento del régimen mercantilista y competitivo de la Atención Médica, que normaliza el Nomenclador. Ese es el valor del signo, y la trascendencia de la observación epistemológica necesaria, que debe arribar hasta el interior mismo del mundo deformado, o compuesto por las injusticias de las relaciones sociales reinantes.

Se trata del hermético mundo de la historia existente, que se coloca en paralelismo con la visión que puebla de imágenes el *Cuento para tahúres* que construyera Rodolfo Walsh. En esa creación narrativa, el vibrante y comprometido producto literario nos traza una región habitada por un cerrado universo de tahúres, componentes de una mágica y especular prueba de aquello que relacionado con nuestra realidad, puede mostrar los perfiles de los arquetipos nacionales.

Así los busca con penetrante sagacidad Aníbal Ford, diciéndonos que en ese cerrado mundo walshiano habitan los personajes sobrios, casi vigilados y entonces doblemente sabios, pero tamizados al mismo tiempo por una corrección literaria que frena la fluidez del lenguaje y del anecdotario de otros relatos. Así esos tahúres, compadritos fulleros del cuento, se mueven regidos por duras leyes. En ellos “sobre el coraje, la sobriedad, la venganza, el aguante, planea la astucia, es decir nuevamente la inteligencia” (Ford, 1987, p. 158).

Se trata, en suma, de la potencialidad que otorga la ventaja de ser esencia de la realidad histórica de la que nace. Los tahúres del cuento ejecutan sus trampas para mostrar con inteligencia, los signos genéticos de sus particularidades vinculadas con esa realidad. Llegan desde las duras leyes de una sociedad determinante, a la que confirman y reproducen en la ejecución de sus engaños. Son los tahúres que las perversidades denuncian, sin que pueda obligárenos a detenernos en ellos. Esta es la linealidad simplista de una verificación superficial y sólo comprometida con el resultado final.

Nuestra tensión tiene que arribar más adentro del engaño y aún de la inteligencia necesaria para construir el perfil del tahúr de la práctica social que buscamos transformar.

Las teorías requeridas incluyen sus condiciones de aplicación en el seno mismo de su entramado conceptual. Aquí comienza a detectarse la resonancia exigible para construir la armazón científica que descubra el juego fullero, del tahúr social que ha surgido de la historia que nos oprime.

Las elaboraciones teóricas no pueden ser aceptadas así y sin más, ya no pueden tolerarse las cerrazones lógicas o racionales, que nos nieguen o nos oculten el entendimiento de que las teorías empíricas que nos interesan, están siempre construidas en vista a algunas relaciones externas, concretas y determinantes. De esta manera tales relaciones y las aplicaciones de las mismas están presentes, incluidas sin excepción, en la conceptualización de la teoría que manejemos, o que predomine.

Se puede decir con mayor tonalidad, que la ciencia médica que analizamos, aquella que enunciará sus teorías para dominar, es un ordenamiento eficaz que compromete en el interior de sus prácticas, sus mismas condiciones de aplicación.

En tal sentido, los científicos que elaboren las teorías cuyo campo de aplicación práctica incluya esquemas teóricas de resultados técnico-científicos directa o indirectamente perversos y esto ocurre en un importante círculo de teorías, no pueden disimular su responsabilidad, aunque en verdad de última instancia, la perversidad reside en el interior mismo de la teoría enunciada.

Así es también para la teoría política sanitaria que enuncia la medicina liberal, como aquella que podemos involucrar en la teoría de la libre elección del médico y sus proposiciones subsidiarias del pago por acto médico. Las perversidades o desviaciones que se producen en la aplicación de sus lineamientos doctrinarios, no eximen a sus creadores de la responsabilidad social indicada.

Pero no alcanza esa limitación para con la responsabilidad individual, o con el autor de la teoría, o para el ejecutor de la aplicación traducida en la distorsión.

Como en toda conceptualización epistemológica reconocida, en nuestro mundo moderno ningún científico que proporcione conocimientos, que enuncia una ley o que elabore un régimen que incorpore en el interior de su práctica, sus mismas condiciones de aplicación, puede pensar con tranquilidad que no tiene responsabilidad con el uso que se haga de su conocimiento. Ni tampoco quien ejecute la práctica involucrada en la aplicación distorsiva.

Pero allí no pude detenerse la observación científica. Debe contabilizar esa responsabilidad individualizada, pero aprender para incorporar a las exigencias históricas y sociales de la comunidad, que las perversidades de los resultados están incluidas en la teoría política, científica, social que las orienta y que a su vez es la portadora de la determinación de excelencia que produce la estructura dominante. En los tahúres que disuelven su coraje, astucia o venganza, no se detiene la clasificación, juicio y modificación de la perversidad. Si así sucede la ciencia sólo habrá servido para una identificación fugaz y también engañosa de la realidad, cuando su postulación fundamental se dirige hacia la transformación de esa realidad. Por eso no pude enredarse en la superficial significación de la inteligencia, “nuevamente la inteligencia” de los tahúres en actividad. Se trata de su teoría, pero entendida como resultante de la realidad social dominante.

Veamos bien. La sobriedad, el coraje, el aguante, es decir la inteligencia, ahora del acuerdo epistemológico, por encima de los tahúres, nos debe permitir lanzar la mirada desde la especificidad de los modos de producción y de las relaciones sociales resultantes. No equivocarnos en la especificidad de la observación.

Desde ese punto, se hace necesario pulsar sin trabas, ni engaños, las articulaciones particulares, también las de la medicina, teñidas en su

propia especificidad, con las necesidades sociales cambiantes que condicionan a la teoría o doctrina puesta en ejecución y a partir de allí, a las prácticas médicas que son inseparables de las mismas.

Es así que se puede volver a enunciar la premisa insustituible de este corte epistemológico, para esta racionalidad científica, que ya sabe sin claudicaciones que la proposición doctrinaria en actividad, es un marco teórico que incluye en su trama, en el ámbito más profundo de su racionalidad, la dirección de sus prácticas, con sus mismas condiciones de ejecución.

Es conveniente señalar que esta postura epistemológica produce una ruptura del nivel teórico, porque con esta mirada se debe ubicar la problemática sanitaria analizada, en el medio de una proposición teórica de su historia construida desde la realidad de las relaciones sociales, es decir, desde un punto de profunda y creciente complejidad.

Esa complejidad aleja definitivamente como ineficaces e inservibles, las prácticas correctivas ensayadas desde la misma perspectiva de la teoría sanitaria liberal. Desde la simpleza lineal de la concepción de la perversidad del acto, como voluntad distorsiva de los sujetos actores, puede creerse en otras simplicidades dispensadoras de justicia. Se trató de una justicia, impregnada de connotaciones metafísicas, como las que se encolumnaron en los últimos años, esperanzadas detrás de las doctrinas de la evaluación, fiscalización o auditorías de los actos médicos.

La caída inexorable de esa esperanza, la ineficacia de tales métodos de control, a más de un cuarto de siglo de vigencia, impone el requerimiento de una observación más seria y compleja, que debe poner en escena, su cuestionamiento en el interior de las relaciones sociales, mucho más allá de sus específicas y opacas vinculaciones íntimas y sanitarias. Así las relaciones médicas son lugar insalvable de la disputa contradictoria que exige su dilucidación como parte del conflicto histórico de la estructura económico-social en desarrollo. Aquí reside el vuelco transformador, el corte revolucionario que actualmente la epistemolo-

gía permite pensar como necesario y en su exigencia histórica, como inevitable: desde su base de interpretación científica se construye la medicina social como ciencia y aparece desde su cruce contradictorio fundamental, como inconcebible para los tiempos que vienen, para crearla como simple cotejo empírico, sometido científicamente a una computación contable de hechos, o al lineal efecto de su crónica semiología de síntomas o signos.

Pero hay evidencia un tanto más recóndita pero inseparable de su realidad. Las perversidades del sistema no se revelan como signos o síntomas, que nuestra crónica sumatoria ha confeccionado. No son sólo registros empíricos que se unen, que se adicionan. Sus condiciones de aparición están regidas, están señaladas porque están comprendidas en él, por la doctrina misma que enuncia el sentido a imponer a sus prácticas.

La doctrina a su vez, respalda su nacimiento, vinculada celularmente, en plena intimidad, con las relaciones sociales en las que existe. No es la ciencia médica, ni su teoría sobre la medicina liberal, la que produce por sí los conocimientos que las prácticas perversas ponen a la luz de la interpretación social.

Se puede volver a decir. Esta ciencia médica y sus teorías operativas de la medicina libre, como toda ciencia social, están vinculadas en articulación estrecha e ineludible, en última instancia, con las relaciones de producción dominantes y su historia elaboradora.

Como queda dicho en tantas otras partes, en este caso, la epistemología confirma otra vez la articulación de la medicina con la complejidad estructural de la sociedad. Esas vinculaciones tienen referencias valorativas diferenciales ante las determinaciones que las definen, con la impregnación de excelencia por parte de las vinculaciones económico-sociales que se indicaran.

Pero como razonaría una y varias veces más Balzac, debemos volver a la realidad, pero esta vez mucho más cerca que la realidad imaginaria de su fecundidad autoral y de la mágica movilidad de sus personajes.

En esta convicción es necesario volver a apuntar, que la herramienta normativa, operativa para sostener el mundo de los tahúres, claro está, al menos en su minoría, en el esquema de la Seguridad Social, del modelo liberal-competitivo, lucrativo, ha sido el Nomenclador Nacional, o listado de aranceles, precios para cada prestación vigente para el sistema.

Esa retribución por arancel se efectúa a través del pago por acto médico, por lo cual se hace insoslayable la existencia de un listado valorizado de prestaciones.

Su origen data de alrededor de los años 1948/49, años en los que se formalizaron los primeros convenios de atención médica entre Obras Sociales y los gremios profesionales de las provincias de Buenos Aires y Santa Fe.

Se perfecciona la metodología a partir del llamado “libro verde” de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires, al que luego se le adicionarán el “libro rosa” con los derechos sanatoriales y el Nomenclador Bioquímico, con los valores de esas prácticas profesionales.

Con estos instrumentos se iba delineando el sentido del sistema de la Seguridad Social y se consideraban como principios indeclinables del mismo: “libre elección del médico-paciente; aranceles mínimos (aprobados por los colegios medios) y convenios colectivos de trabajo, aprobados por las entidades médicas gremiales”.

El sistema arancelado, exigencia inseparable de la postulación política de los organismos profesionales, del pago por acto médico, constituye el elemento fundamental para la vigencia del catálogo de precios de esas prestaciones, instrumento imprescindible para implementar el sistema, como así mismo “adquiere real importancia como elemento que lo caracteriza y tipifica”.

Ya en 1978 se decía que el sistema arancelado que se sintetiza en el Nomenclador Nacional, mostraba como desventajas, “que tiene énfasis en las enfermedades, que genera mayor cantidad de prestaciones, que puede generar autoprescripciones, que no promueve las referencias o

interconsultas cuando el médico entra en su consultorio particular y se produce mayor frecuencia de interconsultas en situación institucional, que requiere un sistema administrativo de control, con su consecuente gasto de administración y que puede dar una defectuosa distribución al ingreso médico” (Reale y otros, 1978, p. 29).

Tiene algo de razón Abadie, en una consideración más reciente, cuando ve al Nomenclador convertido de hecho, desde hace mucho tiempo, en el Programa Nacional de Atención Médica, cuando sólo debía haber sido “una simple herramienta auxiliar para regular el pago de servicios toda vez que éste se realice por unidad de servicio” (Abadié, 1988, p. 32).

Sólo algo de razón, porque se advierte que el destino final de todo listado de precios regulados, se convierte de cualquier forma, en cualquier práctica mercantilizada como esta que regula el Nomenclador, no sólo en la meta de observación permanente por los factores actuantes, sino en fuente constante de discusiones, de manejos y violaciones, que cada uno de esos factores realiza para tener ventajas en la puja distributiva en la que se desenvuelve esta fórmula de postulación para la Atención Médica.

Debe quedar sabido que la puja que se señala no está generada por la existencia del Nomenclador. No se trata de una batalla destinada a presionar sobre las disposiciones arancelarias que contiene ese listado. No es una afirmación tendiente a demostrar la ineficacia de la norma existente, o el enmarcamiento que esa norma ejerce sobre la libre ley de la oferta y la demanda.

No se trata entonces de pensar en los inconvenientes del listado de precios, sus problemas de aplicación y las constantes críticas que desde ambos lados de la puja se plantean. No son las contradicciones ante los precios los que preocupan. El Nomenclador sólo constituye el vehículo normativo de un sistema de práctica profesional que es en buena parte el disparador de la culpabilidad del caos. Al menos uno de los elementos claves de la crisis del sector de la Seguridad Social, pero como portador

de los determinantes que generan las relaciones sociales de nuestra situación comunitaria.

El Nomenclador sólo le otorga especificidad y puntualiza un aspecto de la crisis. No es la crisis, ni su determinante.

Si hay fijación de precios, el mercado de la salud sufre dos embates. Los prestadores quieren subir sus niveles arancelarios y los demandantes quieren disminuir esos niveles.

El poder de decisión sobre estos embates depende de la predominancia, o hegemonía político-social, que los sectores tengan, en el juego del poder del Estado. En ese conflicto de supremacías está inserta la vigencia de determinada condición del nivel económico del Nomenclador.

Pero el Nomenclador podría desaparecer y de hecho ha desaparecido, porque ha sido burlado prácticamente, no sólo en sus valores, sino en su espíritu de legitimidad. A pesar de esa desaparición de hecho o de derecho, la puja distributiva sigue y seguirá, porque la disputa sigue siendo un conflicto social en torno a la primacía de determinados grupos o clases, en el interior de las relaciones sociales existentes.

Con el listado de precios o sin él, la puja que permite y garantiza el sistema liberal competitivo en vigencia, canalizado elocuentemente por la fórmula del pago por acto médico, la libre elección del médico y las instituciones sanitarias, son parte del sistema capitalista que en nuestros medios conlleva la libertad de mercado, basada en aquella regla de oro de Adam Smith, de la mano invisible ordenadora de la vida comercial y expresada en el libre juego de la oferta y la demanda.

Esta ley de oro del capitalismo tiene ya tres siglos, pero en el caso específico, de la medicina de nuestro medio y particularmente en estos últimos veinticinco años el sistema amparado teóricamente en las reglas de la competencia mercantil, ha mostrado contrariamente la existencia de un poder oligopólico, que ha impuesto sus reglas de acción indiscutidas e inmodificables; y lo que es más sorprendente lo ha hecho en nombre de esa misma regla de oro de la libertad de mercados.

Vayamos por parte. Aceptamos que la fijación de los niveles arancelarios que ofrece la vigencia de los precios del Nomenclador debería ser el producto de la decisión de las partes, teóricamente independientes del poder del Estado. En esa oportunidad y frente a tal calificación de decisión independiente del Estado, éste debería ejercer su función de armonizador de los intereses en pugna. Pleno reino smithiano.

Con los niveles sancionados debería funcionar el sistema y producir la equidad en sus resultados. Pero la realidad es bien otra. En tal decisión primará la voluntad de los grupos hegemónicos, los que impondrán sus condiciones para obtener los réditos políticos y económicos que le permitan reproducir las condiciones de las relaciones sociales que favorezcan su predominancia y la continuidad de la misma. Se terminó la mano invisible.

Esos grupos hegemónicos en nuestro país y en estos últimos tiempos han seguido varias tácticas operativas, tendientes a sostener esas condiciones de reproducción.

A los efectos de no complicar excesivamente el esquema de explicación posible, puede resumírselas en dos tendencias:

La *primera* está expresada por una decisión claramente surgida de la hegemonía reinante en el Estado, que al fijar los valores del Nomenclador pone en vigencia un esquema de apropiación de una parte de la riqueza social, que defenderá de todas formas.

Se trató en general de los momentos históricos de la supremacía de los grupos autoritarios que impusieron un modelo capitalista casi sin concesiones y que en la salud de la Seguridad Social se tradujo por el cumplimiento cierto e inamovible del valor alto que se dispusiera para los diferentes rubros del Nomenclador.

Sus resultados se expresaron en una formidable transferencia de bienes del sector asalariado hacia el sector profesional, en forma individual para sus componentes, o en calidad de empresas capitalistas efectores de los servicios por los que se pagaban.

Desde una filosofía de la libertad de mercados, consagrada por la libre elección del profesional y el pago por acto médico, se operó el “doble discurso” del amparo indiscriminado que la sanción de los aranceles le otorgaron a los grupos hegemónicos del Estado autoritario, eligiendo su crecimiento económico-social, mientras preconizaban la bondad de las prestaciones que la medicina liberal le otorgaba a las prácticas ofrecidas a los sectores a quienes sometían injustamente.

Esta situación de inequidad social, estaba involucrada en la realidad global del país, también orientada decididamente en favor de los grupos con supremacía económico-social y en este caso conexiones evidentes con intereses transnacionales.

La *segunda* tendencia muestra que en otras oportunidades el Estado aparecía como traspasado por contradicciones que no permitían una definida supremacía de los grupos hegemónicos indicados; o que por el contrario, circunstancialmente se produjera una irrupción del poder sindical, o en este caso del Nomenclador, de los grupos sindicales demandantes de salud.

En tales condiciones esos grupos sindicales harán sentir su influencia sobre el sistema y lograrán niveles arancelarios de acuerdo con los intereses sectoriales de los trabajadores.

Estas situaciones parecieron haber sido la gran preocupación de los organismos gremiales profesionales y de las asociaciones de clínicas y sanatorios, cuyos dueños pujaron por transformar estas realidades desfavorables para sus intereses. Pero también lo fueron para los funcionarios de las instituciones oficiales de la Seguridad Social, que al igual que los anteriores, muy pocas veces hacían oír su voz cuando las desigualdades golpeaban sobre los salarios y la salud de los trabajadores.

Es así que algunos elevados representantes del funcionariado de la Seguridad Social pensaban que “es un riesgo que la influencia ganada por un grupo sindical en áreas de gobierno incline demasiado a las autoridades hacia la contención del gasto vía limitación de precios”.

No se escuchaban preocupaciones similares frente a los tiempos de las formidables transferencias de dinero que se producían en favor de los efectores, cuando quienes imponían los aranceles eran los grupos representativos de los prestadores; aunque en este caso esa preocupación aparezca como dirigida a evitar paternalmente males mayores a los trabajadores, porque esos bajos aranceles obtenidos “producirá rupturas por desesperación o contribuirá a hacer apetecibles los contratos cerrados con clínicas o empresas individuales que desde un principio, han sido la fuente más importante de corrupción que puede padecer el sistema” (Mera, 1988, p. 110).

Sería interesante reparar que las anomalías posibles, en esta oportunidad, tan destacado funcionario de la Seguridad Social las denomina “rupturas por desesperación”, como si se esbozara detrás de tal desesperación, alguna posible explicación que mitigue la calificación que debió utilizarse adecuadamente, como fraude al sistema, al trasgredir normas de funcionamiento indispensables, en base a intereses particulares o sectoriales que puedan formalizar los prestadores desesperados.

Pero aún es más intrigante la tendencia que se señala; al decir que puede deslizarse la oferta hacia los contratos cerrados con empresas individuales que han sido la fuente más importante de corrupción para el sistema, puede interpretarse que son estas clínicas y empresas individuales las responsables de las transgresiones y a partir de los contratos cerrados, precisamente una fórmula de convenio de prestaciones no pre-valente, al menos en los tiempos de la indicación de esa preocupación.

Así esta postura, de la autoridad oficial del sistema de Seguridad Social, que reconoce la corrupción posible y existente, incluye una lateralización de la misma, una parcialización de las perversidades reconocidas, al asignárselas con especificidad a esos establecimientos o empresas individuales y no precisamente a las grandes organizaciones gremiales de profesionales, o a las asociaciones de clínicas y sanatorios, que tienen en su interior el mayor número de desviaciones y a las que

al menos por omisión se las exime de señalarles esas violaciones a las normas en vigencia.

La realidad vuelve increíble tal preocupación, que parece más vale una maniobra delicada de distracción, destinada a ubicar al cultor de las perversidades indicadas, bien lejos de los grupos a los que el proceso de esa realidad señala como protagonistas, en poca, mediana o gran parte de las transgresiones que constituye el núcleo asfixiante de la corrupción cotidiana del sistema.

Es así que estamos obligados a recorrer la realidad mencionada. Entonces es cuando se evidencian las desviaciones que producen las sobrefacturaciones, las sobreprestaciones, los sobreprecios, etc., que erosionan seriamente a las Obras Sociales y que en cambio han beneficiado fraudulentamente, en diversa intensidad a los grupos o clases que han decidido por su propia voluntad, apropiarse indebidamente de fondos que precisamente son de los trabajadores y que forman parte de su capital social, con el que enfrentan su riesgo de enfermar.

Ese clima mencionado, ofrece el espectáculo de esta perversidad de parte de los electores, pero no solamente en las actividades marginales y en consecuencia minoritarias de los “contratos cerrados”; sino y este es el nudo doloroso de la cuestión, en el seno mismo de federaciones de profesionales y de clínicas y sanatorios que son la mayoría, el género substancial de los protagonistas de los grandes convenios en vigencia.

Esta es la perversidad que interesa sobremanera, aun sin dejar de lado la corrupción indicada para esa modalidad marginal de contratación. La que interesa y lesiona sobremanera al sistema es la otra: ésta, más numerosa y de mayor peso económico-financiero y porque además, conforme se ha dicho, esa transgresión está unida a la misma condición de competitividad que sustenta la medicina que realiza esos contratos en base a la libre elección del médico o del establecimiento y de la retribución por acto profesional. Hoy ya se puede agregar que debe reconocerse esas transgresiones, también unidas, con algunos signos

diferentes, pero de igual intensidad para las contrataciones por capitación y por cartera fija.

Todo análisis sobre esas transgresiones al sistema debe extremar la interpretación posible, sobre todo si se tiene en cuenta la permanente expansión de estas desviaciones y el nivel económico que está alcanzando en los últimos tiempos y que se han valorado estimativamente en niveles que superan el tercio del gasto total de las instituciones de la Seguridad Social investigadas.

El silencio oficial sobre esta patología creciente para el sistema es cuando menos cómplice con los transgresores y denota aunque sea indirectamente el peso significativo que tienen las organizaciones gremiales médicas para sostener en las sombras una práctica que desmerece sus objetivos enunciados, de perfeccionamiento para el sistema.

Esas organizaciones profesionales, si se tiene en cuenta los resultados que pueden ofrecer, sobre sus factibles operaciones de depuración de transgresores, no son menos cómplices que los organismos públicos de la Seguridad Social. Forman parte del sistema y en tal silencio, están colaborando al mantenimiento de las condiciones de aplicación de la teoría, en la que se desarrollan. La complicidad alberga en su interior la intencionalidad de esas prácticas perversas; ellas también contribuyen, son parte de la construcción constante del marco teórico, que le otorga direccionalidad e intención a todas las prácticas de salud, con sus mismas razonabilidades operativas. Se trata de la optimización del lucro, de la función de los ingresos de los efectores y también el silencio en este caso es un instrumento eficaz para maximizar tal función de producción.

Las organizaciones de los trabajadores que son las víctimas de estas desviaciones, han denunciado reiteradamente estas anormalidades, sobre todo le sobreprecios, "plus" y aranceles diferenciados, que son los que más directamente se perciben en las prácticas demandadas. Estos reclamos de los trabajadores se han intensificado en estos últimos tiem-

pos, pero el poder de las decisiones correctivas no pasaba justamente por su meridiano de acción.

Si se quiere observar con nitidez cómo la hegemonía obrera en el sistema sólo tiene significación parcial, resulta interesante seguir el curso de esta lucha sindical para desterrar estos sobrepuestos, que a pesar de la reiteración casi constante de los mismos y de sus organizaciones, no han visto mejorar ni cercanamente esta perversidad.

Un ejemplo casi dramático de estos sobrepuestos, impuestos por la voluntad unilateral de una de las partes lo constituyen los “aranceles diferenciados”, o “plus de anestesia”, que bajo el artificio título de arancel ético, los anestesistas de casi todo el país, han impuesto por encima de los valores reconocidos en los aranceles nomenclados.

En este caso puede verse cómo una corporación pequeña de profesionales, pero estrechamente cerrada en sus propios intereses, le impone al sistema sus condiciones de honorarios, cometiendo aquello que frecuentemente ha sido calificado como “extorsión por la necesidad”. Se trata de una maniobra de usurpación y arrebato por la fuerza organizada de los médicos anestesistas, quienes amparados en la unidad de su decisión unilateral, imponen el nivel de sus aranceles, más allá de todo convenio reconocido por los organismos legales, que como el INOS, deben disponer sobre este particular.

Estos aranceles diferenciados para las prácticas anestésicas, se imponen por la fuerza, dado que si no son pagados en los términos que estos profesionales establecen, no pueden ejecutarse los actos quirúrgicos requeridos. El poder de decisión de los anestesistas, en estos últimos años, no ha podido ser doblegado, ni por los trabajadores, ni por las autoridades de la Seguridad Social. Los sobrepuestos que ellos establecen, sostenidos en la unidad de la oferta de los servicios y en el monopolio de esa práctica, ofrece claras muestras de una despiadada conducta perversa, atentatoria para con la justicia del sistema.

No se discute aquí la legitimidad del incremento que puede exigirse

ante una práctica de esta naturaleza; ni el derecho que pueda asistirle a quienes, como los anestésistas ejercen una especialidad, que ellos han transformado en monopólica conforme el estilo de práctica adoptado. No es este el enfoque del cuestionamiento. En la sociedad capitalista el monopólico impone sus condiciones y a pesar de todo y de las medidas tendientes a corregirlas, los anestésistas como todos los monopolistas imponen sus condiciones y demuestran con la dramaticidad de este caso que aquella predicción de Adam Smith sobre la mano invisible del mercado, al menos tiene contenidos de honda injusticia social que exige determinadas medidas correctivas que son imprescindibles.

A pesar de todo ello, los anestésistas han impuesto sus intereses sectoriales. Ni las autoridades de las Obras Sociales; ni las del INOS; ni la prédica y la acción de los trabajadores, ni la de las autoridades sanitarias han conseguido mitigar esa práctica monopólica, que aquí se la enuncia precisamente para mostrar, con la elocuencia de la dramaticidad de sus alcances frente al instante de una intervención quirúrgica imprescindible y de la urgencia que quiera otorgársele, la inequidad de una medida económica de fuerza extensiva, que no hace más que agregar un matiz, elocuente a la perversidad cotidiana de los sobreprecios en la Seguridad Social.

Los métodos de contralor, fiscalización y auditoría que se han puesto en ejecución para evita estas desviaciones, no han dada muestras claras de eficacia operativa y antes por el contrario aparecen como prácticas inservibles para contener estas perversidades. Al menos, no cabe duda que esas técnicas son altamente vulnerables para con el ejercicio de esas desviaciones de las prácticas profesionales, que aunque la evidencia indique la existencia terminante de las transgresiones, lo cierto es que su desenvolvimiento se parece a la gran constante de nuestra justicia, en el sentido de la gran cantidad de delitos de cualquier magnitud, que siguen quedando sin esclarecimiento.

No puede dejar de notarse que la inoperancia, la ineficacia o la tole-

rancia del sistema para con estas perversidades, benefician a grupos que ejercen determinados niveles de predominancia sobre el poder del Estado. Más aún, son parte de la ideología dominante y en consecuencia protagonistas en alguna medida, del poder determinante que consolida las relaciones sociales de la comunidad en la cual se producen estas transgresiones. La impunidad que otorga tal inoperancia, ineficacia o tolerancia con esas perversidades está más allá de toda ingenuidad de procedimientos; contribuye decididamente a generar la reproducción de las condiciones que garantizan esas relaciones indicadas y elaboradas por los grupos dominantes de la sociedad. Esta es la razón profunda e inamovible que permite inferir que los sectores que detentan el poder, por lo menos toleran e ignoran conscientemente estas transgresiones, no las evitan con una intervención decidida, ni tampoco exageran su preocupación frente a la transferencia de bienes que producen en favor de los grupos predominantes.

Su política parece estar destinada a consolidar el peso de esa ideología determinante, que en el campo sanitario también contribuye a la reproducción de las relaciones-sociales existentes. Más aún, parece una política implícita, con la verdad depositada en otra parte, que el poder ejecuta para que no cambien esas condiciones de reproducción, que exigen las vinculaciones de producción de nuestra sociedad competitiva y dependiente.

Este razonamiento nos lleva a pensar esquemáticamente la situación, para no enredarnos en complejidades ganadas por las complicidades y entender en cambio que el episodio de la asignación de aranceles más bajos de lo aconsejado, que aparece como gestado por la presencia o la influencia del poder sindical, es sólo una maniobra dilatoria, que resultará seguramente burlada por esas perversidades denunciadas. La acumulación de estas modalidades fraudulentas, anulan cualquiera de las ventajas relativas que haya podido pensarse lograr con esos niveles bajos de aranceles.

Muestra además, que la tolerancia o la indiferencia de los responsables frente a las transgresiones, la ineficacia de los métodos de fiscalización y auditoría y la persistencia de esas violaciones económico-financieras por encima de tiempos, regímenes políticos y aún eventuales y periódicas hegemonías en el poder administrador, le otorgan a estas prácticas delictivas el carácter de hábitos permanentes incluidos en esta medicina lucrativa.

En realidad, con este razonamiento se encuentra la dimensión de la práctica teórica que permite alcanzar la exacta medida de la valoración social y política de las transgresiones; ellas forman parte, están incorporadas indisolublemente al sistema. Son el sistema mismo, porque su ejercicio permite la sobrevivencia y con ella la reproducción del sistema.

Recordemos que como se ha expresado, con frecuencia se argumentó que su nacimiento fue una consecuencia de la imposición de los bajos aranceles del Nomenclador Nacional; que incidían sobre esas prácticas perversas las dificultades que la inflación producía sobre el ingreso de los profesionales y sus organizaciones gremiales o empresarias. Pero a pesar de ello no resultaba coherente su explicación, al menos cuando se mantenían esas perversidades a pesar de los marcados y a veces exagerados reajustes arancelarios; ni tampoco podían explicarse justificadamente por razones inflacionarias, si se tiene en cuenta que tal dificultad la sufría toda la población y sobre todo los trabajadores, sin que pudieran éstos producir acciones directas destinadas a corregir su situación personal o sectorial.

Podemos repetirlo: la práctica real del sistema ha tolerado estas desviaciones, que han ido llamativa y constantemente en aumento, logrando una nítida entidad económico-social y convirtiéndose en una modalidad estable, instalada en el seno mismo de la Seguridad Social. Quedan ahora pendientes las labores destinadas a encontrarles justificativos aceptables para transformarlas en reglas autorizadas y normales de la operatoria cotidiana y terminar de convertirlas por

derecho consuetudinario en la normativa apropiada para la medicina competitiva que nos rodea.

Observemos algunos trabajos producidos en el último quinquenio en nuestro medio, con alguna relación a este tema del desborde del sistema, por estas prácticas calificadas como perversas. El primero corresponde a una publicación aparecida en el *Boletín Informativo Techint* al finalizar el año 1986: se trata de un estudio descriptivo sobre la situación del sector salud y cuya conclusión máxima consiste en mostrar que la organización médica del país presenta un “perfil excesivamente atomizado”, que en realidad “el mosaico de modalidades de atención médica”, no permite calificar a esa organización como “un sistema de salud”. A ello le agregan los autores una “falla de coordinación interinstitucional” y cuya sumatoria de las condiciones anotadas, “implica un nivel inaceptable de irracionalidad en el uso de recursos”.

No sería una irrelevancia reconocer que estas conclusiones las conocía el país antes de este trabajo y que sus resultados se agregan al diagnóstico descriptivo ya existente, sin que su aporte agregue o modifique gran cosa al conocimiento de la realidad y menos a la interpretación de la misma o a la programación futura posible.

Tampoco se encontraron originalidades, ni aportes significativos con respecto al tema específico de las irregularidades que señalamos. Sólo vuelve a describirse a la modalidad específica de la transgresión diciendo que una de las modalidades de organización es el “reembolso de los gastos realizados por los beneficiarios; ello suele implicar la libre elección del proveedor y el pago por acto médico según aranceles que surgen del acuerdo entre la institución de la Seguridad Social y los prestadores”.

Luego se señala que para evitar excesos se recurre con frecuencia a la participación del usuario en el pago del acto médico y se indica como obvio e inseparable de esta participación, que en tal pago por acto médico el “proveedor tiene más incentivos para dedicar mayor tiempo y uso de tecnología médica que cuando la retribución se realiza por

capitación” (Isuani y Mercer, 1988, p. 77-79).

No hay otras menciones a las prácticas perversas, que por lo tanto se las olvida o se las ignora, señalando en cambio que ese pago por acto médico, provee una práctica que gozará de mayor tiempo y tecnología dedicada al paciente, que aquella otra que le dispensa una retribución por capitación. Sin más argumentaciones parece quedar establecido como preferente, aunque sólo sea por simple deducción, que este mecanismo del pago por acto médico hace a algún aspecto de la calidad de la prestación.

Es común que este tipo de presentaciones de científicos descriptivos apenas aporten alguna escasa claridad para el conocimiento de la realidad, en el simple y superficial plano tecnoburocrático del proceso en análisis. Se confirma de esta manera la carencia de compromiso científico y social de este tipo de “papers”, que no son válidos para los requerimientos de creación que exigen nuestras necesidades proyectivas.

Más claro aún. Suelen ser estas fórmulas de presentación nada más que una cuidadosa medida para evitar conflictos profesionales o políticos y poder seguir ligados a los grupos dominantes, aunque en el transcurso de los tiempos esos grupos puedan cambiar el signo. Son simples aproximaciones a la región sombreada y reparadora del poder.

Escuchemos otro de los discursos en torno al tema, pero en este caso con algún grado de definición un tanto más preciso. Se trata de un documento producido por dos técnicos de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), en 1988 y que al referirse al papel del Nomenclador Nacional, lo catalogan como muy importante, “tanto en la determinación de la estructura del gasto de la Seguridad Social como en la distribución de la facturación de servicios entre los distintos tipos de proveedores de atención médica, ya que aproximadamente el 65% de los ingresos del sistema se paga por contratos de provisión privada de servicios e insumos de salud”. Es precisamente el Nomenclador Nacional quien norma esos contratos.

En este análisis los autores señalan que el Nomenclador brinda una cobertura incompleta de los costos reales de provisión de servicios y por ello “los médicos se ven compelidos a cobrar un pago adicional a fin de financiar la diferencia entre el arancel nominal y el arancel deseado”.

En buen romance se trata de producir justicia favorable por las propias manos de quien se cree perjudicado en sus deseos. Como los precios de lista, es decir los valores arancelarios son considerados insuficientes por el prestador, este se ve incitado, estimulado a establecer su propio precio y obtener así los niveles de honorarios que le parecen apropiados, por sí y ante sí.

Observemos que se produce en este texto la descripción de una de las perversidades que sufre el sistema. Aparece en este relato, como si esta desviación fuera la consecuencia de una injusticia que la sociedad comete con el efector de la práctica sanitaria y en tales condiciones, esa inequidad incita, empuja a los médicos a obtener su propia justicia.

Pero aunque aparezca como una conducta reactiva y con ello se suavice el matiz perverso de la misma, interesa percibir que Katz y Muñoz van apreciablemente más lejos que los autores anteriormente señalados. Para ello han conseguido el respaldo del Banco Mundial, que expresaba en 1987 que esa diferencia entre los aranceles fijados y los realmente cobrados ha sido de tanta significación, que “han estimulado la demanda por seguros privados para cubrir el plus”, agregando que “expertos aseguran que estos pagos han aumentado, particularmente por servicios quirúrgicos y que ascienden a diez por ciento o más del pago total a los proveedores privados”.

Es el Banco Mundial el que se atreve a dar ese nivel económico para esas transgresiones. Señala estos valores para una sola de las perversidades, es decir para los sobreprecios o “plus”, otorgándole veracidad a las cifras superiores al tercio del gasto total, que se han indicado como probables para la sumatoria global de las transgresiones en uso en la Seguridad Social.

Resulta sorprendente el silencio que ha reinado sobre estas aseveraciones del Banco Mundial, hasta esta publicación que analizamos y también el ocultamiento que desde entonces continúa ejercitándose sobre las mismas.

Katz y Muñoz han realizado una valiosa colaboración al conocimiento de la realidad del sistema al consignar la existencia y el volumen económico de una de esas perversidades, con el respaldo insospechable de ese organismo financiero internacional.

Escasa es en cambio la mención de estos autores a otras transgresiones conocidas en el campo de las Obras Sociales. Solamente se encuentra una leve referencia a otra de ellas, cuando dicen que “la débil fiscalización del sistema permitió la aparición de formas organizacionales del acto médico que conllevan prácticas recurrentes de sobreprestación” (Katz y Muñoz, 1988, pp. 56-59).

También la sobreprestación está indicada aquí como reconociendo una cierta aparición reactiva a otra falla del sistema. Ahora se trata de la debilidad en las tareas de fiscalización, que son las que permiten la génesis de estas transgresiones que elevan el incremento de las prestaciones. Por vía de la valoración arancelaria del Nomenclador, o por la ineficacia de la fiscalización, los expertos de la CEPAL encuentran alguna de las causales de las desviaciones que específicamente mencionan, es decir los sobreprecios y las sobreprestaciones.

No aparece de ninguna forma, ni siquiera insinuada, la capacidad patógena del sistema lucrativo que envuelve a la práctica médica. El diagnóstico acusará aunque sea indirectamente a la Seguridad Social, por vía de los valores nomenclados o de la insuficiencia de los controles, que incitan a esas transgresiones.

Allí se detienen las miradas indagatorias. No se animan a ir más adentro y ni siquiera preguntarse las razones inmediatas de esos valores o de esas insuficiencias. Se alivia así la perversidad del sistema de atención médica ejercitado por los efectores, que a partir de la búsqueda

del lucro, hace a la medicina parte insalvable del espíritu mercantil que ampara e impulsa estas perversidades.

No puede justificarse el deslizamiento de la causalidad para las transgresiones, a simples defectos de las normas en ejecución, o por las diferencias de los valores de la lista de precios, porque tal error diagnóstico conduce a la ineficacia, presumible de antemano, de las medidas correctivas que puedan indicarse siguiendo tal convicción diagnóstica.

En tal sentido, la experiencia de las Obras Sociales deja bien en claro, que ni el aumento del nivel de los aranceles nomenclados, ni una mayor severidad en los aparatos fiscalizadores consiguen erradicar esas desviaciones; algunas veces se obtenían algunos resultados esperanzados en el corto plazo, pero lentamente la conducta perversa volvió a sus niveles iniciales, o como sucede en la mayoría de las veces, sobrepasó poco tiempo después los niveles de desviaciones que se intentaban corregir.

Vuelve a ser indudable que la patología consignada está inserta en el núcleo vivo de la medicina liberal y competitiva, en su doctrina y prácticas cotidianas que defendidas desde las tesis de la libertad profesional, confirman la ideología que se acepta a la perfección con los grupos dominantes que construyen la reproducción de las situaciones vinculantes de la sociedad vigente.

Es aún más doloroso; esas perversidades se ofrecen como elementos coadyuvantes para la consolidación del sistema de Atención Médica prevalente y la tendencia general no consiste en erradicarlos, sino en hallar fórmulas para legalizarlas o para incorporarlas técnicamente como respuestas válidas para mantener la hegemonía del sistema.

Entre ellas sirvan como ejemplo, primero, la decisión corporativa de los anestésistas que ya se comentara y que por vía de un cercado monopolio impone sus condiciones por fuera de toda decisión institucionalizada; y segundo, la instalación expansiva, en varias provincias con tendencia a la totalidad del país del denominado “arancel diferenciado” por el cual por propias decisiones normativas de los organismos gre-

miales médicos, sus representados están autorizados bajo determinadas condiciones, cada vez más permisivas, a cobrar aranceles por encima de los establecidos por las autoridades competentes.

El incremento incesante de estos “servicios diferenciales” en listados cada vez más amplios, han dejado en muchos casos a los afiliados a las Obras Sociales, con escasas opciones posibles para elegir a profesionales que perciban aranceles nomencrados. Las “diferencias autorizadas” se llevan también por delante la proclamada libre elección del profesional, en este caso, con justificaciones económicas que dictan los propios profesionales frecuentemente con la autorización displicente de quienes deberían regular estas franquicias.

Pasemos ahora a otra postulación reciente. Es de 1988 y corresponde a la sostenida por el oficial médico de la representación de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS - OMS), en la reunión que se realizara en Buenos Aires bajo el título de Infraestructura de Servicios de Salud.

Interesa vivamente esta intervención, porque puede ser estimada con una reflexión meditada sobre la articulación necesaria para el ordenamiento del sistema sanitario, occidental y competitivo, para la Argentina, respaldado por los organismos internacionales y como modelo posible para los países dependientes con estructuras económico-sociales equivalentes.

Dice Jouval que “es sabido que para la Atención Médica, la Seguridad Social, o sus intermediarios, adoptan múltiples contratos de compraventa de servicios con múltiples efectores”. Nada de eufemismos entonces. De lo que se trata en este capítulo de las prestaciones de Salud es de comprender el sentido y la tendencia de esa definida operación capitalista de la compraventa. A esa preocupación se orienta este funcionario internacional en la Argentina, quien agrega de inmediato que “esos contratos utilizan varios sistemas de pago, cada uno de los cuales induce a un determinado y bien conocido tipo de distorsiones”. Dicho sin ningún rodeo, tendiendo a indicar las consecuencias perversas

sas a las que conducen estas relaciones contractuales de compra-venta de servicios de salud.

Pero a la hora de llamarlas por su nombre, o especificar con pelos y señales a tales consecuencias, la voz del experto internacional se enronquece y se debilita, y apenas nos remite a un gráfico que utiliza para su explicación, en el que aparecen enumeradas como consecuencias según la distorsión, los servicios inadecuados, falta de coordinación, duplicidad, desprestigio público, terciarismo y medicalización, irregularidades, insuficiencia de recursos.

Muestra en este listado una tradicional posición tecnocrática, que apunta a una postulación funcionalista, tendiente a preconizar la búsqueda de la eficiencia, la racionalización, como los mecanismos ordenadores requeridos para salvar las distorsiones sin que se derrumbe el modelo de atención Médica defendido.

Se han debilitado las palabras, perdieron en nuestro experto el poder nominativo que su creación le otorgara. Se van acallando las voces justas, aquellas que Alejandra Pizarnik, nuestra poetisa creadora, modularmente comprometida con la belleza y la poesía, reconocía como valor germinal de esas armonías que van “infundiéndole al poema mi soplo a medida que cada letra de cada palabra haya sido sacrificada en las ceremonias de vivir”. Los nombres de estas cosas sólo pueden sacrificarse en la ceremonia del vivir, porque ella sabía que “estaba predestinada a nombrar las cosas con nombres esenciales”.

Esto es lo que se le pide al experto internacional y que sus voces, en cambio, nos muestran la muerte de las esencias y se elige la fácil pátina de los tonos administrativos, burocráticos, indoloros, que ocultan estas pústulas lacerantes del sistema. Las cosas pierden así sus nombres esenciales, esos que buscara hasta con su vida esta Alejandra, inocente ejemplar de existencias patéticas, que prefirió quedarse unida a la vibración de cada palabra, porque ella sabía, que cada una de las palabras justas “dice lo que dice y además más y otra cosa”. Sus dolores des-

garradores por creer en las palabras que nombran y esclarecen, aún se esparcen por todos estos, nuestros países dolorosos que siguen penando su dependencia innominada, de palabras que se silencian, o como en este caso de Jouval, se cambian por sonidos cómplices.

Pero como las distorsiones perversas existen y aunque no se las nombre con sus palabras, son capaces de impulsar las desinteligencias sectoriales y llevar al caos al sistema, es necesario estudiar las razones que median en el modelo actual, transgredido por tales prácticas sostenidas por la medicina competitiva.

La causalidad buscada por el funcionario de la OPS en Buenos Aires, para esta crisis estructural tiene una precisa y exacta tendencia. “Todos los actores acá representados [expresa de inmediato], el sector privado, las cooperativas, las clientelas políticas, los abastecedores de insumos, es decir, *toda la estructura de poder existente*, cuestiona y se opone a las propuestas del Estado”. Subrayamos la tajante división del poder efectuada en esta afirmación: la estructura del poder existente se opone al poder del Estado. Esa oposición tiene para Jouval una razonabilidad lineal, inmediata: “porque el modelo vigente generó una situación de súper oferta de servicios que ya no puede mantener la misma expectativa de consumo anterior”.

Las distorsiones empiezan a encontrar su causalidad desde esta mirada competitiva y lucrativa, del análisis de esta institución suprema del capitalismo, es decir, del contrato de compra-venta y las iras se dirigen hacia el Estado, aunque en verdad, de inmediato la situación se aclara y se pone orden en las ideas. Las consecuencias distorsivas del mercado, son más simples, más terrenales: “El mercado se está quedando chico para la conveniencia de todos” dice casi seguramente sin sonrojarse, este esclarecido funcionario con mirada panamericana de la salud.

Entonces aprovecha para indicar que el 50% de los gastos de las Obras Sociales se producen por prestaciones ambulatorias, prescriptas en su gran mayoría por los médicos que tienen expectativas legítimas de me-

jorar su situación general”, pero, con la plétora de médicos existentes, cree Jouval que “habría que ampliar el consumo ambulatorio cuatro veces más” y esto no es fácil lograrlo.

Es entonces que cree que las tareas de regulación imprescindibles para lograr que el sistema optimice su funcionamiento y evite las transgresiones y los inconvenientes señalados, “tendrá que aplicar otra serie de medidas, como cambiar el sistema de pagos, reorganizar los sistemas de servicios, priorizar algunas líneas de acción, disciplinar a los prestadores”.

Reparemos que la tendencia que se propugna tiene que ver con la permanencia del sistema de Atención Médica funcionante, claro, con su perfeccionamiento y elevación de los niveles de eficacia de la producción. Entonces, las medidas propuestas incluyen entre otras “cambiar el sistema de pagos”, “disciplinar a los prestadores” y aunque las explicaciones teóricas sobre estos dos aspectos de las correcciones no aparecen mencionadas, la intención dirigida hacia el sistema retributivo y la conducta de los prestadores, permite dilucidar sin esfuerzos, la vinculación de los mismos con las desviaciones indicadas.

No quedan aquí, las recomendaciones de este hombre de la OPS; puede atreverse aún más, en el convencimiento que su investidura puede ser fundamental para influenciar sobre la determinación esencial de defender el sistema por encima de todo. Las perversidades deben corregirse, no importa de dónde provienen estructuralmente; pero cambiemos las fórmulas de pago y disciplinemos racionalmente a los electores y esto podrá encaminarse en el sendero de la eficacia esperada.

Esa es la recomendación del experto, la directa e inmediata recomendación; pero debemos saber también que “en el fondo (casi lo dice al final de su exposición como si se tratara de otro consejo más...) el problema es disminuir la capacidad instalada, racionalizar y contener el gasto en el componente terciario del sistema actual, cambiar el Nomenclador. Para poder hacer todo esto, pregonará la necesidad de un

acuerdo político, porque las fuerzas en pugna evidencian contradicciones intensas que Henri Jouval percibe, aunque no lo diga textualmente y entonces “un Estado no autoritario tendrá que concertar sobre la elección de la restricción” (Jouval, 1988, pp. 53, 57, 58, 59 y 62).

La fórmula ofrecida, como habíamos dicho, es de 1988 y muestra una relación concomitante sorprendente, con las indicaciones que el Fondo Monetario Internacional impone para las economías expoliadoras y el desenvolvimiento de angustia, de nuestros países latinoamericanos.

Se lograrán con ellas, para eso las expresa, la desaparición de las distorsiones y perversidades y volveremos a las estrechas felicidades de países para unos pocos; como se obtendrán también índices de buena funcionalidad para el sistema, se garantizará el esquema sanitario exigible para la adecuada expansión del capital interesado, sobretodo obteniendo la racionalidad necesaria para expandir la colocación de los productos y equipos que las transnacionales de la salud generan. Sólo un sistema funcionalmente ordenado legalizará esta situación clave y el estado deberá concertar específicamente el camino de “la restricción”.

Recordemos la dirección de las indicaciones. Cambiar el sistema de pagos, disciplinar a los prestadores, cambiar el Nomenclador, contener el gasto de internación.... restringir... Se trata de suprimir perversidades y distorsiones, es decir de evitar las irregularidades que denuncia el diagrama-diagnóstico del experto de la OPS, para que no se profundicen las contradicciones; prevenir la explosión o el derrumbe del sistema médico liberal. Para ello se hace obligatorio concertar de cualquier manera, con la variable inexorable de la restricción aconsejada.

Las perversidades deben ser evitadas; funcionalmente pueden tomarse decisiones que las mitiguen o las supriman, pero desde el sistema mismo, sin plantear ni remotamente su transformación. Para ello disciplinemos al efector y concluyamos restringiendo la oferta.

Se trata de medidas correctoras que apuntan a los síntomas, que no señalan la genuina causalidad estructural de estas patologías de las

distorsiones. No se acusa al sistema de sus inequidades; se propugnan disciplinas y restricciones para que el sistema persista y pueda seguir sirviendo como integrante de la ideología dominante, para consolidar el proceso reproductivo de estas relaciones sociales que impone el poder central.

Estas son las muertes de las esencias que invocáramos pensando en la majestuosa inocencia de las palabras de nuestra poetisa. De las auténticas palabras que nombran y esclarecen porque son capaces de decir lo que dicen “y además más y otra cosa”.

El otro trabajo que se quiere mencionar, no tiene que ver estrictamente con el tema de las transgresiones que se producen en el seno de la actividad sanitaria. Se trata de una investigación del final de 1987, publicada por el Centro de Estudios del Estado y Sociedad (CEDES), que contiene algunas consideraciones que merecen ser destacadas, en relación con estas perversidades y observadas desde el ángulo de la preocupación de esta investigación, que fue precisamente el gasto en salud y en medicamentos.

Al mencionar las dificultades por las que pasan las Obras Sociales, los autores expresan que después de tantos años de observar que dichos organismos financian solamente y no más del 40% de los gastos en salud del país, les permite pensar “que evidentemente hay algo intrínseco o extrínseco que funciona mal o lisa y llanamente no funciona”.

Entre los motivos de esa dificultad se indica a “los crecientes impagables costos de la atención médica”, consignándose con interesante valentía que tales costos se aumentan “apañados y/o voluntariamente alentados por un esquema arancelario asentado en el pago por acto o prestación”. Se agrega a esta apreciación otro supuesto de la incidencia del incremento de los costos, por entender que el pago por prestación también “premia la complejidad tecnológica independientemente de un auténtico rédito diagnóstico o terapéutico”.

No está denunciada la totalidad de las perversiones a las que conduce

el pago por prestación; pero recordemos que el objetivo del estudio era el del gasto en salud y medicamentos y entonces, a buen entendedor pocas palabras alcanzan. Este sistema de retribución al prestador ha redundado “en un desfinanciamiento, detrás del cual o por el cual se sigue gastando más y más”.

Este incremento de las erogaciones del sistema obligó a observar algún detalle más y los autores indican que debe advertirse que en el tiempo elegido para el estudio, agosto de 1986 al primer semestre de 1987, “los aranceles de las prestaciones financiados por la Seguridad Social todavía eran mayoritariamente respetados por los prestadores”.

Puede ponerse en tela de juicio esta última afirmación. La experiencia en la Provincia de Buenos Aires en el sistema de la Seguridad Social así lo demuestra. Pero más allá de esto, en este caso interesa seguir el razonamiento de este estudio que señala que desde entonces y “poco tiempo después, profundizándose hacia el presente, se registró un generalizado desborde del sistema, expresado en un incremento de los precios por encima y fuera de los valores arancelarios oficiales, que recayó sobre el bolsillo del público a través del cobro de sobreprecios, aranceles diferenciales, etc.” (González García y otros, 1987, pp. 110-111).

Como se ve, desde el enfoque de la realidad sanitaria conforme el gasto que las prácticas de salud producen, este estudio indica la incidencia distorsionante del sistema de pago por acto médico, que al incitar a las sobreprestaciones, eleva significativamente a ese gasto. Lástima grande que el esfuerzo de la investigación realizado, no avanzara hacia el conocimiento de los niveles de tales sobregastos perversos.

El otro aspecto consignado por estos autores, se refiere a otra forma distorsiva, que utiliza esta modalidad de la Atención Médica competitiva, que se expresa en los sobreprecios cobrados por fuera del Nomenclador, con el perverso signo del “plus” de honorarios, o con esa otra fórmula cuasi legítima que se impone velozmente y que se escuda bajo el nombre de aranceles diferenciados, que los mismos profesionales

organizados imponen, tendiendo a esconder o disimular el desborde consignado.

También es de lamentar que un estudio sobre el gasto en salud, no haya diseñado alguna metodología para calcular esta empecinada y creciente práctica distorsiva. Apenas esta limitación hacia la búsqueda de la verdad, en este caso las palabras llegaron a pronunciarse, pero les faltó verlas “sacrificadas en las ceremonias del vivir”. No alcanzaron a tener la intensidad del dolor entrañable de la poesía de Alejandra Pizarnik y por eso no llegaron “a nombrar las cosas con nombres esenciales”.

Sin nombres esenciales se desdibujan en los perfiles de los tahúres, su coraje, su astucia, venganza y otra vez la inteligencia... Pero ahora hemos sellado su contingencia con la teoría; y la epistemología nos ha conducido hacia la particularidad de los modos de producción y de las relaciones sociales que le son comunes. Hay pues una ruptura del nivel teórico anterior. La mirada se ha extendido. Es la otra vuelta a la metáfora de los tahúres...

Ahora la problemática sanitaria se ubica en el centro de su auténtica proposición teórica construida desde las relaciones sociales, es decir, desde la más profunda y creciente complejidad, que es exactamente la que requiere transformación.

Una tristeza primitiva

La operación cesárea tiene una secreta vinculación onírica con un sentido infeliz, aciago y hasta funesto para semejante trance vital, cuyo peligro y vigencia del desastre pasan para la madre ocultos detrás del ficticio momento que lleva la anestesia.

Ese desastre que se presagia exige el silencio y la soledad del sueño para aplacar el temor, la alarma, la perplejidad que acompaña la invasión sobre las emociones bíblicas de ser madre con el dolor de su parto.

Esas sombras del sueño médico impuesto, se esparcen sobre tan sublime instante del hallazgo de la nueva vida. Pero lo hacen reteniendo la

dramaticidad a la que conduce esa necesaria búsqueda del silencio. De las sombras. Así se entra en la operación cesárea en el sentido trágico de lo siniestro. La madre ha dormido su esperanza de esfuerzo, en el dictado exterior del médico, que es quien plantea su estrategia. La parturienta en cambio, más allá de sus dolores y de sus pujos y dilataciones, es elevada a otras sombras que apagan otras formas de esperanza.

Después vendrá el hijo y la recomposición del silencio, en voces y razones justificatorias. El hijo por otro cauce, por otro dolor diferente; y desde el niño se expandirá a pesar de todo, silencioso y solitario un misterio de tristeza que la madre aprenderá a atesorar en mentida operación de ocultamiento.

Aquí esta nuestra ansiedad. Se trata de reconocer y saber de esa tristeza, que como la madre, todos contribuyen a ocultar y sentir que en gran parte se la han instalado a las madres por otras razones que las sublimes particularidades bíblicas.

Enrique Pichon-Rivière, doloroso genio de nuestro siglo nacional, decía que todo el esfuerzo consiste en querer entender, de cualquier forma, el misterio de la tristeza.... porque “ahí está el fondo de todas las conductas especiales”. En esto radica nuestra desesperanza, frente a las desaforadas prescripciones obstétricas de las cesáreas.

Estas operaciones conducen casi inexorablemente a una reedición de la tristeza primitiva, además de las complicaciones vitales que la madre recibe sin vocaciones propias. La parturienta percibirá el recóndito dolor de haber frustrado su dolor y con él, su negación frente al mítico momento de dar el último esfuerzo para la vida que viene. Ese era su deber genético y de alguna forma aparecieron circunstancias, causales, razones y justificaciones que se interpusieron en su destino vital.

Aquí empieza el dominio de lo siniestro, pero... al sentir el murmullo de la nueva vida, como vuelve a pensar Pichon, un verdadero creador entre nosotros, “lo maravilloso es su antítesis”, que son, siniestro y maravilloso “dos sentimientos profundamente relacionados en forma di-

námica. Y uno es la superación del otro. O sea, cuando está dominado por lo siniestro y logra superar ese estado angustiante, doloroso, surge lo maravilloso como expresión de la calma...”.

La cesárea requiere el desplazamiento de ese sentido siniestro que la acompaña. Las reglas del juego social y por suerte la presencia de la nueva vida impulsan otra percepción posible. El nacimiento dará paso a la belleza, al nuevo mundo de lo maravilloso, para trasladar toda inquietud de desesperación y muerte hacia otros ámbitos, alejados de la tracción aciaga ejercida detrás del silencio del sueño impuesto para ser madre de otra forma.

Pensando con las voces de Pichon, podremos entender que la madre supera la locura a la que conduce la tristeza por la presencia del nuevo hijo, aunque en las sombras debate la persistencia de su propia destrucción. El hijo le permite rebasar su propia locura, su propio infortunio. En esa corriente distinta se proyectará toda la fantasía del nuevo mundo que ella como nadie contribuyó a crear. Desde las sombras de la cesárea impulsa toda la poesía de su otro mundo desgarradoramente humano, alucinado y misterioso otra vez

En el hijo se salva las más de las veces, ese sacrificio dramático que la madre vive y tolera en la cesárea que le imponen; o en la que le sugieren que debe pedir, imponiéndola por la vía tramposa de la ignorancia, la estética, el dolor evitado. Pero de todas formas la cesárea será seguramente una nueva señal de la tristeza en la vida de toda mujer que siente este despojo de la germinal vocación de ser madre, con esa otra forma sublime del dolor humano.

Pero es bueno recordar otra vez la enseñanza inmensa de Enrique Pichon-Rivière, uno de los argentinos más profundos que haya producido nuestro dolor colectivo. Decía Enrique con relación a la tristeza que ella “llega a resolverse a través de la *recreación progresiva del objeto*. Esa será la tarea esencial, volver a dar vida a lo que ha sido destruido y que perturba una buena lectura de la realidad”. En esa nueva vida se

reconstruye la madre, movilizando su tristeza y permitiéndole alentar el futuro que ha engendrado.

Por suerte para ella, de ese dolor extraño, infeliz de la cesárea, se obtendrá la mutación eterna de la vida surgida aun desde ese oculto sueño de una operación con la que no contaba.

Ella logrará jugar con la nueva existencia y volverá a creer en la poesía de su prolongación vital. Con ella, como insiste Pichon, lograra conjugar “la tenue línea que separa el cielo del infierno, la vida de la muerte, la locura de la salud...” (Zito Lema, 1976, pp. 45, 64 y 162). Dejará atrás esa infernal oscuridad que negó su estricta y definitiva razón de ser. Debe volver a su paz, para hacerla posible y tal vez para lograr otra oportunidad insuperable de volver a ser madre.

Desde su fragilidad, la mujer reconquista la fortaleza mayor de la especie, aunque la cesárea seguirá pesando en su tristeza, agazapada detrás de una exigencia original de seguir siendo un ser ansioso de fertilidad.

Esta situación se repite hoy inconmensurablemente. Detrás del asombro de las cifras que vamos a ver, sólo de algunas cifras, se puede patentizar el arribo a un destino dramático de destrucción del sentido anunciado de la vida.

Las cesáreas, como la desolación que sigue a la muerte del ambiente necesario para la especie, como la desesperanza que irrumpe desde la perturbación del curso limpio de los ríos, de los mares, de la contaminación de cielo y tierras, arrincona arteramente el propio ritmo de nuestra existencia. Ensucia la calidad del futuro y mitiga con el peso de un genocidio, el destino de los seres que tienen que venir.

Sepamos de partida, que su incidencia se experimenta sobre la capacidad genética de las mujeres y que dicen los cálculos estadísticos más conservadores que tornan hasta cuatro veces más posible la muerte de la madre sometida a cesáreas, que en los partos normales.

También hay otra verdad estadística: las cesáreas avanzan casi con inexorabilidad sobre nuestra civilización; en algunos lugares más que en

otros y con velocidades de aparición y expansión también distintas, pero al parecer indetenibles hasta el momento, salvo contadas excepciones.

En los EEUU la tasa porcentual de cesáreas era del 15,2% en 1978 y diez años después esa tasa había llegado al 24,7%. El Instituto Nacional de Salud Infantil ha difundido su preocupación sobre este incremento, manifestando descriptivamente que para ellos esas tasas se deben a cuatro indicaciones profesionales, responsables de las tendencias indicadas. Se trata de las distocias, mala presentación fetal, sufrimiento del feto y las cesáreas previas.

Pero estas razones nítidamente tecnocráticas, no hacen más de enumerar las indicaciones con las que superficialmente se justifican las cifras aludidas, sin llegar a rozar la causalidad profunda de la misma.

Algunos autores se propusieron avanzar en algún sentido hipotético y estudiaron por ejemplo, la relación existente entre tales tasas y las circunstancias de tratarse de embarazadas atendidas por médicos privados en práctica individual y aquellas otras asistidas por médicos institucionalizados, vale decir, siguiendo el embarazo desde las clínicas y sanatorios donde ellos actúan, bajo cierta programación sanatorial y con asistencia domiciliaria por vía de los técnicos asignados por tales establecimientos.

Este análisis se ha podido realizar sobre partos correspondientes a cuatro hospitales de Brooklyn entre 1977 a 1982, sobre un total de 65.647 partos (de Regt y otros, 1986, p. 619). Allí se pudieron ofrecer estas cifras porcentuales.

Pacientes institucionales			Pacientes privados		
Partos vaginales	Cesáreas 1ª vez	Cesáreas iterativas	Partos vaginales	Cesáreas 1ª vez	Cesáreas iterativas
82,9	10,7	6,4	78,7	13,2	8,2

Como se ve, en los pacientes del segmento institucionalizado la tasa de cesáreas llega al 17,1% y la de atención privada individual alcanza el 21,46% siendo su significancia estadística claramente positiva y mostrando las diferencias del sistema de atención y agregando una interesante variable a tener en cuenta en el momento de elaborar las propuestas para corregir esta, una más de las desviaciones reconocibles del sistema.

Por otro lado, en otro estudio, este perteneciente a la Gran Bretaña, con la modalidad que incluye el Servicio Nacional de Salud, puede comprobarse que las tasas de cesáreas para los partos analizados entre los años 1978 y 1983 no han sufrido grandes variaciones y se mantienen en un sorprendente bajo nivel, si se tiene en cuenta las evidencias de otros lugares.

El trabajo señalado compara las cifras de cesáreas producidas para los partos de John Radcliffe Hospital, en Oxford, y todos los partos producidos en Inglaterra y Gales en ese período de análisis (Yudkin y Redman, 1986, pp. 135-144):

Años	Oxford	Inglaterra-Gales
1978-1979	8,7	9,5
1980-1981	9,6	10,3
1982-1983	9,5	10,2

Como se ha expresado precedentemente, la tasa de cesáreas para los EEUU era en 1978 del 15,2%, niveles claramente diferenciados de estos porcentajes del 8,7% para Oxford en el J. Radcliffe Hospital y el 9,5% para todos los partos de Inglaterra y Gales.

Durante algún tiempo en los ámbitos de los altos porcentajes de cesáreas, se ha insistido señalando que ese incremento en las tasas, ha sido el

mayor factor para producir la reducción de la mortalidad prenatal. Este argumento que aparecía como el más fuerte justificativo para la conducta intervencionista en el parto, ha sido claramente refutado en todos los lugares donde se efectuaron investigaciones sobre el particular. Ya nadie se atreve a expresar científicamente que la cesárea es una medida de prevención para la mortalidad perinatal y antes por el contrario comienzan a ser numerosos los estudios que indican el crecimiento de los inconvenientes para la salud del recién nacido que ocasiona el trauma quirúrgico de la cesárea.

La tendencia mundial en continuo ascenso de la tasa de cesáreas, salvo excepcionales lugares, servicios de atención de parturientas y sistemas de cobertura de las mismas, ha obligado a considerar una multiplicidad de hipótesis que pudieran explicar esta realidad de la práctica obstétrica.

Se puede mencionar entre otras las siguientes razones, sin que las unas excluyan a las otras y sin que hasta el momento se pueda afirmar con claridad científica el predominio de alguna en excelencia.

a) Los cambios en la conducta profesional frente a los distintos problemas obstétricos específicos, como son las distocias, sufrimiento fetal, presentaciones fetales en el vientre materno, cesáreas iterativas.

Se incluyen entre estos factores que modifican tal conducta, problemas referidos con particularidad al profesional propiamente dicho, como ser: nivel de capacitación del obstetra; experiencia en la especialidad; temores a las sanciones de mala práctica profesional; razones económicas diferenciales para partos y cesáreas; tiempo profesional; comodidad de programación para la tarea obstétrica; acción individual o en equipo obstétrico.

b) Complejidad técnica para el seguimiento del parto, en lo referente a la seguridad materno-fetal. Aquí pueden considerarse las diferencias ocasionadas por la asistencia institucionalizada, el cuidado de la embarazada desde líneas programáticas acordadas con basamentos científicos y objetivos determinados y aquellas otras asistencias sin cuidados

previos, o de seguimiento por médicos privados fuera de toda programación. Se suman en este apartado las condiciones de la complejidad institucional del establecimiento que asiste el parto y que en nuestro medio puede plantearse en cuanto a la diferencia entre el hospital público, el de la Seguridad Social y los sanatorios y hospitales privados, con la interrelación práctica que se establece entre ellos.

c) Vigencia del sistema de cobertura social del parto. Componen estas razones, las condiciones vigentes al momento de definir la pertenencia de la parturienta a alguno de los sistemas que puedan enfrentar las soluciones económicas para el pago de estas prestaciones. Se establecen así diferenciaciones entre las embarazadas sin cobertura o bien sin la cobertura práctica en el momento del parto; cubiertas por la seguridad social, por los seguros privados, o sin necesidades sociales de otras coberturas que el propio nivel económico solvente de la parturienta.

d) Problemas materno-fetales propiamente dichos, entre los cuales se han mencionado una variable gama de factores, sin que se haya encontrado una clara predominancia de alguno de ellos. Pueden recordarse: mayores frecuencias de multíparas añosas; mayor incidencia de problemas fetales, con más pronta determinación del sufrimiento fetal con el apoyo de una tecnología de mejor detección; madres con enfermedad hipertensiva y finalmente y como un problema de arrastre que se alimenta a sí mismo el de las mujeres con cesáreas previas. Como ha quedado, dicho el riesgo de muerte materna para las cesáreas es cuatro veces mayor que por partos vaginales; aumenta el riesgo de complicaciones para la salud de los niños nacidos por cesáreas y finalmente y en general una cesárea le cuesta hoy a la Seguridad Social entre 120 y 200 dólares más que el parto normal. Para una muestra de los partos ocurridos en la ciudad de La Plata (Provincia de Buenos Aires) bajo el sistema de cobertura del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) durante los meses de octubre y noviembre de 1987, estos son los importes promedio de las facturas abonadas por esos partos:

Partos	Nº	Importe promedio en 
Normales	366	493,79
Cesáreas	165	901,65
Totales	531	616,84

Entre estas diversidades de razones, que avalan una casi metafísica explicación multicausal, la autoridad máxima de la Seguridad Social en el país en 1988, en el medio de una polémica nacional sobre el tema, se inclinaba a buscar el nivel de excelencia en tales determinaciones y explicaba entonces que “el exceso de cesáreas se produce por causa del médico y no por causa médica”.

En esa posición indica como causas predominantes “la conveniencia del médico y el factor económico”, que se ligan inexorablemente.

Agregaba esa autoridad del INOS el riesgo agregado por la cesárea al acto del parto diciendo que “una cesárea es una operación quirúrgica invalidante, con un postoperatorio complejo”. Que perjudica a la madre porque la condena a otra cesárea y la limita genéticamente porque no podrán hacerse más que un número muy limitado y estricto de nuevas cesáreas (Begniss, 1987).

Reconociendo la realidad de nuestra tristeza

Nuestra observación debe detenerse ahora en el análisis de la realidad obstétrica para nuestro medio.

Observemos en primer término las cifras que muestran Vinocur y Monti, para el análisis de 6.414 nacimientos producidos durante cinco años, entre 1982 y 1986, en el Policlínico del Docente (OSPLAD). Se trata de un establecimiento de la Seguridad Social, pero bajo un régimen de atención por equipos y de corte institucionalizado y cuyos profesionales pertenecen al elenco propio del Hospital (Vinocur y Monti, 1987, pp. 159-163).

Años	% Cesáreas
1982	20,8
1983	18,6
1984	21,9
1985	27,2
1986	26,0
Total	23,2

Como se ve los valores extremos han correspondido a 1983 con una cifra del 18,6% y a 1985 con un 27,2% y un promedio quinquenal del 23,2%.

Resulta de elevado interés comprobar el peso de las cesáreas de primera vez con respecto a los partos totales:

Años	Partos totales	Cesáreas 1ª vez	%
1982	1168	133	11,4
1983	1283	142	11,1
1984	1138	167	14,7
1985	1377	250	18,2
1986	1448	239	16,5
Totales	6414	931	14,5

Casi el 15% del total de los partos de los cinco años se resolvieron por cesáreas de primera vez, con un incremento sostenido en los primeros cuatro años de la serie para llegar al 18,2% en 1985 y luego descender al año siguiente al 16,5%.

Podemos circunscribir la experiencia histórica, a las cifras producidas en diferentes espacios operativos obstétricos de la Provincia de Buenos Aires y desde tales valores entender la preocupación creciente a que obligan los niveles insólitos que en determinados ámbitos toman las cesáreas.

Las tablas que se ofrecen inclinan a un repaso para repensar el sentido de las otras perversidades que se indicaran y que enrarecen aún más este clima distorsivo a la que conduce una práctica profesional competitiva y sin horizonte social definido.

Las cesáreas indiscriminadas e injustificadas son también componentes de la perversidad de dicho sistema y como en las otras desviaciones, un manto de ocultamiento las envuelve, evitando su mención y conocimiento. Ni las instituciones académicas, ni mucho menos las asociaciones gremiales profesionales, parecen dispuestas a una leal discusión y corrección sobre el particular.

Por el contrario, cualquier mención que se realice sobre esta dramática realidad concita el repudio airado de esas corporaciones, así como sus esfuerzos denodados para acallar prontamente cualquier voz que interfiera el silencio que ampara dicho ocultamiento. Parecería como si esperaran que las abrumadoras cifras en crecimiento mundial de las cesáreas y particularmente las de nuestro medio, terminaran por construir un justificatorio por la inexorabilidad de esas perversiones.

Miremos las cifras y después sumemos esa desaforada intensidad a ese sentido siniestro que rodea el aciago momento de la operación cesárea para todas las madres que la sufren; pero evitemos que la rutina incesante de su aumento, termine convenciéndonos de las bondades de la práctica médica que las incluye, o de caer en la simpleza de creer en la modificación de esta perversidad por medios correctivos de carácter técnicos aplicados sobre esa misma perversidad. Las cesáreas son un síntoma de la desviación de un sistema de atención médica determinado por la injusticia de las relaciones sociales que lo requieren.

Empecemos por el reverso del desastre, de esas sombras que conducen al misterio de la tristeza que plaga su realidad. Empecemos por aquellos lugares donde el esfuerzo genético de la madre, culmina en gran medida con la creciente felicidad de un parto normal, conducido por la íntima vocación de la mujer parturienta.

Observemos entonces al Hospital Público, a ese recinto repleto de dificultades económicas, técnicas, de equipamiento, de confort. A ese ámbito, sin embargo, aún protegido en buena medida por una práctica profesional alejada del sentido competitivo y lucrativo de la medicina que lo rodea. Son las cifras del hospital público, de dependencia municipal y provincial en la provincia de Buenos Aires. De ellos hemos tomado la información brindada para 1989, que los establecimientos seleccionados tengan, según la ubicación en las diferentes regiones sanitarias en las que está dividida la provincia.

Cesárea Regiones	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	Total
%	17,7	20,0	24,0	27,7	15,3	12,1	17,3	21,5	19,2	17,5	16,4	16,6

Los valores totales de los partos producidos en 1980, según las cifras oficiales del denominado Sistema de Información Inmediata del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, según la condición de establecimientos públicos provinciales o municipales son los siguientes:

Provincia	Hosp. provinciales			Hosp. Municipales			Total provincia		
	P	C	%	P	C	%	P	C	%
Totales	49.667	8.647	17,4	41.635	6.473	15,6	91.573	15.258	16,6

Resultará de interés mostrar el comportamiento de aquellos hospitales públicos que en dicha provincia superaron los dos mil partos en el año. Han sido catorce establecimientos y estos son sus resultados ordenados según el número de partos totales realizados.

Estos establecimientos produjeron el 41,4% de los partos totales de la provincia y el 37,7% de las cesáreas del año 1989. Como se ve el porcentaje de cesáreas sobre partos totales para estos hospitales es el 15,1%.

Recordemos que los entendidos estiman que en nuestros tiempos y conforme múltiples razones y diferencias circunstanciales, pueden considerarse como aceptables valores de cesáreas inferiores al 20-25%. En ese convencimiento esta cifra del 15,1% para estos catorce establecimientos con más de 2000 partos anuales en 1989, puede ser considerada como digna de los conceptos de aceptabilidad, aun cuando se aleje del 9,5% del nivel consignado de Oxford y del 10,2% de Inglaterra y Gales, pero por debajo del 24,7% del valor de EEUU para 1988.

Localidad	Establecimiento	Partos totales	Cesáreas	% Cesáreas
Mar del Plata	Hosp. Materno infantil	5.242	1.163	22,2
Gral. Sarmiento	Hosp. R. Larcade	4.289	462	10,8
Lanús	Hosp. Evita	3.009	381	12,7
Tigre	Hosp. M.V. de Martínez	2.879	285	9,9
La Plata	Maternidad I.G.S.M	2.818	589	20,9
Lomas de Zamora	Hosp. L.C. Gandulfo	2.643	168	6,4
Vicente López	I. Maternal Santa Rosa	2.455	575	23,4
Avellaneda	Hosp. Mat. E Infantil	2.214	313	14,1
Avellaneda	Hosp. Dr. Finocchietto	2.115	441	20,8

Florencio Varela	Hosp. Boccuzzi	2.107	118	5,6
Almirante Brown	Hosp. Meléndez	2.100	244	11,6
Bahía Blanca	Hosp. Penna	2.078	313	15,1
Matanza	Hosp. Dr. Paroissien	2.039	422	20,7
La Plata	Hosp. San Roque	2.025	284	14,0
Totales		38.013	5.758	15,1

Hay un conjunto de hospitales públicos que superan el 30% de cesáreas para sus partos totales. Se trata de doce hospitales de la provincia de Buenos Aires cuyos porcentajes de cesáreas están muy lejos de los porcentajes promediales que hemos indicado. Estos son los establecimientos:

Localidad	Establecimiento	Partos		% de cesáreas
		Totales	Cesáreas	
Carlos Casares	Hosp. Municipal	125	62	49,6
Bartolomé Mitre	Hosp. S.F. Romana	328	158	48,2
Azul	Hosp. C. Solá	55	26	47,3
Puán	Hosp. Ugarte	82	33	40,2
Pellegrini	Hosp. Del Soldado	82	31	37,8
Rojas	Hosp. Unzué	281	82	37,6
Chacabuco	Hosp. Del Carmen	159	57	35,8
Saavedra	Hosp. Maternidad	155	33	34,2

Balcarce	Hosp. Subzonal	329	108	32,8
Rivadavia	Hosp. Municipal	84	27	32,1
San Antonio de Areco	Hosp. Zerboni	197	60	30,5
Lincoln	Hosp. Subzonal	321	97	30,2
Total		2.198	676	30,7

La cantidad total de partos es apenas el 2,4% de los partos provinciales de 1989. Sin embargo interesa su mención porque se trata de hospitales públicos y porque sus porcentajes de cesáreas están muy por encima de la media provincial.

Estos establecimientos tienen una variable diferencial de alta significación causal. Los mismos funcionan con un régimen que los clasifica en la condición de hospitales abiertos. Tal condición surge de las circunstancias, que en esos establecimientos, como si fueran sanatorios privados los profesionales del medio pueden internar a las parturientas, realizar el parto y cobrar sus honorarios conforme sus modalidades o los nomencladores en vigencia.

De esta manera el hospital público es infiltrado por una práctica mercantilizada, que permite el cobro de los honorarios profesionales a cada médico interviniente. Esta es la única variable que diferencia al hospital abierto del régimen cerrado cuyos profesionales están pagados por los salarios estipulados en los regímenes oficiales en los que se encuentren.

El volumen total de los partos cubiertos en estas condiciones del hospital abierto es muy bajo, pero se consignan sus hallazgos, porque precisamente la forma de retribución al personal aparece como la figura distintiva, para otorgarle el sustento de causalidad importante, significativa para ese inadmisibles porcentaje de cesáreas para el hospital público. Es asimismo una demostración elocuente a tener en cuenta a la

hora de buscar científicamente razones para la explicación de los porcentajes perversos de cesáreas en nuestro medio.

Ahora y a la luz de estas comprobaciones, debe irrumpirse en el doloroso perfil de la otra cara de las apreciaciones sobre las cesáreas, también en la provincia de Buenos Aires. Dicho perfil pertenece al submundo lucrativo de la medicina, de la competencia mercantil; de la incapacidad técnica-profesional y de otras explicaciones, que como se decía por expresiones de otras voces, se incluyen entre las causas del médico y no directamente entre las causas de la medicina. Ocupa gran parte, no toda, pero crece, de la práctica sanatorial de obstetricia ligada a la Seguridad Social. No son todos, hay honrosas y ejemplificadoras excepciones, pero tales perversidades no parecen detenerse en su crecimiento.

Miremos las cifras del total de los partos cubiertos por el Instituto de Obra Medico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires, que está constituido en su gran mayoría por la población cuyo titular trabaja o perteneció ahora como jubilado, al personal del Estado provincial, municipal y de los organismos dependientes del sector oficial correspondiente. El IOMA, esa es su sigla, es pues, la obra social provincial de Buenos Aires.

Año	Partos Totales	Cesáreas	% cesáreas
1987	13.248	4.425	33,4

Un tercio de los partos financiados por el IOMA se han resuelto por vía de las cesáreas, son más del doble de las que en la muestra ofrecida se practicaban en los Hospitales Públicos y casi tres veces mayor que las cesáreas realizadas en esos establecimientos oficiales seleccionados, entre los que realizaron más de dos mil cesáreas en el año. Pero este 33,4% de cesáreas se han efectuado en su casi totalidad en los hospitales

y sanatorios privados, casi seguramente por los mismos profesionales y hasta los mismos equipos de obstetricia que actuaron en los establecimientos públicos. Sólo ha variado el ámbito obstétrico y el sistema retributivo, que es en este caso, el pago por acto médico. Lo demás es igual, o casi idéntico.

Pero también estamos obligados a efectuar distinciones. Fijemos en un extremo la inverosimilitud de esta realidad lacerante de la perversidad de los porcentuales de cesáreas. Tomemos entonces una muestra de 32 establecimientos privados, que hayan efectuado cesáreas con niveles superiores al 30%, para las embarazadas bajo cobertura del IOMA. Estos son los resultados, para el año 1987:

Establecimientos	Partos totales	Cesáreas	% Cesáreas
32	3.572	1.576	44,1

Para más de tres mil quinientos partos de la Seguridad Social provincial, treinta y dos establecimientos asistenciales, tienen ese porcentaje de 44,1% de cesáreas. Casi la mitad de los partos financiados por el IOMA se resolvieron por cesáreas entre estos sanatorios.

El doloroso drama de esta epidemia obstétrica se puede mirar aún con mayor estremecimiento. Sirvan para ello esta muestra de quince sanatorios privados, tomados de esa misma serie, con la salvedad que se han elegido aquellos que superan el 48% de cesáreas en ese año 1987. Esta es la tabla:

Localidad	Establecimientos	Partos totales	Cesáreas	% Cesáreas
9 de julio	C.I.	54	38	70,4
Morón	C.C.	18	12	66,7

Mercedes	S.M.	41	27	65,8
Azul	S.A.	202	119	58,9
Chivilcoy	I.M.O	77	45	58,4
Marcos Paz	C.P.M.P	49	37	55,1
Lanús	C.M.M.	87	47	54,0
Saladillo	C.S.	82	44	53,6
Junín	C.M.P.	87	45	51,7
Salto	C.S.	50	25	50,0
Quilmes	C.P.Q.	58	29	49,5
Junín	S.M.J.	109	54	49,0
Mar del Plata	S.M.M.	102	50	49,0
Berisso	C.P.M.	53	26	49,0
Chivilcoy	C.CH.	19	39	48,7
Totales		1088	637	58,5

Casi el 60% de cesáreas para la media porcentual de estos 15 establecimientos, cuatro veces más que los hospitales públicos.

Ahora observemos el otro extremo, el de las honrosas y ejemplificadoras excepciones, para percibir que la vida también puede transcurrir por los espacios puros de una práctica legítima, destinada a mitigar el funesto influjo de esa condición siniestra de la cesárea.

Se trata de un total de 7 establecimientos privados, seleccionados entre aquellos que acercaron sus valores porcentuales a los niveles considerados como aceptables. También corresponden a partos efectuados en 1987 y bajo la cobertura de la Seguridad Social provincial IOMA.

Estos 7 sanatorios, cubrieron el 14,5% de los partos totales de IOMA y absolvieron el 9% del total de las 4.425 cesáreas de 1987.

Localidad	Establecimiento	Partos Totales	Cesáreas	% Cesáreas
La Plata	S.A.	448	115	25,7
Bahía Blanca	S.S.	252	63	25,0
La Plata	I.D.	240	52	21,7
La Plata	H.I.	504	100	19,8
Lomas de Zamora	D.M.L.	181	29	16,0
Quilmes	S.M.	120	18	15,0
Morón	C.M.M.	182	23	12,6
Totales		1927	400	20,8

Estos siete establecimientos tienen un aceptable nivel porcentual de cesáreas del 20% y con cifras que en 1987 se asemejan o están claramente por debajo de los valores totales de los EEUU; aunque es cierto también, que ese nivel porcentual del 20,8% es un poco más del 25% que alcanzan los niveles de los diez hospitales públicos estudiados y que llegaban al 15,1%.

Puede aún puntualizarse con mayor estremecimiento y especificidad otros alcances de la práctica obstétrica de la seguridad social en la Provincia de Buenos Aires.

Con la intención de observar el comportamiento particularmente, con las variables de las cesáreas de primera vez y de las cesáreas iterativas, se ha estudiado la realidad de una ciudad industrial situada a más

de doscientos kilómetros de la Capital Federal, para una Obra Social diferente del IOMA.

Se trata también de una entidad componente del sistema de la Seguridad Social compuesta por trabajadores industriales, atendidos por un régimen idéntico de libre elección y de pago por acto médico.

Los partos estudiados fueron los atendidos en los cinco establecimientos habilitados en esa ciudad para dichas prestaciones. Estos son los niveles porcentuales de cesáreas entre períodos anuales, seleccionados para su comparación:

Establecimiento	1982	1984	1987
1	38,7	44,7	62,1
2	45,8	42,4	55,9
3	47,3	38,9	47,4
4	55,6	57,8	59,4
5	29,2	18,2	29,4
Totales	43,0	44,2	55,8

Como se ve el crecimiento de las cesáreas ha sido incesante, superando en 1987 el 50% de cesáreas. Más de la mitad de los partos de ese año, en esa ciudad industrial y para esa obra social se resolvieron por cesárea.

Pueden llamar la atención los valores del establecimiento N° 5 que tiene porcentajes que son casi la mitad de los que alcanzan los otros establecimientos situados en la misma ciudad.

Se trata de un sanatorio donde los profesionales tienen un régimen de trabajo y remuneración distinta de los otros cuatro. La actividad obstétrica en ese establecimiento tiene una cierta institucionalización cercana

a la de los hospitales públicos y aunque el sanatorio recibe los aranceles correspondientes al Nomenclador y en un pago por acto profesional, las remuneraciones a sus profesionales se cubren por salarios mensuales, es decir totalmente diferentes a las retribuciones por acto médico que es la norma invariable para los otros sanatorios de la ciudad.

Ahora observemos la significación que alcanza la condición del parto según se trate de cesáreas de primera vez o cesáreas iterativas. Estas son las cifras:

Partos Totales	Cesáreas					
	Cesáreas 1ª vez		Iterativas		Cesáreas Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
652	198	30,4	166	25,4	364	55,8

Como se ve el 30,4% de los partos totales fueron resueltos con cesáreas de primera vez. Además esas 198 cesáreas de primera vez representaron el 54,4% del total de 364 cesáreas del año.

Puede intentarse un artificio comparativo, aunque el mismo involucre situaciones muy complejas y hasta bien diferentes. Diferentes, por los períodos considerados por los distintos estudios sometidos a este artificio de comparación; y lo que es más notorio, diferentes por las condiciones de atención obstétricas que involucran cada una de las menciones incluidas en este análisis, así como también las realidades remunerativas de los obstetras o de los equipos obstétricos intervinientes en cada caso.

Sin embargo, se insiste en este artificio comparativo porque de todas maneras las dos variables generales tomadas como distintas, tienen posibilidades de ser genuinamente homologadas como diferentes y eficaces para la comparación.

Se trata del cotejo de los resultados para los partos analizados en este estudio de la ciudad industrial de la provincia de Buenos Aires, el trabajo realizado con los partos de Brooklyn y el del Policlínico del Docente. Observemos los resultados:

Estudios	Partos Institucionales			Partos Médicos Privados		
	Vaginal	Cesáreas 1ª vez	Cesáreas Iterativas	Vaginal	Cesáreas 1ª vez	Cesáreas Iterativas
C.I. (P. Bs. As.) 1987	-	-	-	44,2	30,4	25,4
Brooklyn 1977-1982	82,9	10,7	6,4	78,7	13,2	8,2
S. del D. 1982-1986	76,8	14,5	8,1	-	-	-

Las parturientas atendidas en servicios institucionalizados de Brooklyn y las del Sanatorio del Docente tienen diferencias pero los valores ofrecen niveles comparables, con cierta armonía diferencial.

Con casi un quinquenio de distancia los porcentajes del Sanatorio del Docente llegan a un total de cesáreas del 22,6% contra un 17,1% del de Brooklyn; las cesáreas de primera vez son 14,5% y 10,7% y las iterativas 8,1% contra 6,4% respectivamente.

La segunda comparación ofrece niveles escalofriantes en sus diferencias. La obra social de la ciudad industrial de la provincia de Buenos Aires, tiene más del doble porcentual que las norteamericanas y tres veces más cesáreas iterativas, que han mostrado el rastro de una impiedad creciente para con las embarazadas de ese medio. Así, entonces, los partos normales son un poco más de la mitad de los correspondientes a Brooklyn.

Puede ofrecerse una vuelta más de rosca, para esa impiedad perversa de las cesáreas de esa ciudad de la provincia de Buenos Aires. Se trata de leer los porcentajes de cesáreas practicadas en ese año 1987, en embarazadas sin cesáreas previas.

Partos Totales	Embarazadas sin cesáreas previas	Cesáreas 1ª vez	% Cesáreas s/ cesáreas previas
652	486	198	40,7

Casi la mitad de las madres que se embarazaron en 1987 y que no tenían cesáreas salieron de ese dulce y esperanzado episodio de su maternidad, marcadas con una discapacidad obstétrica que ha sellado su destino.

En la tabla siguiente pueden estudiarse los porcentajes de cesáreas sobre embarazadas que no tenían cesáreas previas, que alcanzan los seis profesionales seleccionados para tres períodos anuales, entre aquellos que superaron los doce partos en el año, en esa ciudad:

Profesionales	1982	1984	1987
A	62,5	72,2	100
B	25,9	29,6	83,3
C	24,4	25,0	54,2
D	21,9	19,5	47,8
E	-	42,1	44,2
F	24,2	40,5	43,3

Estas cifras porcentuales forman parte del sentido siniestro que sobrevuela sobre las cesáreas. Sus ejecutores son portadores de un estilo que imprime un sistema de atención obstétrica, instalado en el seno de una medicina plagada de desviaciones perversas. Ese sistema forma parte de la determinación hegemónica de unas relaciones sociales estructuradas por el poder dominante. Por eso la impunidad en la que se ejecuta este sentido siniestro del comienzo de la vida, por eso estas cifras paralizantes que continúan creciendo. Por eso el silencio encubridor de las asociaciones gremiales, que son a su vez, parte de la ideología dominante que sostiene estas desviaciones.

Para que no se sospeche de alguna lateralidad irracional, ni de una alucinada situación referida a dos o tres Obras Sociales seleccionadas con intencionalidad demagógica o simplemente destructiva para con la clase médica, podemos volver a extender la mirada para ratificar el dolor de esa tendencia siniestra, sobre el destino de las madres sometidas al poder despótico de una práctica profesional, digna de la inequidad en la que vive esa sociedad que las engendra.

Miremos entonces los valores obtenibles para otras Obras Sociales, también en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, según cifras ofrecidas por la propia Federación Médica que actúa como efector, por vía de sus agremiados a las entidades primarias que constituyen tal poder federado.

Se trata de valores porcentuales de cesáreas, tan elevados como muchos de los ofrecidos por los estudios precedentemente mencionados. La entidad profesional conoce bien los alcances de tales desviaciones, pero no se escucha en su seno, ninguna actividad racionalmente dirigida con organicidad a corregir o mejorar tales perversidades. Al igual que aquello que sucede con las otras distorsiones indicadas, los integrantes del poder determinante, construyen la reproducción de las condiciones de las relaciones sociales dominantes, con la continuidad de estas tendencias desviadas. Observemos la tabla:

Obra Social	Partos		Cesáreas		Partos totales
	Nº	%	Nº	%	
OSECAC 1987	3.115	62,7	1.857	37,3	4.972
OSPLAD 1987	472	62,5	283	37,5	755
BANCARIOS 1987	531	60,3	350	39,7	881
BANCO PROVINCIA 1987	166	60,1	110	39,9	276
OSMEBA SALUD 1986	170	46,2	198	53,8	368
FERROVIARIOS 1985	244	64,9	132	35,1	376
ISSPICA 1985	209	61,8	129	38,2	338
FEMEBA SALUD 1985	445	60,1	296	39,9	741
INSSJP 1985	213	59,5	145	40,5	358
ISSARA 1987	1.974	63,2	1.147	36,8	3.121
APS 1987	163	55,3	132	44,7	295
Totales		61,7	4779	38,3	12.481

Casi el 40% de cesáreas para estas once Obras Sociales ratifica una vez más la tendencia sobrecogedora que se señala para la Seguridad Social.

Las cesáreas son también parte de las perversidades que azotan al sistema de atención médica; en él sus portadores establecen las reglas y condiciones para el ordenamiento válido que también compromete en el seno de su praxis, sus similares condiciones de aplicación.

En las cesáreas sobrevienen las teorías de política sanitaria que las justifican en este deslizamiento infernal de sus efectos. La medicina li-

beral se asocia con otras esperanzas y produce tales desviaciones, que a lo mejor tienen la virtud de aparecer como contradictorias formas para la transformación una vez que puedan ser reconocidas por aquellos que son capaces de producir los cambios necesarios.

Una vez más los tahúres, que vuelven a no ser la totalidad, pero crecen, que expresan su astucia, su funesto resultado genético, también su inteligencia, en estas sus aplicaciones de las cesáreas, por más sinietras que sean sus cifras y más oscuras sus trampas y culpas, como su responsabilidad ante el futuro trémulo de la vida nueva están involucrados, son parte de la teoría política social, que los impulsa y que a su vez es la portadora de las vinculaciones de excelencia que produce la estructura dominante. También ella en su dominio oprime el destino final de los pueblos en la misma primitiva tristeza. Aquella que envuelve a la parturienta frustrada en su dolor esperado, ese que engendra el momento inicial del nuevo futuro.

Las palabras de la práctica social

También en la medicina, quien concibe a la teoría sanitaria como una lucha profunda para transformar la situación del pueblo, debe tener cuidado en reconocer la inigualable cuestión del lenguaje, del discurso elaborado para servir o negar tal condición de justicia para la comunidad.

En ese discurso sanitario debe pulsarse la concepción que sobre la realidad social, sobre la concepción del mundo pueda adaptarse, para ello es conveniente no olvidar que “la cosa sanitaria” tomada aisladamente, colocada como proposición independiente, solo sirve para comprender una vez más, que de cualquier forma contribuye o forma parte de todos los posibles estados de otras cosas. Está involucrada en esas otras cosas, algunas de las cuales tienen predominancia por excelencia; “la cosa sanitaria” en esta su abstracción independiente, en todos los casos tiene una forma de vinculación dependiente con todos los hechos económico-sociales de la realidad. Pero esto, es una escala de jerarquías de domi-

nación-dependencia que es el secreto último de su estimación racional.

El objeto de la cosa sanitaria que se puede alcanzar a conocer, por dicha vinculación jerarquizada, nos permite conocer también todas las probabilidades que dicho objeto tiene para entrar en todos los demás hechos del universo total y particularmente del ancho contorno social del mismo. Cada una de dichas probabilidades está contenida en la naturaleza conflictiva del objeto de “la cosa sanitaria”.

Asimismo, ese objeto sanitario forma parte de la totalidad del universo y sus proposiciones también están repletas de palabras que lo expresan, como vínculo diferenciado de esa totalidad de la realidad que es el mundo productivo y generador de diferencias, para así consolidar el dominio de los que hacen la realidad del poder.

Por eso, el interés especial para comenzar a percibir las diferencias de significación en los distintos discursos que los sectores componentes del objeto sanitario elaboran para sus proposiciones. En ellas, las palabras conforman el discurso posible para mostrar aquello que requiere del convencimiento para los otros.

El receptor debe calcar las significaciones que incluye el otro discurso, para incorporar la “verdad” que tratan de demostrarle.

Aquí comienza la participación de la realidad discursiva, porque se repite el aserto clave de la relación estrecha de cada discurso sanitario, con la concepción que sobre la realidad social debe adoptarse.

Es así que una de las tareas esenciales de este enfoque del discurso sanitario de las partes, consiste en medir la significación que el discurso oscuro, en todos los casos, o en casi todos los casos de los médicos, sobre sus prácticas, propuestas y sobre todo responsabilidades ante el pronóstico de vida tienen para con el crecimiento de la lucidez transformadora del pueblo. Hasta aquí el discurso de la comunidad ha sido dependiente del aprendizaje que posibiliten las proposiciones médicas.

Pero queda una afirmación distintiva que efectuar. El lenguaje no está aquí entendido como un simple juego de expresión, ni siquiera como

una herramienta provisoria o complementaria de la práctica liberadora que pueda impulsarse. En este caso el lenguaje que la población pueda estructurar, en su constitución lingüística con respecto al punto de observación sobre la salud-enfermedad debe ser habilitado como una actividad, como una punzante e insustituible práctica político-social, cuyo instrumento, las palabras, denotan su instalación en una compleja articulación que es necesario comprender.

Aquí nos ayuda, la reinterpretación cautivante que puede evidenciarse desde una lectura sin complejos místicos sobre Ludwig Wittgenstein o tal vez mejor decir, desde una mirada más honda, de aquella que permitiría sospechar que detrás del infinito que elude “sentir el mundo como un todo limitado” se instala el domino también subyugante de lo místico.

Desde tal observación desprejuiciada, vale entonces el soporte que nos ofrece el filósofo, que detrás del análisis amplio del lenguaje va en busca de tomar por la diversidad de la periferia, pero también por el centro que contienen su esencia. Así se hace obligatorio expresar la posibilidad de entendimiento del discurso definitorio, despejando la cerrazón que pueda comprometer el lenguaje corrido, aquel que expresa la superficie dialogada de la cotidianidad. Ese lenguaje esconde, aunque la transporte, la estructura nuclear del pensamiento. Es necesario, entonces, reconocer el otro lenguaje que está también impreso en las propias palabras de la rutina diaria. En tal búsqueda en el descubrimiento de su intencionalidad para el lenguaje genuino, reside el interés del análisis.

Se trata de un análisis revelador y como parece desde el encuentro encubierto por el otro mensaje, su tarea tiene valores de subversión; descubrir las palabras ocultas, para exigirles el rendimiento de sus capacidades transformadoras.

Esas palabras, aquellas que usa el pueblo en las proposiciones sanitarias no solo tienen una función de interpretación y expresión, sino que actúan como signos y señales, para transformarse en la imagen palpitante, vital para la sonoridad de su praxis.

Tal como dice Wittgenstein, la proposición, que está llena de palabras “es un modelo de la realidad tal como la pensamos” y la “totalidad de proposiciones es el lenguaje”, en el que “las palabras son figuras de lo que representan”.

Esta es la búsqueda que nos importa, a través de las palabras de los trabajadores y su interpretación y lucha en la Seguridad Social, en su práctica cotidiana en el interior de sus Obras Sociales. Se trata del discurso medido, de ninguna manera como significaciones intersubjetivas, de corte individual y de los esquemas de prácticas sociales y no de separada y limitante conciencia individual.

El discurso tiene que aparecer como una práctica social, que define condiciones, determinaciones, otra vez como postula Wittgenstein, porque la proposición es una figura de la realidad y por lo tanto “si es verdadera, muestra como están las cosas”. Para el pueblo entender una proposición sanitaria “quiere decir, si es verdadera, saber lo que acaece”. Es más, esa proposición sanitaria. “representa tal y tal estado de cosas”.

Como lo cree el filósofo reencontrado, debemos escuchar las palabras de las cosas, tal como se muestran en el conflicto donde se dirime la salud de la población, las palabras son la figura de esa realidad y viven como expresión de las prácticas sociales que nombra. Tal es desplazamiento insustituible para que el análisis de la lingüística, no termine en estéril estudio del sentimiento manifiesto de términos y frases.

Debe eliminarse y si se puede, evitar antes que se produzcan, porque carecen de sentido y de tendencia eficaz, todas las construcciones lingüísticas que no puedan estar ligadas con el lenguaje universal, de la ciencia sanitaria, que es la copia esencial de los hechos que suceden en el terreno de la salud.

Esta práctica genuina, se formula con intensidad desconocida en la actividad específica que los trabajadores ejecutan en la Seguridad Social, en sus Obras Sociales. Este es un campo casi desconocido sor-

prendentemente, para el análisis del lenguaje como figura de la realidad sanitaria del país.

Se trata de una gimnasia transformadora, desde las pequeñas causas, pero persistentes y aun constantes, que han dejado atrás las viejas indicaciones y van construyendo los nuevos discursos, mientras otras se van instalando en el silencio definitivo del olvido.

Si no hay construcción de nuevos discursos es porque no hay transformación de la realidad social y precisamente cuando pueden haber modificaciones ciertas de la realidad, hay nuevos lenguajes. Así en las Obras Sociales, como en el cielo y en la tierra...

Esta es la historia irremplazable. Los trabajadores que forjaron la Seguridad Social argentina, emprendieron un nuevo discurso y al pronunciarlo, el conjunto del mismo no sólo fue su lenguaje y sus palabras, sino que denotaron las nuevas prácticas, aquellas transformadas a los que se relacionaban.

Los discursos son posteriores a las prácticas transformadoras. Llegan contruidos por el cambio; son esencialmente productos de esas modificaciones. Sin ellas seguirían conjugando los viejos verbos y no sirve pensar en nuevas proposiciones si no están sostenidas por tales transformaciones. Es más, no existen tales proposiciones, aunque puedan ser dibujadas, sin creer o pensar en las realidades modificadas.

La irrupción de los trabajadores en el sistema de las Obras Sociales, cuestionó el esoterismo y el hermético dialecto de los médicos que seguían estimulados e inspirados por sus parcialidades teóricas, acunadas con espíritu cómplice por aquellos que requerían el sostenimiento del poder logrado.

El planteo discursivo político-social de los trabajadores, limitó por sus propios intereses colectivos y de cuestionamiento societario, con pasión demoledora, los usos corrientes de esa oscuridad médica, en su dialecto.

La Seguridad Social, casi como nada anteriormente, en su práctica dolorosa para conforma su teoría, les indica a los trabajadores que el discurs-

so que adquirirían, la nueva lingüística que elaboraban, se generaba como un nuevo producto social unido a su manera de existir y de luchar por su salud y de pensar en la globalidad de su puesto en el universo.

Fueron creando su propio discurso liberador y lo hicieron en este campo, como consecuencia de su exigente práctica sanitaria, en su participación y manejo de sus Obras Sociales.

El discurso construido es así la expresión de los trabajadores en la práctica común de su lucha por la salud de su clase y despojándose de las tinieblas envolventes y frenadoras, que le proyecta interesadamente el discurso dialéctico médico. Se trata de su práctica y entonces de su política. El discurso de los trabajadores se gesta desde sus prácticas políticas en este campo sanitario, que les ofrecen las Obras Sociales.

Aquí es donde puede anclarse el sentido transformador de la praxis cotidiana. Desde ella irrumpe el discurso que deviene de esa práctica por la salud y entonces, casi en armonía, o por el contrario en ruptura insolente, cambiante y nueva, la práctica social se mimetiza, o deviene en práctica política que es su culminación proyectada.

Esa práctica, planteada desde el acercamiento intenso al nuevo discurso, aprendido en esa fragua que son las Obras Sociales, le otorgó a los trabajadores un instrumento potencialmente revolucionario, para su vinculación constante con los representados y sus requerimientos y expectativas, en una lucha política que tiene como destino final sin trampas, el cambio de la realidad social que genera la enfermedad.

En el seno de todas esas realidades, la construcción del discurso se fue produciendo como el resultado de una ecuación algebraica, de sumas, de restas; de equiparaciones y anulaciones. El discurso sanitario expresó vivamente los flujos y reflujos en función de la dialéctica de la producción social, siempre teniendo en cuenta que cualquier proposición enunciada sobre el particular, con sus palabras incluidas, no es más que la traducción de las prácticas políticas. Ese discurso de los trabajadores, constituye su propia ciencia política, es decir la expre-

sión discursiva de sus prácticas sociales.

Como en el país, tal discurso tiene mayores sustracciones que agregados. Estas restas son la consecuencia de contradictorias apelaciones históricas, que no siempre se expresaron en exclusividad por vía del poder dominante, colocado como único y exclusivo determinante.

También algún poder sindical en uso, copió o se mimetizó en el estilo “negociador”, de cálculo ramplón e interesado, subalterno y hasta perverso, para ubicarse convenientemente ante el poder dominante. Cedieron sin ruborizarse, empujes modificadorios. La alianza concertada del poder sanitario, que tiene a los médicos como sus agentes ejecutores, con ese poder compilador fraudulento, de una vanguardia venal o complaciente, estuvo casi siempre amparada e instigada, por el acogedor clima de las sombras dictatoriales, de cuanta intervención militar o de su signo, acogió a la Seguridad Social para constreñirla.

La gramática sanitaria

Ya sabemos que en el arte de hablar y de escribir correctamente están anidadas otras razones que las simples veracidades de la eficacia lingüística de los textos pronunciados o escuchados.

La lógica de estos discursos, contiene la razonabilidad exigente de la ideología, que como texto científico, junta el calibre máximo de una práctica política intencionada.

La esencia sanitaria de las proposiciones que aquí interesan confluyen hacia la enunciación del discurso que en sus convicciones ofrece la coherencia extraída de las determinaciones operables en el conflicto social y, por lo tanto, en el seno del campo político.

Entonces hace falta otra precisión, que la constante histórica ha repetido, expresando que no ha existido en el discurso sanitario de los trabajadores, un vector tendencial único y de propuestas sintácticas irreductibles, para tiempos definidos.

Tampoco lo fueron sus prácticas sociales, que se tradujeron en tales

discursos, componiendo así la veracidad de la equiparación exigible entre proposiciones y praxis política. Pero la realidad ha permitido comprender la estrategia global que en este contradictorio juego de flujo-reflujo, ocasionó una respuesta de síntesis histórica que con su propia lógica y a pesar de tiempos-espacios, sigue avanzando. A veces los reflujos han sido demasiado largos y profundos, con la consiguiente demora y hasta desaliento en el campo popular.

De cualquier manera repararemos antes un momento en la aparición de la gente, vale decir, de la vida social en la que se muestra la presencia de individuos y grupos que razonan, discuten y producen posiciones públicamente en el campo de la salud-enfermedad.

Se trata pues, de la aparición de la opinión sanitaria pública, que se inquieta por intervenir en la división visible o existente entre “la sacrosanta e irrefutable ley de la medicina”, alentada y sostenida por el poder médico constituido y esta otra confluencia del pueblo demandante.

En esta intervención se puede aceptar como posible, que se produzca la primera rebelión hacia la formalización de la autoconstrucción de esa opinión pública sanitaria, que reivindica a la manera de la transformación liberal del siglo XVIII, el derecho de los ciudadanos a pertenecer al ámbito de las decisiones político-técnicas, referidas a la salud-enfermedad y a cuestionar la hegemonía terminante de la mítica autoridad del médico, como representante del poderío sanitario, del cual al final de cuentas, no es más que un servidor.

Aunque aún faltará mucho tiempo, la rebelión se dirige a conseguir la transformación de ese poderío “sacrosanto”, en un estado de participación genuina del pueblo, en su ubicación comprometida con el dolor, la enfermedad o la muerte.

Pero esto que para la construcción política de la esfera pública comenzó en tal siglo XVIII, la expresión trasladada al campo sanitario, recién se evidencia con claridad en nuestro siglo y especialmente en la segunda mitad del mismo.

Además es bueno repetir, que esta capacidad transformadora no ha podido consolidarse definitivamente. Antes por el contrario existen períodos enteros de marcado retroceso, de retorno sumiso al arbitrio del poder sanitario constituido. Pero sigue siendo cierto que la tendencia predominante marcha hacia una vectorialidad de avance, producto del empuje modificador ínsito en la clase obrera, aunque los intereses del mundo sanitario en el proceso capitalista burgués, sigan limitando o dificultando el proyecto de propia articulación racional de los trabajadores.

No puede pasarse por alto en la Argentina, la profundización de los cambios políticos que generan las prácticas sociales que exige la Seguridad Social.

La resultante de las contradicciones que se establecen entre las prácticas de la Seguridad Social, que protagonizan los trabajadores, y el poder sanitario que expresa como resumen las intenciones corporativas de los médicos, han abierto un ámbito político-social diferente.

La nueva realidad en crecimiento llega a minar el poder omnímodo del personaje céntrico, como representante de ese poder sanitario. La santidad, o la remisión de la religiosidad santificada por la fe o la tradición sanitaria, se lesionan de tanto en tanto, y como consecuencia se resquebraja la autoridad de aquel que aparece como el responsable de la emisión del discurso dominante.

Es válido recordar que se trata de un portador del auténtico poder de la estructura económico-social, del esquema determinante para la salud-enfermedad. Pero en sus momentos de resquebrajamiento se instala el cuestionamiento del poder dominante. No es siempre, pero sigue sucediendo y cuando acontece, entonces nace y crece el discurso transgresor, que el pueblo comienza a articular, en la difícil y compleja tarea de la gramática sanitaria.

¿De dónde surgen las fuerzas que vienen a transgredir el mensaje del poder establecido? Pueden ubicarse en los efectos del conociemien-

to popular en otros campos de la opinión pública logrados a fuerza de una militante práctica liberadora; o de la intervención diferencial que se da intensamente en la práctica social contemporánea impulsada por la búsqueda de equidad por los trabajadores; o en el crecimiento de la conciencia social frente al conflicto básico de la comunidad.

Algunos otros piensan que tales transgresiones se producen por un proceso de modificación de los poderes de la clase sanitaria, sacudida por sus propias contradicciones económicas, sociales y científicas también; o por razones tecnológicas o de exigencias diferenciadas del proceso del capitalismo, en la obtención de una ecuación favorable en la reproducción de la fuerza del trabajo.

Lo cierto es que en el firmamento del campo sanitario, en el seno de su compacta hegemonía, casi tan monolítica como la correspondiente al poder absoluto que otorgaba la explicación cuasi teológica del mismo, se evidencia la instalación de algunas racionalidades iniciales que permiten legalizar el análisis de la coyuntura sanitaria y que se ahondará para alcanzar la verificación de su estructura.

En esencia, lo que está sucediendo en esa primera y hasta temerosa etapa de comienzo cuestionador, es que desde tal comprensión técnica de la coyuntura directa, lineal, se va haciendo visible y expansiva la “opinión sanitaria política” de los trabajadores. Crece la conciencia crítica que se levanta como el espacio-tiempo donde preferentemente puede desenvolverse el diálogo o la discusión política sobre la salud-enfermedad.

Ese espacio-tiempo del diálogo, ofrece el primer campo para la inicial ruptura de la rígida hegemonía sanitaria, monacalmente concebida de la incuestionabilidad del médico, como representante de la ciencia terapéutica que ordena poderes desconocidos, silenciosos y sobrecogedores.

Sería este momento, el instante de gran significación interpretativa, para seguir el papel que el hospital ha jugado en esta consolidación del poder sanitario. El espacio-tiempo del hospital, aparece como el

gran escenario del ejercicio localizado del micropoder foucaultiano. El discurso médico del hospital tiene toda la convicción unitaria del saber. Se expresa sin réplica posible desde el nivel que otorgan las diferencias de clase. En esa postura, hoy resulta medianamente fácil rastrear los contenidos religiosos, inmutables, carismáticos, a los que tal discurso médico intenta seguir sacralizando para la eternidad.

El hospital le aporta la rigidez inmodificable de su estructura dominante; en pleno ejercicio de un poder vertical; casi militarizado, en su condición del poder indiscutido. El tiempo-espacio hospitalario hace sobrevivir el esquema victorioso e invicto del discurso médico.

Allí no hay otros dialectos que los que consagra la hegemonía sanitaria vigente. La religiosidad de los papeles de la ciencia y del sometimiento al criterio existente, le otorgan al discurso un tono que se reafirma y acrecienta como insustituible, en la dependencia que vincula al paciente con el poder dominante.

Pero la realidad social termina por infiltrarse, aún en las más rígidas de las defensas de esta consagración del dialecto médico. Sirve y ayuda la práctica de los derechos a la salud que consagran los trabajadores en sus tareas políticas de la seguridad social. Se suman a las luchas del pueblo sometido, también en sus prácticas políticas tendientes a regular su participación en el producto social.

Así comienzan las reformulaciones, en la medida que la clase trabajadora asume decididamente su enfrentamiento con el poder dominante. El desarrollo y la complejidad de los medios de existencia, van exigiendo autodeterminación para los trabajadores, quienes construyen de esa forma, nuevos diálogos, otros discursos. Cuestionan la justicia desigual reinante y entre otros de sus componentes, postulan también su autonomía ante las franjas del saber médico. Esta práctica certifica una irreverencia histórica para el desenvolvimiento sanitario. Es un nuevo discurso, el dialecto de los trabajadores que en la conquista de su parte del poder social, elaboran su teoría transformadora.

Este cambio se instaló inicialmente en todos los espacio-tiempos reconocidos; allí comenzaron algunos pleitos hasta metafísicos, ligados a la misma religiosidad del discurso médico tradicional. Se produjo el cuestionamiento de su práctica social; el orden existente fue el gran cuestionado, teniendo en cuenta los resultados obtenidos y la dificultad que el mismo tenía para ofrecer una invulnerable seguridad para la reproducción del capital en sus fuerzas del trabajo.

Fue necesario y urgente obtener la constitución de una teoría instrumental para lograr esa transformación y para ello fue previamente comprendido que debía contarse con una explicación científica razonable de la realidad sanitaria componente del orden establecido.

La vida diaria del pueblo en su convivencia con las esteras médico-asistenciales fue produciendo cambios en la relación de la ciencia con la realidad circundante. Los trabajadores percibieron el peso de la estructura económico-social en su ecuación salud-enfermedad. En la práctica cotidiana midieron la dimensión de las relaciones sociales y de la justicia emergente de las mismas.

A su vez la expansión de la demanda, de cada vez más componentes de la población para cada vez más renglones del modelo prestacional, empujó una evidente disminución del espacio de separación existente en la expresión del discurso profesional y el entendimiento posible de los integrantes de la demanda expandida.

Ellos exigieron respuestas para las conquistas del protagonismo logrado en el ejercicio de sus nuevas prácticas sociales. Los trabajadores acrecentaron sus actividades en el seno de la sociedad y en tal campo sus exigencias alcanzaron tonos y matices nuevos. La salud-enfermedad fue uno de los horizontes privilegiados del crecimiento.

La jerga esotérica de la medicina del ejercicio oculto o semi oculto de una práctica plagada de ritos y misterios, va siendo taladrada por una nueva insolencia teórico-práctica, surgida del protagonismo de los trabajadores en sus prácticas sociales autoafirmatorias. Desde esas

prácticas que perfilan su discusión en torno al poder hegemónico determinante, nace la necesidad del entendimiento cotidiano que los trabajadores van exigiendo.

Al mito de la creencia omnímoda en el poder demiurgo de la medicina, amparada en su condición de componente de la estructura dominante, con su propia construcción lingüística, se viene a oponer en contradicción demoledora, el cotidiano pedido de explicaciones, la suma del entendimiento cultural sumando y las fuerzas potenciadoras que la comprensión de la realidad va agregando, desde la administración de sus propias instituciones, o cuando menos desde las prácticas iniciales del poder compartido.

Los trabajadores irrumpen con sus organizaciones sobre el horizonte de la equidad. Allí conjugan su razonabilidad y el crecimiento de su poder de clase, que aunque no logra romper definitivamente la estructura dominante, van agregando valores apetecidos en sus momentos expansivos. De esa forma incorporan potencialidades crecientes del firmamento científico y político, que les permiten ir elaborando una crítica sostenida sobre los componentes religiosos e irracionales de la teoría sanitaria y lo que resulta más eficaz aún, sobre las herramientas institucionales que sirvieron para sacralizarla.

Socavan con sus intereses y aspiraciones, los rígidos cimientos de unas prácticas sociales que les eran totalmente ajenas. Exigen su participación y entendimiento, porque ello contribuye al desarrollo de sus propias ideologías y conciencia como grupo social. En la construcción de su teoría sanitaria, los trabajadores van secularizando la expresión diaria de la salud, de su salud, que es una práctica social que deben conquistar.

Esta secularización es la nueva forma de su creación práctica, separándola con decisión y fortaleza de los mitos y supersticiones, de los suyos y de los otros, de esos que integran el curso envolvente y tramposo del poder de sus ejecutores. La medicina no puede ser el esoterismo de

los hechiceros ni las extravagancias ahistóricas de los latinazgos y de las jergas de comprensión exclusiva de sus sacerdotes e iniciados. Esta es una contribución de valor incalculable, que los trabajadores argentinos le otorgaron a la práctica social.

Se va rompiendo la distancia respetuosa hasta la idolatría teológica, entre “el médico-técnico” y el pueblo cotidiano.

La relación paciente-medico pierde su hábito de divinidad y comienza el cuestionamiento de la infalibilidad pretérita e insalvable del primer término de esa ecuación sanitaria.

Correspondería encontrar ahora, los justificativos causales de estas transformaciones sobre los discursos sanitarios que elaboraron los trabajadores. Ese discurso es parte de su práctica política-social y tal gramática sobre la salud-enfermedad, actuando como señal de su creación, se ha convertido en el signo vital que expresa la contingencia de su praxis transformadora. Como nos decía Wittgenstein, los trabajadores forjaron el modelo de la realidad tal como la pensaron, acompañados con sus prácticas revolucionarias, o simplemente modificatorios de la realidad.

¿Qué ha sucedido para llegar a este cuestionamiento? Aquí deberíamos acumular razones y justificativos para darle consistencia a los argumentos iconoclastas que pueblan hoy el discurso y la práctica social de los trabajadores frente al campo sanitario. Con avances y retrocesos, pero primando esta tendencia cuestionadora y desmitificante.

Aceptemos una simplificación argumental. Pensemos que en buena medida intervino para esta modificación iconoclástica el conocimiento acumulado que los trabajadores en sus prácticas político-sociales fueron incorporando, sobre la propia experiencia ante su salud-enfermedad como grupo social.

Sumemos también la convicción naciente de las masas, de aceptar el valor de sus propias actividades organizadas para modificar sus destinos; la idea del conflicto social que captan en sus prácticas políticas

cotidianas y que les obligan a delimitar cada vez con mayor exactitud al enemigo situado en la otra postura de la cadena conflictiva, de su desarrollo social. En fin y no por último, agreguemos que lentamente se ha ido elaborando una teoría sanitaria para el cambio de los signos estructurales a partir de los hechos concretos que conforman ese mundo del conflicto, que en este caso se muestra en el continuo salud-enfermedad.

Volvemos a sentir aquí el influjo de Wittgenstein. Ahora recordar su primera frase del *Tractatus*, aquella que nos indica que “el mundo es todo lo que acaece [...]; el mundo está determinado por los hechos y por ser todos los hechos” (Wittgenstein, 1981, pp. 69, 71, 75 y 35).

Estos casos, estas situaciones, todos los hechos que conforman el mundo, le otorgan a la experiencia de los hombres que los viven, de los trabajadores que son sus protagonistas (agonistas en el mejor decir, de combatientes en el conflicto), no sólo a nivel de su palabra y del conjunto de sus palabras que construyen el discurso de los trabajadores, como también de sus prácticas, la calidad del recurso político militante, que garantiza la intencionalidad para la creación de la teoría política, para la práctica transformadora que deben encontrar.

Se trata de entender que los hechos que acaecen modelan la práctica política-social de los trabajadores y de sus organizaciones y señalan la atracción del sentido de esa práctica modificatoria de las tendencias primarias impuestas por los factores dominantes a las prácticas que definen a los hechos que acaecen en esta sociedad competitiva.

La práctica de los hechos primarios para el capitalismo, constituye la impresión de la práctica política requerida para crear los nuevos hechos del universo solidario, de igual manera como lo hace con las palabras, que sumadas en el discurso son la expresión de esa nueva práctica liberadora.

Han surgido de los hechos que conforman el mundo, ahora nuestro mundo sanitario, determinado por esos hechos iniciales que provoca

la estructura dominante. Allí se colocan los cimientos de esa práctica modificatoria, que transforma la práctica envolvente y determinante, en el nuevo juego de discurso y práctica política generadora de un sistema social aspirante a la equidad proyectada.

Está dicho y aceptado que tal práctica política puede desarrollarse sin un sistema de ideas que se expresan en el discurso de tal práctica. Pero igualmente debemos volver a decirlo, en ese discurso, en tal expresión de ideas se conforma un sistema discursivo coherente y concreto, sólo si se refiere a un esquema determinado de relaciones sociales. Allí están inscriptas las prácticas políticas a transformar y desde allí nacen las prácticas políticas para transformarlas.

Están referidas entonces, a una realidad política social, sanitaria, expresamente determinadas y no a fantasías o perfiles imaginarios individuales. No se trata de la idea, el discurso y la nueva práctica del individuo, la que corrige y modifica la práctica de la determinación por excelencia, de los hechos sanitarios. Es la práctica social de los trabajadores, con el discurso que la expresa, la que encabeza la intención que elabora la transformación de esa determinación.

En esto se expresa el nudo decisivo de la cuestión. Los hechos nuevos que acaecerán para construir este otro espectro societario, también el de la salud-enfermedad, serán producto de la nueva práctica política de los trabajadores. Todo ha de producirse, se está produciendo, como la tarea determinante de la práctica-discurso de los trabajadores y sus aliados, en vinculación contradictoria, dialécticamente transformadora con la cuestión céntrica de la hegemonía, de la conformación del discurso dominante que debe ser modificado.

La historia del siglo señala que las prácticas efectuadas por los trabajadores argentinos, aún las más cruentas, como aquellas otras computadas como estériles o inservibles, se han acumulado en el tono y la intencionalidad de sus discursos. Todo lo que esos discursos han recibido de esas luchas, también las del campo sanitario, como exigen-

cias, sus posiciones las devuelven o las acumulan, según los tiempos y los signos de sus componentes, bajo la forma de ideas, razones, o simplemente esperanzas y proyectos, para actuar sobre las ideologías remanentes para transformarlas.

Es así que la vida cotidiana de las organizaciones sindicales han ido recorriendo la pesada túnica que hacía casi impenetrable el entendimiento de la práctica sanitaria de los médicos que representan a los grupos dominantes en tal campo. Los esfuerzos por mantener su esoterismo no han resistido totalmente y la práctica social ha producido una revolución casi silenciosa en su ocurrencia diaria; pero a pesar de todo, se ha instalado.

El campo sanitario ya no experimenta sólo la omnipotencia invulnerable del discurso médico, como único e intocable. Ahora también puede discurrirse en la práctica cotidiana, con otras palabras, que al agruparse conjugan un discurso diferente, que busca su propia coherencia interna.

El sujeto de esa revolución se fue forjando al amparo de su propia creación para la práctica política-social. El dolor-enfermedad preparó las consolidaciones posibles, alcanzadas en las proposiciones que enuncia para ese camino sanitario social.

Las Obras Sociales en el seno de la Seguridad Social por labor participativa y por haberse expresado como parte unida al proceso industrializador del país, aún con niveles muy diferentes y cambiantes según espacios-tiempos determinados, fueron un escenario propicio para el protagonismo del movimiento obrero organizado, en expresión ineludible de grupo social transformador.

La práctica política nacida de ese protagonismo moviliza un cambio cualitativo de significación histórica. El mismo se visualiza en el traslado de la rigidez mágica del discurso médico, primero hacia una racionalización cuestionadora por parte de sus escuchas, que buscan comprensión y transferencia; y luego en la articulación que esa racio-

nalización hace posible entre la ciencia sanitaria y la práctica social de la vida cotidiana de los trabajadores y una construcción dialéctica nueva, con contradicciones elocuentes, pero con impulsos que continúan, frente al discurso sanitario dominante y extraño para los requerimientos justicieros de los demandantes como individuos, grupos y clases.

De esta forma se evidencia la aparición de una variante sanitaria, en búsqueda de una unificación entre la teoría social en construcción y la práctica exigible para la obtención de mejores niveles de salud. Ya no es el médico y su corte absorbente el emisor único del discurso; ahora en el país industrial que nace, el sujeto nuevo que presiona y emite sus mensajes acordados desde sus prácticas políticas, son los trabajadores y sus organizaciones, que están decididos a contribuir a elaborar su propia salud. La harán como resultado de una calidad intrínseca de la práctica social común que ejercitan y no por la fuerza ideal de la conciencia individual de cada uno de ellos.

En la instalación de la democracia yrigoyenista de un trozo importante de las causas populares en el poder, y el advenimiento después del eclipse de 1930 del pueblo hacia las búsquedas del poder concreto, se comenzó a comprender que por distintos caminos, las luchas populares se fueron adueñando de su propio estilo, del discurso que imponía su realidad social, aquella que generaban los trabajadores y sus aliados, en los distintos ámbitos de su militancia protagónica, expresado como resumen en su crecimiento sostenido.

El surgimiento de una práctica político-social persistente para los trabajadores, permite la irrupción con claridad de su propio lenguaje, que discute y cambia los argumentos que sobre administración de la salud imprimiera unilateralmente la supremacía médica.

Esta irrupción formaba parte, por supuesto, del mismo esquema contradictorio que el mensaje discursivo laboral imprimía frente a la prédica del discurso dominante, del capitalismo autóctono impulsado y sostenido por sus aliados foráneos.

Estas contradictorias versiones de los discursos enfrentados se profundizaron y eso mismo le permitió a la clase obrera argentina, protagonista del esfuerzo industrializador del país y en plena expansión organizativa, una reclamada e invasiva participación para el discurso común fundador que el país ordenaba desde sus políticos y operadores sociales. La historia cotidiana definía sin demoras al enemigo y las organizaciones sindicales construían la estrategia para esa refundación de la patria.

La clase trabajadora debió reconocer prontamente, el tono transformador que se conjugaba desde el esquema sanitario exigido por sus componentes y que se encarnaba sin dudas, en la mejor postura revolucionaria del Carrillo creador. Ese esquema se instalaba, en su inédita concepción en torno a la medicina social y su conceptualización sobre la salud.

En estos tiempos es cuando se ve más claro, que las influencias profundas deben buscarse una vez más en las incidencias que las prácticas políticas-sociales imprimen sobre el discurso de la clase trabajadora, en el momento del crecimiento industrialista que la acelera.

Ese discurso pone en cuestión, por primera vez con decisiva claridad la primacía canónica del contexto dominante. Se quiebra la unidad del mensaje imperial y con esta discontinuidad también se resiente la hegemónica dicción del texto sanitario.

Pero el campo popular mostrará falencias opresivas que disminuyen su potencialidad transformadora.

En ese sentido podemos indicar a simple título de análisis descriptivo, apenas semiológica, dos vertientes:

a) Se pensó excesivamente en la conexión casi única, entre los agentes sociales y sus instituciones políticas y la relación con los grupos económicamente dominantes.

b) Se esperó que la determinación de las prácticas sociales que modificarían el texto de las resultantes sociales, no tuvieran tanta relación con

sus fuerzas causales, como con la posibilidad de conceptualizar su práctica transformadora en fórmulas casi mágicas de cambio estructurales.

Para la primera de sus limitaciones, los componentes de las clases populares pensaron que todo el esfuerzo consistiría en limitar la influencia imperial del poder foráneo, para lograr un discurso liberador en la salud, como en los demás aspectos sociales.

Para la segunda se creyó ciegamente que esa transformación se podría lograr sólo y exclusivamente, con la capacidad revolucionaria que el concepto de clase trabajadora como vanguardia de la concepción social, podía desarrollar.

Para el primer campo de la lucha anticolonial se confió a pies juntos, en un Estado Nacional unitario en su concepción, sólido en su textura y homogéneo en su discurso.

Para el segundo se pensó en un movimiento obrero inquebrantable en su fe y en su conciencia social, pero también único y disponible para esa responsabilidad.

Ni el Estado Nacional fue único y homogéneo, ni la clase trabajadora tomó exclusiva y puramente su teórico papel de vanguardia creadora de la nueva realidad, con un discurso incontaminado.

Las contradicciones históricas hicieron su aparición, desde el silencio adonde se habían recluso. Por eso es demasiado claro señalar que las otras fuerzas también existieron y que las rupturas de los órdenes constitucionales en sus tiempos-espacios, fueron elocuentes fórmulas de la desaparición de las transformaciones esperadas. Entonces, volvió el discurso hegemónico neocolonial y con él, la persistencia de un discurso sanitario dominante.

De todas formas, ya el Estado hacía posible dolorosamente, o esperable ese retroceso neocolonial, porque su unidad cedería aún en tiempos considerados como muestra de la presencia de las masas populares en el ejercicio, aunque sólo fuera de parte del poder.

El ejemplo más claro y dramático es la caída de Carrillo. Interpretado

como el producto del avance sostenido de los poderes e influencias del liberalismo, que logran su separación del gobierno, en momentos en que se presagiaba la consolidación de un poder nacional, para el ámbito de la salud.

Además y en el otro extremo de la teoría de la expansión popular del poder, la clase obrera que irrumpiera hacia el mismo el 17 de octubre de 1945, no siempre contó con el texto revolucionario de la doctrina en expansión. Con alguna frecuencia sostuvieron, en cambio, un discurso de autoridad y de neto corte verticalista para la concepción política nacional, que estuvo destinado a cegar y anular la autodeterminación modificatoria de las masas en organización, para instalarlas en las normas rígidas de su único mandato discursivo que anula la perspectiva de transformación social.

En este aspecto, la aparición y crecimiento de un estilo sindical, que puede involucrarse en la denominación de *vandorismo*, pensando en la práctica sindical de Augusto Vandor, un indiscutible líder sindical de la década del sesenta, debe interpretársela como el ejemplo corporizado de esta mitigación para el cambio, que estaba inscripto en las energías potenciales de las prácticas obreras.

Fenómeno complejo, de alto interés sociológico y no suficientemente analizado, el vandorismo construyó la idea diferencial, de la unidad monolítica del movimiento obrero organizado y detrás de esa postulación, generó una práctica política sindical de enorme valor histórico. Era el eje clave de las propuestas sindicales, planteadas por un líder carismático en su misterioso silencio: casi yrigoyenista en este aspecto, enraizado en el arraigo nacional y criollo de caudillos y caciques, el vandorismo creaba lealtades infinitas e irreductibles, en una valoración casi paternalista de las funciones de conducción.

Importa percibir que ese estilo puesto en marcha para la dirección sindical, que aspiraba a consolidar esa unidad monolítica del movimiento obrero, optó por acentuar los rasgos de verticalidad en las deci-

siones y por imponer las prácticas permanentes e insustituibles de las negociaciones entre los diversos factores sociales, como la manera más eficaz de establecer alianzas de complejidades diversas y asegurar la unidad de criterio de la acción sindical.

En el vanderismo de ayer y de hoy, como estilo de práctica social, sus gestores buscaron y buscan lograr que las bases sindicales les ofrecieran rigurosa disciplina y expresaran un acogedor conformismo, como virtudes infaltables, por la aceptación y cumplimiento pasivo de la política, en cuyo diseño no participan, como tampoco intervienen en la ejecución y valoración de la toma de decisiones ni en la elección del discurso que las exprese.

La jerarquía vanderista para el mando, concentra en sus manos las funciones totales de la iniciativa, conduciendo y decidiendo, vale decir, teniendo en su voluntad, el poder para producir las órdenes esenciales de la vida sindical.

El vanderismo esconde sigilosamente la posibilidad de participación de las bases sindicales. Es más, hasta parece que desconoce o niega esta variable de la práctica social. Pero, sin embargo y esto es distintivo, el ejercicio de su poder no es despótico y lo que es más importante, sirve en general a los intereses inmediatos de sus representados, aun cuando no se los consulte o no se plantee su participación.

Este tipo de dirección en forma de poder individual de enorme caracterización caudillesca, o de grupo cerrado alrededor del conductor, por su eficacia ejecutiva, motiva el sentimiento de dependencia, la no participación en la selección de las metas y objetivos y el crecimiento de una convicción para esa “comunidad laboral”, en el sentido que está fuera de toda posibilidad de controlar a los productores asociados.

Hay un detalle de gran significación. Esa burocracia que ejerce el vanderismo, es en definitiva una categoría que no puede ser identificada con la clase trabajadora. Es de su propia elaboración, para un momento determinado de la evolución del poder sindical, tiene el monopolio de la

conducción, ni duda de su capacidad personal o grupal de practicarlo, pero no lo obtuvo en virtud de la exageración de su propio derecho de propiedad, sino y este es el detalle sorprendente, en virtud de la delegación del derecho de conducción.

Los representados que no producen su participación, en esta etapa del desarrollo sindical, otorgan al conductor vandorista, toda la potencialidad exigible para practicar el poder, como delegación del derecho a ser los forjadores de sus objetivos.

Se cumple de esta manera una razonabilidad política de la burocracia como sistema de relaciones sociales fundamentales, medidas y limitadas, que caracterizan a ese conductor o grupo conductor, como un sector particular de intermediarios, que se han independizado de sus representados.

El vandorismo dirige las actividades sindicales esenciales por su decisión, pero mirando la eficacia de su gestión, que no sólo dirige a los componentes del sindicato, sino a sus cosas, sin buscar o pretender participación de sus mandatos.

Se pueden señalar algunas características que indican el estilo o la conformación del vandorismo:

a) El monopolio en el ejercicio de la propiedad del sindicato, le otorga al vandorismo la base económico-social sobre la cual construye sus fundamentos para transformarse en un sector político-social independiente para salir decididos a la conquista de otra calidad y cantidad de poder.

El vandorismo de todos los tiempos, se coloca en posesión de la virtud del sindicato como organización, transformándolo en su propiedad privada. De su crecimiento institucional y de la rigidez de la dependencia de sus representados, depende la cuota creciente de poder social que adquiere ese sindicato y ese conductor.

b) El monopolio en la toma de decisiones, en la determinación de los objetivos y proyectos de práctica sindical, le conceden al vandorismo la posibilidad de utilizar el derecho exclusivo para establecer la lógica

social reconocible y las condiciones de vida de todas las demás partes de la globalidad de sus trabajadores.

De ese monopolio depende el grado de satisfacción de sus integrantes y este aspecto constituye el signo básico del contralor de su función de conducción, para que el representante del vandorismo aprecie la consolidación, o el cambio de su práctica de conducción y el tono de su discurso frente al poder.

c) Los mejores representantes del estilo vandorista de todos los tiempos, convertidos en especialistas en la gestión y en la dirección sindical, representan también un sector social que busca y consolida su independencia.

Es bueno comprender que el vandorismo no tiene malabarismos extraños para su persistencia; se sostiene en gran medida en la afirmación de los intereses del grupo sindical al que representan, para ello han desarrollado un perfeccionamiento en su capacidad de negociación, que en la sociedad competitiva les ofrece un importante caudal de eficacia para sus representatividades.

Son así, los representantes sensibles para los intereses que captan en el interior de las apetencias y necesidades de sus representados. Se lanzan con sus negociaciones, a la conquista de los niveles de exigencias de los trabajadores de sus sindicatos, con la gran limitación conformada de antemano, de no producir transformaciones estructurales básicas, porque ellas modificarían las relaciones sociales, en las que el vandorismo, tiene su estricta y exclusiva razón de ser.

La independencia que consolidan, tiene que ver con una sociedad que tolera e impulsa sus negociaciones, porque en ellas pueden concederse las eficacias buscadas, con tal que no cambien las fundamentales condiciones de poder, que gestan las relaciones sociales en las que existen.

En determinadas condiciones, el vandorismo y sus representantes genuinos, se convierten en poderosos instrumentos para contribuir a realizar también específicos intereses generales de los trabajadores.

Lo hacen con austeridad, sin consultarlos, sabiendo que el éxito de la negociación apuntala el poder del sindicato y el suyo propio, no para consolidarlo en su provecho personal, sino en el de la organización que encabezan y que no desean delegar.

Con el mantenimiento de las relaciones sindicales que desempeñan, se acrecienta su nivel de independencia como conductor, o como grupo cerrado y con ello la capacidad para expresar su discurso por encima del de sus representados, afirmar sus intereses políticos y los de su círculo áulico, que toman de esta manera la preponderancia simulada de la mayoría.

El vanderismo como sistema de relaciones y como forma de agrupación social aparece cuando la representación de los intereses generales se independiza o se desprende del control representativo del sindicato y se convierte en afirmación de las expectativas y aspiraciones del grupo, que termina asimilándolo diferencial y equivocadamente con el interés de los trabajadores.

Aquí se sitúan los dos grandes criterios que definen la práctica vanderista, esa expresión individual o apenas grupal del ejercicio del poder sindical, que fue creciendo desde la práctica de Augusto Vandor y que se ha instalado como uno de los arquetipos para la conducción, de las organizaciones de los trabajadores en nuestro país. Su estudio y conocimiento aún hoy requiere mayores precisiones para entender sus resultados y sobre toda su condición primordial de protector del sentido final de las relaciones sociales que el mundo capitalista ofrece en el Tercer Mundo.

El primero de los criterios se basa en el monopolio para la toma de decisiones; para establecer las estrategias fundamentales. Sin otra prescripción que la propia y en el límite de sus condiciones de desenvolvimiento en una sociedad de determinadas relaciones sociales, el vanderismo en su organización decide por sí y ni siquiera piensa en la decisión participada. Actúa sin consulta, con su intuición de líder pa-

ternalista, o con una conducta definida de patrón único, que no le debe explicaciones a nadie, a no ser que por su propia voluntad haya optado por ofrecerlas. O por las eficacias de su gestión.

El segundo de los criterios definitorios, se trata de la autarquía y afirmación individual, o de su estrechísimo interés de grupo. Se refiere entonces, para la caracterización del vandomismo y de su discurso limitante, del poder independiente que basado en una delegación oportuna de facultades, se ejerce sin demoras ni límites.

Son dos claras asignaciones: el poder de decisión monopólico en el conductor vandomista y su círculo; y la independencia funcional en la afirmación para su papel conductor.

Estas son dos condiciones inseparables; y esta independencia de la base social es el elemento determinante principal de este estilo de poder sindical que ofrece un particular sistema de relaciones organizacionales.

Las características de tales relaciones vandomistas con el mecanismo sindical funcionando, consiste en que la base, como ya queda dicho, muestra una disciplina rigurosa, casi religiosa y un conformismo esperanzado.

Ese conformismo es parte del convencimiento que existe, en el sentido que para consolidar el poder vandomista, sus representantes no le pueden fallar a la base en sus reivindicaciones inmediatas, al menos en sus directas conquistas materiales más allá de cualquier transformación de las relaciones sociales existentes. Y no les falla, apuntalando esa conducción cupular.

En este aspecto el vandomismo esconde con gran prudencia tales relaciones, para poder en cambio desplegar, sus exigencias negociadoras coyunturales, que son sus preferencias. El vandomismo es una continua búsqueda de las conquistas coyunturales y eso lo hace a la perfección.

En ese clima de obtenciones parciales, pero existentes, las bases ratifican temporariamente sus aceptaciones y el cumplimiento pasivo de la política sindical en la que no intervienen, ni en el diseño, ni en las

decisiones y menos aún en la conducción.

El vanderismo concentra en sus manos todas las funciones políticas, sociales, sindicales. Toma las medidas que cree oportunas y conduce con total independencia, porque ejerce el poder que no tiene discusión. Ese poder es utilizado para enfrentar la coyuntura y de esa manera, sólo intercede someramente sobre los aspectos fundamentales de la sociedad. Es como si desperdiciara el poder obtenido, como si fuera excesivo armamento para los objetivos propuestos.

Aún en el mejor momento de su historia y también hoy, este ejercicio del poder sindical que el vanderismo transforma en tradicional en nuestro sistema organizado de los trabajadores, constituye una variable persistente, sin identificación carnal con sus representados. Sin embargo es su representante por delegación concentrada del poder social, pero deja sin entendimiento y sin ingreso, a la enorme energía transformadora que puede asumir la participación de sus representados. Suple esta ausencia, desde la concentración particular del poder, produciendo acciones para lograr resultados inmediatos de eficacia pragmática para las masas, sin desenvolver el papel creador de las mismas en la diagramación de su propio destino.

Esta limitación originaria impide recibir los distintos modos específicos de producción del discurso transformador de múltiples objetivos. No los oír, ni querrá entenderlos y cuando algo de ello sucedía o podría llegar a suceder, los bloqueaba, generalmente utilizando el otro discurso, el descalificador ideológico, aquel que sometía a la condición repelida de ideologías foráneas, a todas aquellas que cuestionaran su hegemonía omnipotente en el suceso histórico inmediato. Así enviaba al silencio estas frases que se oponían a su vanguardismo claramente coyuntural, castrador de toda producción discursiva que pidiera participación y protagonismo democrático para las bases.

En muchas ocasiones el vanderismo se creyó-cree, depositario de la totalidad de interpretaciones y entonces el cúmulo de su normatividad

llega a observarse como el resumen de todas las posibilidades para el consenso y desarrollo desde esa posición de fuerza representativa por delegación, su gran instrumento de poder, o de reafirmación del poder alcanzado. Despliega, en fin, todo el arte de su práctica esencial en el interior de toda negociación, a la que intenta mostrar como el camino ineludible de ésta, su sociedad de acuerdos.

En ese pacto de tomas y dadas, en toda escena y práctica de negociación, sucumben todas las parcialidades en el seno de su concepción individualista. Asume con intensidad la delegación del poder sindical que detenta y lo muestra en cada vericuetto del encuentro negociador. Esgrime su poder, como la decisión permanente de las bases; con ella presiona y hostiga al internegociador.

Pero la presión tiene tensiones que el vandomismo conoce a la perfección y utilizará tal estiramiento, justo hasta el límite de la permisibilidad del sistema. En la negociación se mide la esencia del discurso vandomista dispuesto a corregir parte del conflicto, pero sin llegar a desmoronar el edificio social en el que creció y se consolida. Es parte de tal armazón y la cuerda impulsada desde ambos extremos por las partes de la negociación se tensará, pero justo hasta lo permitido por las fuerzas componedoras del discurso predominante, para la definición de las relaciones sociales vigentes.

El vandomismo es uno de esos componedores; muestra en la negociación, sus necesidades de eficacias pragmáticas. Sabe justo hasta qué límite puede llegar la puja para tales eficacias y como es parte indisoluble del sistema, la otra parte mezquinará todo lo que pueda, pero ha de ceder justamente, porque también ella requiere de la presencia del vandomismo. Termina siendo su aliado en la disputa, porque ambas garantizan la continuidad del discurso existente, con algunas modificaciones coyunturales y oportunistas, pero ninguna de ellas lo suficientemente traumática como para descorrer el velo de un nuevo discurso revolucionario.

El sentido operativo de los representantes vanderistas en la disputa social, se respalda en el convencimiento que tienen de que es necesario conseguir la unificación de las proposiciones a cualquier precio, para garantizarlas en una negociación, que siempre aparece como de trámite posible, para alcanzar alguno de los objetivos planteados en el seno de la eficacia pragmática buscada. Así piensan que los resultados de tal transacción de ese consenso mercantilizado, con valores lucrativos para un lado y el otro, sirve para todos. La lucha en profundidad, sólo será una ficción. No forma parte de la estrategia práctica del vanderismo, que como vimos va en búsqueda del poder por el poder mismo y en tanto y en cuanto regarantice su propio y coyuntural poder.

Lo demás es entonces, el negocio, la consensualidad híbrida. La política se degrada en el contenido de esa relación negociadora, que abarca sólo la esperanza de mejores niveles para el lucro de la operación emprendida.

En el campo sanitario la presencia del vanderismo, quizás en el esplendor de sus riquezas y limitaciones, se expresa especialmente en la conquista de la Ley 18.610, que otorga formalización jurídica y financiera al sistema de Obras Sociales.

La Ley es de 1970, pero su discusión y “negociaciones” vienen de algunos años antes, siempre en el juego de tensiones a que se somete toda vinculación social que incluya intereses componentes de las relaciones sociales existentes

El consenso alcanzado por el vanderismo y los militares ocupantes dictatoriales del poder, representa una muestra de excelencia para comprobar a través de esa ley, el equilibrio de fuerza alcanzado, después de haber experimentado largas jornadas de tensas situaciones encontradas.

De todas maneras se obtiene un producto fino de la eficacia pragmática y a su amparo crece en buena medida todo el poder sindical, el de la casta vanderista preferencialmente, pero también el de otras posiciones un tanto más participativas.

Las Obras Sociales conquistan desde esa Ley, un papel destacado para buscar nuevas fórmulas de hegemonía de los trabajadores organizados. Su crecimiento se realiza exactamente dentro del mismo signo reinante en cada una de las fuerzas sindicales. No es la ley la que crea el vandomismo, ni la que disponen otras corrientes representativas. Estas ya estaban dadas y la ley y sus consecuencias las afirmaron o las disminuyeron.

A la luz del paso histórico, también los resultados son contradictorios, pero puede sospecharse que esta conquista particularmente propia del vandomismo, agregó poder al poder sindical, pero dándole oportunidad para construir un discurso, que sólo permitió un claro crecimiento reivindicativo de los trabajadores organizados, en una demostración favorable para expresar nuevas proposiciones funcionales de la sociedad, en cada oportunidad que fue posible.

Pero sus efectos no pasaron de allí, de algunos mejoramientos para el desenvolvimiento de la sociedad competitiva, pero muy lejos de aquellas otras intervenciones sindicales, que casi treinta años antes había contribuido a crear nuevas formas de relaciones sociales.

Volviendo sobre la ley, esa negociación social del vandomismo, no hay que olvidar que cada vez que se pensaba en su despegue, llegaba sobre sus instituciones las medidas que frenaban su autonomía y las intervenciones autoritarias consagradas, fueron en todo caso un elemento destinado a mitigar el crecimiento del poder de los trabajadores.

En la ley 18.610 culmina un proceso negociador entre los trabajadores y los grupos dominantes. Ese espíritu negociador que hemos asignado en buena medida a una de las exquisitas modalidades del vandomismo, impregnará buena parte de la historia posterior de las Obras Sociales. Ello frenará, hasta el olvido y aún la negación, del discurso sanitario nacido en 1945, con la predominancia social de justicia y de equidad que planteaba Carrillo. Entonces fueron proposiciones de conquistas y de luchas y ahora el discurso se encamina hacia la transacción y el acuer-

do. En buena media “el negocio sectorial” opaca y reduce el discurso totalizador que alcanzaban los trabajadores, en su visión sanitaria anterior, con la individualización precisa de sus enemigos.

En este viaje esencial hacia una negociación posible se resguardaba el poder logrado y su práctica social llevó hacia un discurso ejercido por la vanguardia vanderista, o cercanamente vanderista, para transar antes de las rupturas y declinar el tumulto de las nuevas composiciones y posibilidades.

Es conveniente analizar como cierta, la idea de que ese rumbo seguido desde las transacciones era la proposición posible, alejada de toda utopía transformadora. Se trataba del único camino habilitado y el mismo conducía a una práctica médica sacrificada en el seno de la sociedad mercantilizada y con el lucro como el gran incentivo de superación.

No debe pasarse por alto que en las prácticas sociales, los discursos que ejercitan su papel preponderante llaman “único camino posible”, al que se logra luego de transigirse con el destino impuesto o señalado por las resonancias dominantes.

El vanguardismo sostenido desde una representación desplazada, contribuyó a la consolidación del poder constituido, con algo de los cambios posibles o permitidos, pero sin transformaciones estructurales. El discurso sanitario vuelve con el vanguardismo vanderista a los orígenes hegemónicos que imponen las relaciones sociales de esa comunidad.

Pero esta situación no es estable ni está consolidada en su totalidad, más de una vez suceden conmociones en su seno y los trabajadores comprenden en su tiempo y forma que las modificaciones deben intentarse. Tal conmoción retorna esporádicamente, pero está latente en la expresión discursiva de los instantes de crecimiento de la participación sostenida de las bases. Aún en el interior mismo del vanderismo, las contradicciones pueden expresarse y algún discurso sanitario transformador es posible articularlo y aún llegar a buscar su consolidación.

La Argentina después de 1945 lo mostró con amplitud. Las contradicciones lo frenaron; pero en cada fulgor reiterado del sentido nacional, reaparece, distinto, deformado; tenue o intensivo, pero su presencia alienta la perspectiva de su práctica transformadora.

Lo cierto es que el sentido impulsor hacia esas transformaciones sociales-sanitarias sólo muestra un protagonismo indispensable, está constituido por la obstinación nacional del movimiento trabajador; allí está depositado el ejercicio de la práctica social que puede producir los cambios estructurales indispensables para la modificación de las relaciones sociales. El movimiento nacional lo sabe y por eso insiste, aún desde las contradicciones más negativas de tiempos de sufrimientos y frustraciones para organizar la búsqueda constante del ímpetu creador de la clase trabajadora.

En esa clase trabajadora esta la fuerza que puede canalizar y capitanear todo cambio esperado y proyectable. Sólo que no se trata de una energía idílicamente lista para actuar y proceder. Las contradicciones a casi cincuenta años de su eclosión nacional en 1945, tiene peso suficiente como para desalentar toda perspectiva inmediata de relevancia protagónica. De esas contradicciones la extensión silenciosa y permanente del vanguardismo sigue inundando anchas franjas de sus quehaceres. Sus métodos “negociadores” y de acuerdos por el poder mismo, también demoran tal protagonismo transformador.

Pero más allá de todo vanguardismo estéril o utópico, la visión global de la práctica política argentina, ya sobre el final del siglo obliga a seguir creyendo en la potencialidad revolucionaria que la clase trabajadora tiene en su seno aún dentro de las limitantes reconocidas. Esa superación, es la que medirá el tiempo de la transformación social para Argentina.

En el campo sanitario la situación está cubierta por los mismos márgenes de incertidumbre; el camino también pasa por una militante práctica social modificadora, aprendiendo precisamente de los

retrocesos que generara la modalidad operativa e ideológica del vando-rismo, dilatorio y divergente en la negociación, como mucho más aún y también, en las maniobras perversas tendientes a consolidar éste su poder delegado sin participación de las bases.

De todas formas y sin vuelta de hoja alguna, es conveniente recordar que la construcción del discurso depende de la práctica política y esta es la consecuencia del apoyo o de la transformación a la que se somete a la estructura básica económico-social. El discurso expresa la tendencia hacia la consolidación o la modificación de las relaciones sociales que devienen de esa estructura económico-social. Pero la misma no es cuestión de lenguaje; este es solo la expresión de las tendencias conformadas para el enfrentamiento a dichas relaciones sociales. Son las prácticas políticas de los trabajadores los únicos hechos que pueden modificar la estructura dominante que señala el signo de nuestra época.

En esas prácticas están inscriptas las modificaciones necesarias. Ellas se refieren a una realidad política sanitaria dada y no a fantasmas, perfiles imaginarios o dibujos lingüísticos acertados o inteligentes.

En la década del cuarenta cuando los sindicatos iniciaron su práctica social en tomo al modelo de solidaridad para sus requerimientos sanitarios, abrieron el discurso a una nueva formulación transformadora para la salud-enfermedad. Acompasaron sus esperanzas con un país que estaba también reformulando su discurso sanitario. Así se avanzó en la consolidación del sistema de la Seguridad Social. Las perversas infiltraciones del sistema competitivo y lucrativo admitidas por unos, toleradas por otros y en todo caso, buena parte del todo seducidos por el hechizo de los recursos materiales, económicos, que agregaban poder al poder político, fueron quebrando a un sistema que basado en la industrialización veía derrumbarse la génesis de sus energías, hasta llegar a este, el instante categórico de la desintegración. La determinación de excelencia también utiliza las transgresiones y perversidades para mantener al sistema en la orilla que lo necesite.

No es la idea, el discurso o la práctica lingüística del individuo, la que corrige y modifica la práctica de la determinación de excelencia. Es la práctica política de los trabajadores y sus aliados, con su nuevo discurso la que expresa, la que construye la modificación de esa determinación.

En ese discurso también debe estar presente el papel depredador que desarrolla, desde aliados nacionales, bien armados, el capitalismo en su forma transnacionalizada del imperialismo, que se escuda en las relaciones injustas de la producción competitiva, más allá de las palabras, el ajuste lingüístico o el simple ocultamiento que el liberalismo le otorga detrás de la expresión de “la economía de mercado”.

No son las palabras, son los hechos que acaecen. Nombrarlos con exactitud también es una tarea imprescindible para la recomposición del tejido social esperado. Pero para transformarlos, aquí se requiere de la construcción de los nuevos hechos, que vinculados con la teoría transformadora que los trabajadores generan, les otorgue la vectorialidad exigible para que sus prácticas produzcan el cambio hacia la nueva sociedad.

Esta práctica también tiene un signo. Comienza desde su teoría, se acepta desde su discurso, cuyos lineamientos, cuyos valores analíticos están vinculados sin fisuras, como las prácticas mismas, en la estructura homogénea de los trabajadores como clase organizada. De esta manera, ni el discurso ni la práctica se ejercitan o actúan como elementos autónomos, son genéticamente iguales y solidarios. Nacen de la misma condición, condición de trabajadores en la búsqueda de su destino y para lo cual ahora más que antes pueden lograr y seleccionar sus aliados en el discurso revolucionario a impulsar.

La noción de práctica transformadora no puede de ninguna manera aparecer dislocada del poder de los trabajadores argentinos. No es tampoco ninguna forma como sinónimo de actividad posible o del realismo oportuno que sigue utilizando el vandorismo en su esfuerzo ordenado para servir a un pluralismo racionalizador, que es el lógico defensor de la profunda situación de injusticia que acaece en la condición social no transformada.

Un Ejemplo Desencantado

La racionalización del proceso económico dependiente de Argentina, ahora más que nunca integrante pasivo de un mercado internacionalizado, coloca claramente a nuestro esfuerzo productivo debajo de los requerimientos de una de las parcelas de ese mercado.

Se trata otra vez, del ejido de los Estados Unidos, que junto con Japón y Alemania compondrán la constitución competitiva de esa internacionalización económica.

Lo cierto es que en esa competencia los Estados Unidos parecen haber quedado, al menos en el último quinquenio y según los estudios prospectivos también en lo que vendrá, en clara desventaja relativa. Eso mismo lo está obligando a exagerar las tensiones estratégicas comerciales, tendientes a lograr acrecentar su reconversión industrial, para obtener dentro del esquema ahora restringido de su poder internacional, negocios fluidos para sus grupos económicos dominantes del sector industrial y financiero. Estas estrategias se dirigen a mantener y aumentar sus políticas de adquisición de materias primas y certificar su objetivo de obtención de mano de obra barata, a expensas de sus satélites periféricos, entre las cuales sigue lógicamente alineado casi la

totalidad del continente latinoamericano.

El resultado de esta conformación de los negocios mundiales, se experimenta en Argentina con un dramático retroceso de sus niveles de producción industrial y el sometimiento casi tradicional, al simple expediente comercial de la venta de productos primarios, agrícola-ganaderos, petróleo, en un esquema de clara integración subordinada al mercado internacionalizado en ineludibles condiciones de país periférico dependiente.

La desindustrialización y la dependencia argentina, colocada en este esquema de la economía mundializada, con claras divisiones geográficas, según los polos hegemónicos indiscutidos para dicho mercado, tiene enormes secuelas sobre la situación social del país, que arrastra a más de un tercio de su población a los niveles más dolorosos de la pobreza. Otra de las expresiones desgarradoras de esta crisis se expresa precisamente en el sistema de la Seguridad Social.

La Argentina postrada por una recesión continuada, sostenida solamente por sus decrecientes potencialidades primarias; sacudida, por la desindustrialización; por una sanguinaria opresión financiera expresada en la deuda externa y el endeudamiento interno; por un despojo por transferencias a grupos económicos dominantes, por regímenes despiadados y fraudulentos como el de la promoción industrial y las subvenciones encubiertas, a esos y otros grupos; en fin, por la absorción de sectores en quiebra del aparato productivo y financiero privado, por parte del Estado... Argentina decíamos, ha visto derrumbarse casi toda su estructura social.

Tal derrumbe se ha trasladado hacia los trabajadores cuyos salarios han llegado al punto más bajo de la historia de la última mitad del siglo y cuyos índices de desempleo y subocupación no reconocen niveles similares para tal período.

La racionalidad del mercado internacional, que nos asigna simples papeles de productores neocoloniales, en el medio de esta civilización

industrial moderna, produce en nuestro medio aquel “desencanto del mundo” que mencionaba Max Weber y que parece actuar como corrosivo elemento disolvente para nuestra experiencia histórica de cohesión nacional.

Weber decía que esa racionalidad rompía o lesionaba a la conciencia “místico-religiosa” y hasta permitía abrir una crisis en la institución de la Iglesia.

Para nuestro caso este vaticinio aparece a la luz de los tiempos como una distracción, tal vez intencionada, para desconcentrar a nuestras convicciones y simular otros campos de batallas, que como el territorio mágico de la religión, puedan terminar ocultando el verdadero continente de la agresión.

Para los latinoamericanos y en particular para nosotros, la racionalización de este proceso económico dependiente internacionalizado, está actuando como pérfido factor contra la conciencia nacional y provocando el derrumbe de nuestras instituciones sociales. Esto es decir, alentado la desintegración de aquellas formaciones que con tanto esfuerzo y contradicciones, ha ido construyendo la práctica política de nuestro pueblo, como elementos sociales diferenciales y definitorios de nuestra identidad como Nación.

A nuestros fines, un ejemplo desgarrador de tal derrumbe, lo expresa el sistema de la Seguridad Social y en él y para el cometido específico de estas reflexiones críticas, precisamente las Obras Sociales. Su crisis, la quiebra en la que están envueltas, evoluciona rápidamente hacia la quiebra total, presionando hacia el final de un modelo de prestaciones sociales, que los mismos trabajadores fueron forjando, desde antes de la mitad de la década del cuarenta.

El Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario, será el ejemplo a utilizar, del “desencanto del mundo...” al que se refería el sociólogo alemán; es una de las expresiones más dolientes del sistema en quiebra, la de las Obras Sociales con capacidad instalada propia, que

puede comprendérsela como muestra, para un análisis tendiente a la comprensión y para detectar, si es que existe, alguna corriente imponderable o consistente, para construir alguna proyección reparadora.

Poseedora la Obra Social de los ferroviarios de casi el cincuenta por ciento de los recursos instalados que el sector de la Seguridad Social tiene en el área de las prestaciones de salud del país, con algunos establecimientos de alta complejidad que fueron orgullo del sistema, hoy su estructura económico-financiera y prestacional, se encuentra en imposibilidad material de dar respuestas a los requerimientos mínimos de salud que demandan sus afiliados

En el espectro de la Seguridad Social esta defección del Instituto de los ferroviarios, indicado en su tiempo por el propio Ramón Carrillo, como el ejemplo del modelo sanitario que los trabajadores creaban para resolver sus necesidades prestacionales en salud, muestra detalles dolorosos del agotamiento de tal modelo, que merecen su análisis. Como queda dicho, se trata de una Obra Social que opta por el desarrollo de su propia capacidad sanitaria instalada, alrededor de sus hospitales, centros asistenciales y recursos humanos institucionales, que venían a constituir una oferta de servicios, adecuada para la demanda de los trabajadores ferroviarios y sus familias.

El primer detalle especial que se interpone con un armonioso desenvolvimiento de la Obra Social es que desde la década del sesenta, a casi veinte años de su fundación, la estructura demográfica del Instituto, sufre el decrecimiento que acompaña a todo el sistema ferroviario nacional.

Este complejo del transporte vial irá disminuyendo en forma elocuente su participación en el proceso productivo del país y con él disminuye el número de sus trabajadores, cambia el diseño de su red, el destino de sus nudos troncales, talleres y hasta los objetivos empresariales.

El cambio de los ferrocarriles, en una disminución notoria en el peso de la actividad nacional, no pudo ser seguido por la estructura sanitaria montada sobre un sistema en expansión. Sus instituciones asistenciales

en buena medida sirvieron a otro esquema ferroviario y su desenvolvimiento sufrió la desolación de servicios otrora eficientes y apropiados para una demanda en crecimiento, que había cambiado de signo y de requerimientos.

No hubo ni posibilidad ni tiempo creador suficiente para plantear modificaciones programáticas en el seno de esa estructura sanitaria.

Son además los años de largas y complejas intervenciones políticas y militares a la institución, vale decir tiempos de conducciones ajenas al espíritu y esperanzas de los afiliados, que con tal ajenidad no contemplaron, salvo excepciones, los verdaderos intereses de los trabajadores ferroviarios y del Sistema de Salud de las Obras Sociales. El segundo elemento que acompaña a esta crisis de derrumbe se refiere al universo bajo cobertura.

Como hemos señalado, con la política ferroviaria de disminución del potencial productivo de esa actividad, el universo de afiliados que pasaba el millón de trabajadores, en la década de 1960, llega en 1990 a 570.000, constituyendo tal elemento un dato de enorme significación contra la funcionalidad del sistema y de su estructura asistencial.

El propio Instituto decía en noviembre de 1989 que “hoy esa estructura resulta holgada frente al universo demandante” y le solicitaba al INOS “directivas integradoras con las demás Obras Sociales, que pudieran poner la capacidad de oferta sanitaria ferroviaria, al servicio de otras instituciones dentro de un Sistema Nacional Integrado de Salud”.

El universo disminuido casi a la mitad de sus afiliados en el término de menos de treinta años, tiene además otra característica que pesa sobre la capacidad de respuesta de sus establecimientos; su población ha envejecido notoriamente al amparo de una política ferroviaria de decrecimiento del ingreso de nuevos trabajadores en la planta operativa de los ferrocarriles.

Con ese envejecimiento se produce una modificación substancial del espectro prestacional del Instituto de Ferroviarios ante la demanda pre-

valente de patologías cuya cronicidad encarecen las respuestas posibles del Sistema de Salud.

En 1990 sobre un total de 570.915 afiliados, el Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario (ISSPF) tiene un universo de 170.574 afiliados, el treinta por ciento del total de su universo, que tiene más de 60 años de edad.

Los ferrocarriles dejan de ser el eje de transporte de la riqueza nacional y sufren una dura política de olvido, desmantelamiento y desinversión, detrás de conducciones erráticas, desconcertadas de toda formulación programática nacional. Entran en el juego destructivo del achicamiento del Estado, en un momento histórico en el que el ajuste de la economía del país, no se sostiene sobre algún modelo de reconversión industrial, como debía esperarse en caso de un diseño autónomo de nuestro desenvolvimiento, con recuperación del mercado interno, sino en una evidente reafirmación neocolonial, de la división internacional del trabajo.

En esa posición, los ferrocarriles son también víctimas de la cuestión central de la economía y el desarrollo argentino seguirá mostrando que el aparato productivo está paralizado y con él también lo está el sistema transportador ferroviario. La muy escasa actividad creadora de riqueza y todo el esquema de reconstrucción posible de la misma, esta coloidalmente asentada en el progreso dependiente de las exportaciones primarias y de algunas industriales todavía subsidiadas directa o indirectamente como la de alimentos, papel, petroquímica.

Un resorte utilizado para paliar esta crisis formidable que padece el país, que también recae pesadamente sobre los ferrocarriles, consiste en la privatización o desarme del Estado y sus empresas, cuya orientación se dirige a que sus bienes sirvan especialmente para pagar la deuda externa, entregar sus mejores y más rentables activos y que las entidades financieras y bancarias extranjerías ligadas a esa deuda externa, decidan sobre el signo de nuestra tendencia prospectiva productora.

Todo esto sucede en 1990, cuando el Producto Bruto Interno resulta un 15% menor que en igual periodo (primer trimestre) de 1989; la producción manufacturera es un 22% también menor que en 1989, valores estos últimos que ya eran enormemente bajos con relación a los años anteriores.

La dolorosa experiencia de la crisis productiva que incluye especialmente a los ferrocarriles, tiene sus consecuencias más notorias en los problemas de empleo que sufre la población económicamente activa.

Como ya se sabe, en abril de 1990 se refería que el índice de desocupación abierta era del 9,8% de esa PEA (Población Económicamente Activa) y el subempleo llegaba al 10%. De esta forma casi el 20% de la PEA tiene problemas de empleo, mostrando tales niveles, la condición estructural de la crisis argentina.

A la primera fórmula que el sistema utiliza ordinariamente para mitigar el impacto económico del decrecimiento productivo, es decir la imposición de la caída del salario real como modo de ajuste capitalista inmediato, ahora se suma la despiadada solución del despido, produciéndose así una profundización del esquema del ajuste de la sociedad competitiva sin consenso y sin acuerdo alguno, ni siquiera piadoso, con las víctimas del sistema.

Sirva como documento del desencanto, el recuerdo de las cifras que enseñan que el nivel de desocupación de los varones creció en un 420% respecto al valor histórico del país y que para las mujeres ese nivel llegó al 60%.

Además, casi los dos tercios de los subocupados son trabajadores independientes que realizan tareas de baja productividad y de ellos entre un millón y medio y dos millones se hallan en el límite de la desocupación (Lauro, 1990).

Para este análisis del ejemplo desencantado vuelven a ser necesarios los datos que muestran la distribución del ingreso de los argentinos, que ya mostráramos precedentemente y que expresaban para octubre

de 1988 que mientras el 20% de la población adinerada se lleva el 52,4% de los ingresos, el 20% más pobre no llega a poseer más que el 5,3% de los ingresos totales.

Pero digámoslo con mayor exactitud, para focalizar” el drama de ese desencantamiento; más de tres millones de argentinos tenían en estos tiempos un ingreso que en promedio, apenas llegaba a los 40 dólares por persona y por mes...

Es posible que esa franja de connacionales no pertenezca al sistema de la Seguridad Social, porque en buena medida ellos aparecen como pobladores sin relación de dependencia laboral y aunque esto no disminuye la calidad del drama social que los involucra frente a la salud, no es precisamente el universo que importa para estas consideraciones sobre las Obras Sociales.

Pero el desencanto material y concreto se puede objetivar si recordamos que el poder de compra de los salarios de los trabajadores (los salarios son la base de la fuente de financiación de las Obras Sociales) era en abril de 1990, casi igual a los de junio de 1989, momento que mostraba el más bajo nivel del poder de compra de los ingresos de los trabajadores en el último quinquenio, que a su vez era el más bajo del último cuarto de siglo.

A efectos de observar el comportamiento seguido por los ingresos genuinos y los egresos de la Obra Social de los ferroviarios, hemos elaborado una serie estadística desde los años 1979 a 1990, según sus ejecuciones presupuestarias hasta 1987 y según los valores del presupuesto para 1988-1989 y 1990.

La actualización y homogeneidad de las posiciones anuales de los montos en australes fueron ajustadas por los índices promedios de gastos para Atención Médica (Salud. Índice de precios al consumidor. INDEC) llevados a valores de diciembre de 1989. Se ha dejado de lado el error estadístico que significa producir estas cifras a partir de índices y promedios de índices de marcadas variaciones estacionales y valores absolutos elevados (mensuales) sin regularidad.

ISSPF
Principales rubros de ingresos y egresos
 R.A. 1979-1990 (en millones de australes de diciembre de 1989)

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Rubros												
Ingresos Aportes y contribuciones	43400	39200	37100	35900	58100	65100	42700	32300	29400	27100	34900	21900
Ingresos Prestaciones	33300	22700	27300	29000	70200	58200	39100	29100	28900	28400	29800	25400
Subtotal	76700	61900	64400	64900	128300	123300	81800	61400	58300	55500	64700	47300
Erogaciones Gastos en Pers.	43400	43100	34600	31600	59400	68900	38700	30300	34500	37900	50800	42200
Erogaciones Bienes y Serv. No pers.	28200	33700	34200	32800	66200	61400	49200	42000	52000	40700	68200	38900
Subtotal	71600	76800	68800	64400	125600	130300	87900	72300	86500	78600	119000	81100
Totales	5100	(14900)	(4400)	500	2700	(7000)	(16100)	(10900)	(28200)	(23100)	(54300)	(33800)

En la estructura de los ingresos/egresos del ISSPF intervienen para los primeros, aquellos relacionados fundamentalmente con la remuneración de los trabajadores ferroviarios activos y pasivos que son sus afiliados; en tanto que los egresos institucionales se relacionan con el nivel de remuneraciones del recurso humano del Instituto y en los insumos utilizados para el desarrollo de las prestaciones asistenciales (bienes y servicios no personales).

Se produce a partir de 1984 una brecha marcada para el déficit institucional, señalada particularmente por la caída del nivel salarial para activos y pasivos. Ese incremento de la brecha, entre dichos ingresos y los egresos, mide en el quinquenio 86/90 las dolorosas situaciones de quiebra del sistema de la Obra Social de los Ferroviarios, mostrando con certera elocuencia la significación que inviste la pérdida salarial mencionada, que se proyecta lógicamente sobre toda la Seguridad Social.

Los salarios pierden su jerarquía como sostén adecuado de las Obras Sociales; el sistema está desfinanciado, con una brecha cada vez más honda entre erogaciones e ingresos. Puede fácilmente reconocerse la causalidad del déficit que arrastra a la quiebra, si se recuerda históricamente que en los tiempos fundacionales del Sistema Nacional de Obras Sociales, los trabajadores participaban en no menos del 50% del PBI mientras que en este último quinquenio su participación no supera el 25%.

Es conveniente recordar que el ISSPF forma parte del elenco de Obras Sociales que cuenta con una importante cantidad de recursos sanitarios propios y su crisis obliga a pensar en la viabilidad de ese modelo de la Secundad Social, sobre todo si seguirá dependiendo de los ingresos que le brindan los salarios, jubilaciones y pensiones de sus afiliados, en su gran proporción.

Además a ello debe agregársele, para toda reflexión prospectiva sobre dicho modelo, que también su universo se evidencia en clara declinación en cuanto a su número y de marcado envejecimiento conforme la política de personal de la empresa ferroviaria. Esta circunstancia pro-

duce una consiguiente carga prestacional, que también debe ser considerada y atendida. Pero, y finalmente, cualquier especulación prospectiva para la Obra Social, deberá tener en cuenta la tendencia estratégica empresarial, que con referencia a los ferrocarriles disponga el poder político nacional.

Para complicar el panorama resultante de dicha crisis, cuya causalidad sería la sumatoria calificada de las variables consignadas, debe agregarse que en los últimos años, al amparo de una política de extensión de cobertura y aprovechando algunos períodos, cortos por cierto, de discreto desarrollo económicos-financieros, el Instituto incorporó en su oferta el modelo prestacional competitivo que ofrecían los colegios y agremiaciones médicas (libre elección del profesional y pago por acto médico-cápita) para complementar la atención de la salud, particularmente en aquellos lugares donde existían afiliados que no contarán con cobertura por servicios propios.

Estas situaciones empeoraron las condiciones y perspectivas financieras institucionales, como así también redundaron en perjuicio de los afiliados, sometidos a pagos adicionales sobre prestaciones, deformaciones todas ellas, de ese sistema competitivo y que se ha analizado precedentemente.

No pueden olvidarse las dificultades que los períodos de intervenciones militares y civiles de su signo y cuño, introdujeron en la institución, con un manejo discrecional con sus fondos y recursos, cuyos resultados contribuyeron a entorpecer su desarrollo y funcionamiento.

Hubieron excepciones sobre estas conductas, discrecionales de intervenciones civiles-militares y no sería apropiado creer que en todo gobierno genuino de los trabajadores de su Obra Social y conforme los lineamientos de su ley ordenadora, estas autoridades legítimas en su totalidad, procedieron con eficacia y alejados de toda desviación de conducta técnico administrativa. Pero lo cierto es que en este último caso, esas desviaciones han sido la excepción y los propios trabajadores

en cuanto la continuidad de su gestión lo permitió, fueron depurando estas deformaciones y dejando en el camino a los directivos que se complicaron con dichas desviaciones.

Solamente para tener en cuenta las dificultades por las que puede pasar un modelo de atención de la salud de la Seguridad Social, con recursos propios, es oportuno referir algunas variables estructurales que en épocas de crisis económico-financieras perturban su marcha y compli-can aún más esa crisis. Son solo variables para tener en cuenta a la hora de programar correcciones posibles para la continuidad armónica de la función de la Obra Social:

a) *Infraestructura Sanitaria*

La capacidad instalada creció al ritmo del desarrollo potencial ferroviario. Lo hizo acompañando el desenvolvimiento de la empresa, pero no pudo seguir la tendencia que a partir de la década del sesenta fue marcando la declinación de la actividad ferroviaria en el país.

Es conveniente recordar que en menos de veinte años los ferroviarios crearon un sistema con más de dos mil camas de dotación, con 74 establecimientos de internación y ambulatorios y con más de dos mil profesionales en sus planteles propios a lo largo de todo el país.

El decrecimiento del poder salarial, acompañado de la disminución de sus afiliados, paralela a la disminución de los trabajadores del riel, a una redistribución distinta de la funcionalidad empresarial y sobre todo al creciente déficit operativo de los ferrocarriles, fueron cargando de ineficacia, obsolescencia e inaccesibilidad oportuna a su infraestructura sanitaria.

Lógicamente esta crisis salarial produjo una marcada y creciente dificultad para el mantenimiento de esa infraestructura, que fue perdiendo así su eficacia operativa y de la imagen de satisfacción de la demanda que tuvo en sus épocas de esplendor.

Esta infraestructura propia, mostró una señalada rigidez evolutiva frente a los cambios que la realidad del país le imponía a la empresa.

Esa rigidez representó una pesada carga para permitir a la Obra Social el seguimiento del ritmo decreciente de la actividad productiva de los Ferrocarriles y las diferentes tendencias operacionales a que diera lugar.

Pueden aplicarse, entre otras, como explicaciones posibles estas dos a tener en cuenta:

1º) Los trabajadores ferroviarios no se resignaron nunca a las pérdidas de los niveles de producción de su empresa y volcaron tal negación sobre el achicamiento posible de su Obra Social.

2º) La política ferroviaria no tuvo precisión en los distintos períodos de esos últimos quinquenios y en ningún caso se efectuaron proyecciones serias para las relaciones de la empresa-Obra Social, siendo que en definitiva, la acción de la Obra Social es un capítulo fundamental de la política de personal de los ferrocarriles.

b) *Inversión de reposición*

El déficit de la ecuación de ingresos/erogaciones, planteada en términos de la participación del nivel salarial y del número y calidad de los afiliados contribuyentes y demandantes, llevó paulatinamente a una situación de falta de respuesta para la reposición de activos de la estructura básica de funcionamiento. Esta declinación de la inversión de reposición se evidenció en forma dramática en la tarea de mantenimiento y actualización del equipamiento sanitario.

La Obra Social había alcanzado casi hasta la década del setenta, una apropiada reposición tecnológica y de su capacidad física, pero a la sombra de la disminución de su nivel de ingresos surge una evidente imposibilidad de reposición tecnológica precisamente en el momento en que se produce en el sector sanitario un rebasamiento acelerado de la frontera tecnológica tradicional y se impulsa un nuevo y deslumbrante esquema de tecnología para la salud. Ferroviarios, que había seguido hasta aquí con total armonía toda la expansión tecnológica, con reposiciones ajustadas y oportunas, desaparece de toda capacidad actualizadora y va enviando a sus establecimientos a una obsolescen-

cia de equipamiento y de proceso, que lo han conducido hoy a una incapacidad operativa asimilable en buena medida a la virtual caducidad del modelo.

c) *Capital de trabajo*

La caída del poder de compra de los salarios llevó a la disminución crítica de los insumos necesarios para el funcionamiento de sus establecimientos.

Los insumos básicos dejaron de aparecer como renglones comunes y constantes de sus licitaciones de productos y lentamente desaparecieron de sus estanterías, medicamentos, descartables, material sanitario, alimentos, ropería, placas radiográficas, etc., convirtiendo así a la tarea de prestaciones de salud en una verdadera odisea profesional.

Cada vez se fueron resignando mayores renglones en el stock de trabajo, llegando a situaciones cotidianas de honda dramaticidad para poder cumplir con los objetivos institucionales, hasta el punto de crearse circunstancias límites que harían aparecer al establecimiento asistencial, al margen de elementales reglas de seguridad prestacional, en el borde de la asignación de tareas comprendidas en el calificativo de mala praxis médica.

d) *Productividad de la Mano de Obra*

Muchas razones causales, convirtieron al instrumento sanitario ferroviario, otrora un elemento operacional de alta eficacia en la atención de la salud, en una institución cuya caducidad y obsolescencia productiva podía medirse en indicadores inapelables de declinación creadora.

Cada sujeto de tal producción prestacional fue acompañado en su decrecimiento operativo, en la reducción sin atenuantes de su producción, por la caída tecnológica señalada y por dificultades estructurales para las prestaciones de salud (servicios de diagnóstico y tratamiento) que terminan por mostrar un déficit productivo solo comparable a épocas de destrucción institucional compatibles con episodios de guerra, terremotos u otras catástrofes.

La productividad de los médicos y los otros profesionales, no acepta comparaciones posibles y demuestra que conjuntamente con su desaliento institucional, con su orfandad tecnológica, como asimismo con la declinación evidente de su propio nivel de calidad, componen una complejidad preocupante que dará en definitiva marco para esta ineficacia productiva que se ha señalado.

A todo esto debe sumarle una inadaptación para la tecnología administrativa, sostenida por factores causales similares a los señalados anteriormente y que constituye una lamentable falencia de un proceso de independencia y de gestión autónoma, que había comenzado auspiciosamente con la participación de los trabajadores en la conducción de sus establecimientos.

Los organismos sindicales comprometidos con este proceso de la tecnología administrativa habían iniciado en su organización y en la propia Obra Social un proceso de formación y capacitación de sus cuadros, para esta actividad. También este esfuerzo se fue extinguiendo y así se fue instalando la ineficiencia de conducción administrativa que se indicara.

e) *Relación ingresos/egresos*

Ya se han señalado los problemas que incluyen las dificultades que surgen o se sostienen desde la creciente brecha que se ha ido creando entre los costos prestacionales y los ingresos genuinos provenientes de los salarios de los trabajadores. Las cifras estudiadas para estos últimos doce años, han sido elocuentes. Sin embargo, pueden agregarse algunas reflexiones más a esta dificultad estructural que se arma entre la ecuación de los costos fijos y los salarios.

La capacidad instalada funciona como una exigencia económica que se transforma en una necesidad imperiosa de recursos, que cuando el nivel salarial disminuye, transforma inexorablemente a la institución en deficitaria estructural.

Eso le ha pasado a la Obra Social de los ferroviarios, cuyo análisis tiene tanta significación al repararse en el papel histórico que su modelo asistencial tiene para el conocimiento de la Seguridad Social argentina; pero además se han producido incrementos notorios en sus costos variables, vale decir, más allá de sus costos fijos, conforme su estructura asistencial y como consecuencia de los aumentos que sobre los insumos se han ido produciendo.

También ha operado un aumento paulatino de la oferta de servicios prestacionales que debieron responder al crecimiento de las expectativas de sus afiliados, que debieron encontrar respuestas en sus esquemas sanitarios.

Sumémosle a todo esto el incremento de los insumos importados, ahora tan significativamente presente en todo ordenamiento prestacional moderno; el casi alienante aumento del costo unitario de toda prestación por la suma de sus componentes, de los medicamentos y tendremos así delineada una indetenible modificación creciente del costo variable frente a cada unidad de producción.

Podemos agregarle la preocupación financiera que ofrece la ecuación costo fijo/ingresos, como asimismo tal costo fijo con la producción efectiva de los establecimientos asistenciales, que en algunos y frecuentes casos, como consecuencia de una desactivación de la actividad ferroviaria, no tienen ni medianamente el nivel de la demanda para el cual fueron creados, ni la calidad de las prestaciones de la morbilidad aguda, que pueden padecer las poblaciones jóvenes que iniciaron este proceso de la seguridad social con recursos propios.

Como decíamos antes, el envejecimiento notorio de su universo ha cambiado el tono de su demanda y con esta prevalencia de las enfermedades degenerativas, neoplásicas y psiquiátricas crónicas, se han complicado también las relaciones costo fijo/ingreso y costos variables/ingresos.

Volviendo a la estrategia irremplazable

Este ejemplo de un modelo de Obra Social en pleno derrumbe, obliga a pensar en los pasos para la reintegración de una teoría política posible, que permita conducir el proceso reconstructivo del sistema de salud que requieren los trabajadores.

Vayamos primero hacia la estrategia estructural, pensando que la lucha para lograr los mejores niveles posibles para la seguridad social de los trabajadores, deberían ser observados como el resultado de una sociedad justa, que mitigue sus pretensiones competitivas. Se trata de pensar una sociedad que presente signos diferentes a los que hoy presenta nuestra realidad social.

En el campo sanitario del que nos ocupamos, deberíamos contabilizar una práctica social de los trabajadores organizados para lograr distintas situaciones de justicia que las actuales, a través de una postulación transformadora de los objetivos para la salud y para la familia, aun mas allá de las conquistas que deban lograrse en el campo concreto de las fábricas y los otros lugares de trabajo, como sobre la economía social del país.

Es bueno definir sin dudar, que en cuanto esa lucha plantea los objetivos del campo sanitario, los de la seguridad social, focaliza una definida actitud reformista societal por encima de cualquier contribución revolucionaria, transformadora de fondo, en la cual se encuentre inscripta.

Resulta que esa localización así planteada, esa localización de objetivos para con la salud, no pone en cuestión finalmente al proceso de explotación social de la fuerza del trabajo, sino que plantea en nuestra realidad cotidiana la simple y directa superación de las condiciones conflictivas y patogénicas del trabajo y la sociedad oprimente, especialmente en los momentos político-sociales en los que el proceso diferencial de competitividad capitalista sucede.

La seguridad social y con ella la lucha por la salud de los trabajadores, en la creación y consolidación de sus obras sociales enfoca una resultante de esa variable de explotación social. Lo importante e insustituible, es percibir que tal construcción no puede ni debe estacionarse en una conquista en sí, o en un objetivo final y definitivo de los trabajadores. Si así fuera, si se detiene o se instala en la simple conquista de la Obra Social se habrá cumplido con el objetivo reformista que se señala, pero nada más que eso.

En cambio, instrumentada esa lucha política de los trabajadores como una alternativa mediadora en el camino del cambio profundo de la sociedad, en la modificación de sus relaciones sociales, la praxis solicitada permitirá experimentar su eficiencia hacia una activa capacidad movilizatoria sobre los conflictos que plantean tales relaciones sociales.

Allí se recuperan las condiciones determinantes que señalan la causalidad de enfermedades y padecimientos y aparecerá entonces en la teoría política honda del planteo, en este caso frente a las Obras Sociales, la dirección precisa que debe asumir la militancia social para provocar las transformaciones esperadas.

No se trata entonces de llegar a la conquista en sí de la institución, o de la Obra Social, sino de su apropiación pero como rumbo elegido para la transformación de esas determinaciones de excelencia, que ofrecen tales relaciones sociales indicadas.

La capacidad movilizatoria de la praxis política a que nos referimos, obliga a contemplar la dinamización de esa práctica de los trabajadores, sobre las necesidades de los organismos sanitarios y de las Obras Sociales en nuestra preocupación directa y actual.

Tal dinamización deberá estar adecuada a esos requerimientos constructivos, para darle seguridad a esa lucha y para permitir impulsar la formulación ideológica del movimiento social para la transformación esperada, aun desde el interior mismo de la práctica política sanitaria.

Una teoría política de esta naturaleza transformadora requiere de su creación permanente, porque la remoción de las determinantes de excelencia de la sociedad competitiva así lo exige. No está entonces definitivamente decidida. El camino hacia la conquista en sí de los objetivos de la seguridad social ha sido tan complejo y difícil, que puede reconocerse que en nuestro medio, las prácticas sindicales han sido absorbidas en gran parte por esa labor que podemos volver a llamar reformista y ha dejado postergada la consolidación de una teoría que conduzca esta práctica transformadora estructural.

Es bueno también aceptar que no se tratan de episodios o procedimientos reglados en tiempo y forma, aquellos que son capaces de conducir a las grandes transformaciones. En otras palabras, que no debe pensarse en obtener las conquistas apetecidas en la seguridad social, para lograr los cambios sociales de fondo en el tiempo que le sigue. Tampoco son prácticas político-sociales preparatorias para la modificación estructural que la teoría señala.

Asimismo, también es necesario reconocer que la tarea transformadora de esas relaciones sociales tiene requerimientos programáticos y de decisión política, como de preparación y maduración político-social, que no resulta simple el encuentro exacto de su realización. Solo la unión de momentos y práctica de crecimiento y oportunidad en la vocación transformadora y sobre todo la obtención de la energía política en tensión de los trabajadores organizados en comunión con otros sectores comprometidos con el cambio esencial, hacen posible ese intento modificatorio, que será sostenido y decidido.

Frente a todo esto es obligatorio detectar el sentido coyuntural del razonamiento cuando solo tiene dimensión reformista, o simplemente focalizado en la conquista en sí de un organismo o institución de la salud.

El lineal objetivo de lograr ese mejoramiento sanitario y de adecuar o conquistar esos organismos o esas instituciones y aun el propio sistema de la Seguridad Social, para buscar eficiencia social en los mismos, en

esta crisis que aparece como terminal, puede contabilizárselas como prácticas en el camino hacia la transformación de mayor profundidad, que las que pueden ejercitarse en épocas de mayor normalidad para las diferencias sociales.

Pero de todas formas no puede confundirse el signo de la transformación necesaria, aunque otorga gran lucidez y transparencia a los resultados posibles, pensar que dichas conquistas en tiempos como estos de derrumbes sociales, son sin otros aditamentos caminos, tendencias hacia la transformación señalada.

Así por ejemplo, al poner el centro de la preocupación de los trabajadores en su praxis política sanitaria en la prevención de la salud, en lugar de la limitada concepción asistencial de la enfermedad en sus establecimientos; con las connotaciones causales y las remociones indispensables de esos determinantes; o básicamente, al considerar en sus planteos teóricos para el fundamento de sus prácticas políticas, a la salud como una resultante social, debe vérselo como una apertura fundamental para impulsar una gestión política, una práctica social de los trabajadores que va mucho más lejos que una simple operación de reforma controlada por los dueños del poder económico-social.

Tanto la postura teórica sobre la salud como componente social, resultante de una disputa dialéctica en el seno mismo de las relaciones sociales existentes, como la certificación de una práctica preventiva ineludible y con la raíz sostenida por las condiciones emergentes de tales relaciones de producción, de la sociedad, no están sostenidas, ni mediadas por simples declaraciones, discursos, o por las acciones comunicativas, que ahora ofrece entre otros Jürgen Habermas con un medio tono sospechoso de entendimiento en el medio camino. Se trata en cambio y rotundamente, de las condiciones que nacen del sistema productivo, que no puede ceder el protagonismo de la historia a ninguna variante aplacadora de sus contradicciones. Allí reside la calidad revolucionaria que alcanzan para la praxis política de los trabajadores,

la conceptualización especial y cierta de estas condiciones sociales y sanitarias que la acompaña.

Es que la lucha por la salud, sobrepasa el combate contra las condiciones desfavorables del trabajo o del hábitat, mucho más allá de mejores condiciones de labor o de óptimos niveles de organización del trabajo; también supera la inmediata conquista de la eficiencia y eficacia de organismos y establecimientos asistenciales y aun de la aplicación exitosa de un programa racional de política sanitaria.

Todo esto se encuentra incluido, pero se trata de no engañarse o engegucerse con una interpretación técnica restringida a simples modificaciones de indicadores de producción, rendimientos o calidad, de no demorarse burocráticamente frente a la complejidad de estos objetivos que son intermedios, nada más que metas provisorias frente a la estrategia por la transformación social, que representa el objetivo de máxima, para con la profunda causalidad de la salud como acontecimiento social.

La tarea que esta concepción supone, es mucho más ardua y más compleja; también más larga. Pero es la práctica cierta, la que puede superar la obtención de las metas coyunturales y se enfrenta con la modificación de la estructura dominante, entendida científicamente como la determinación de excelencia para el proceso de la salud.

Estos casi cincuenta años de prácticas político-sociales del movimiento trabajador argentino, han mostrado ambos objetivos como línea de conquista esperable; aquella para la modificación coyuntural de funcionamiento o resultados de organismos y planes sanitarios, fue predominantemente aspiración esencial y casi única de los momentos de retroceso de las prácticas liberadoras. Se buscó la eficacia tecno burocrática del sistema sanitario, como objetivo primordial, en épocas de dictadura o de retroceso sindical argentino. Esa meta aparecía como el objetivo básico y excluyente para toda postulación política posible.

Aquella otra, la de las formulaciones estructurales, destinadas a pensar las modificaciones exigibles en las relaciones sociales que determinan el proceso de salud, solo pudieron emerger como objetivos esenciales del movimiento trabajador en los muy restringidos periodos históricos, de prácticas político-sociales transformadoras protagonizadas por esas organizaciones sindicales.

Esta difícil y compleja tarea política, no reconoce la necesidad de una excluyente tarea con objetivos coyunturales o estructurales intransferibles frente a cada estrategia elegida. Por el contrario pueden ser seleccionados como elementos interrelacionables; como etapas del proceso político-social diseñado. La articulación eficaz de esos objetivos es también un objetivo táctico, que el movimiento trabajador debió toma en cuenta.

En todo caso, la experiencia de este medio siglo de praxis política de los trabajadores en el campo sanitario permite reconocer que el eje de la lucha por la salud es clave y que dependen de su postura y militancia frente a su participación en la conquista del poder político-social, la envergadura de la transformación a la que pueda llegarse.

Estos cincuenta años han enseñado que el movimiento obrero debe intervenir, con todos los medios y grados de iniciativa posibles, para hacer factible el proceso de apropiación de todos los mecanismos disponibles de la denominada "gestión sanitaria". Su papel en esas prácticas de conducción de la salud, al menos en las Obras Sociales, no puede ser menos que de un protagonismo predominante, sin retaceos burocráticos y/o jurídicos.

Los esporádicos y magros resultados observados en este medio siglo enseñan con patética definición política, que de ninguna manera el movimiento obrero puede detenerse en esta instancia. La conquista de esa "gestión sanitaria", en sus instituciones y organismos de salud, es un paso inevitable y de sorprendente utilidad militante. Con ella se propicia el crecimiento y la consolidación de las aptitudes transformadoras de los trabajadores. En sus prácticas de conducción de esos organismos

perfeccionará su vocación para las modificaciones de las articulaciones sociales que se presentan con evidencia como las dificultades estructurales que son necesarias remover. La conquista de una sociedad justa y soberana, exige la profundización del esfuerzo modificador de esas relaciones sociales dominantes, más allá de toda apropiación del espectro parcial del poder sanitario existente.

En el estricto y limitado campo de la gestión sanitaria de los trabajadores, es decir de su participación decidida en la conducción de sus organismos, para lograr el crecimiento de los resultados abarcadores para las proyecciones transformadoras que se señalan, la experiencia vivida hace indispensable tener en cuenta:

a) la apropiación de esta etapa de participación obrera en la conducción y por lo tanto en el poder sanitario, teniendo en cuenta que dicha práctica político-social se puede desarrollar en dos direcciones específicas, o con dos modalidades diferenciales que deben ser reconocidas.

La *primera*, frente a organismos existentes en la realidad de la comunidad, o en vías de formación. Se pueden ofrecer como ejemplo de las mismas, las unidades locales de acción sanitaria, las unidades periféricas, los centros de salud de Carrillo, los ATAMDOS de la provincia de Buenos Aires... Allí debe ejercitarse tal apropiación, sabiendo de antemano, después de cincuenta años de prácticas políticas-sociales, que sin los trabajadores y la comunidad en legítima participación en estos centros y también en los otros de mayor complejidad, de participación en el poder de los mismos, no hay plataforma posible para cualquier otra transformación profunda que pueda pensarse en la sociedad, al menos impulsada desde el sector sanitario.

Esta participación en el poder es una ineludible fórmula de práctica política sanitaria en la lucha por una democracia social, hacia relaciones vinculantes comunitarias justas. No son el único camino táctico que puede recorrerse. Esa transformación puede llegar por medio de otras apropiaciones participativas de gestiones sociales por parte de los

trabajadores. Pero enfocadas desde el campo de la salud, constituyen un excelente terreno del ejercicio transformador, cuya experiencia indicada lo amerita de alta eficacia revolucionaria.

La *segunda* modalidad se refiere a la influencia limitante de los factores burocráticos que priman en organismos e instituciones de la salud, o que puedan ser impulsados o desarrollados por la propia gestión reformista de los trabajadores.

En tal sentido se requiere un cuidado especial para que la participación obrera no agote o frene la iniciativa transformadora permanente de las prácticas políticas de los trabajadores. Y tal preocupación tiene fundamentos históricos, claramente definidos en algunos períodos de esa experiencia del último medio siglo, cuando la predominancia de una práctica apenas reformista, del vanderismo predominante, trabajó inconscientemente para detener toda posibilidad de cambio estructural. El vanderismo fue en tal sentido una corriente burocrática y mediadora, que también se unió al burocratismo existente en los organismos sanitarios en los que primó. Juntaron ambas concepciones sus superficiales actitudes de tácticas coyunturales y solo consiguieron apenas algunos cambios de funcionalidades o de resultados en la producción sanitaria, que terminaron sirviendo para evitar todo cambio estructural.

b) La apropiación que conlleva la participación obrera en la conducción sanitaria debe evitar que, aun en su consolidación exitosa, pueda filtrarse siquiera un momento de delegación del poder político ejercido.

En ese terreno fue frecuente observar peligrosas delegaciones de la participación obrera, hacia los niveles técnicos-profesionales, que como en el caso de la burocracia administrativa estable, terminaron aprovechando esas vacilaciones en el ejercicio integral del poder, que mostraron en la experiencia histórica señalada una conducta tendiente a fomentar la rutina o burocratización de la gestión sanitaria por parte de la comunidad y lógicamente de los trabajadores.

En tal sentido, esta práctica política de medio siglo muestra una exigencia decisoria que no admite claudicaciones, ni caminos supletorios. La apropiación participatoria en el ejercicio del poder sanitario por los trabajadores tiene que convertirse en una práctica permanente y debe lograr su reproducción continúa, para lo cual tiene que realimentarse con nuevas metas, nuevas iniciativas propias, nuevas luchas para la conquista de otras escalas o niveles del poder político.

La rutina entorpeció y limitó la apropiación continua y cierta de buena parte de la participación autogestionaria de los trabajadores, que cedieron ante el asedio de la burocracia ya establecida, de su propia condición burocrática o ante la seducción que los grupos profesionales, médicos establecidos en sus organismos, ejercitaron para evitar los cambios estructurales que se requerían.

Como lo hemos dicho y de todas formas, debe quedar en claro que la apropiación que incluye la participación de los trabajadores en el poder de los organismos, establecimientos y políticas sanitarias en ejecución, constituyen metas necesarias fundamentales, no inexcusables, para la práctica política, pero de ninguna manera el límite de contención, o la escala final de la tarea por la transformación social. Aún más, el triunfo de la línea participatoria que se asegura como imprescindible en el campo de la salud, depende en última instancia del grado de afirmación y del valor que se le asigne al compromiso estratégico de la lucha por el poder político.

Entonces aquí hay una advertencia significativa que repetir, para contribuir a la eficacia modificatoria que se plantea. La experiencia vivida por el movimiento obrero argentino en el específico territorio de las Obras Sociales, muestra que la apropiación participatoria indicada, no logrará sus objetivos políticos, si se inserta exclusivamente y con tendencia simple y lineal en las instituciones sanitarias, tal cual se presentan en la coyuntura social que se vive.

Si esto sucede y esto sucedió, ello ha significado y significa una ingenua y hasta bucólica inserción en organismos y políticas cristalizadas, o con un grado de consolidación rutinaria y tecno burocrática que ha limitado por ahora toda tentativa de cambio social en serio.

Fue aun peor y sigue siéndolo, porque los nuevos objetivos planteados terminaron absorbidos gradualmente por esa organización consolidada y el sistema prestacional de salud siguió en el trazo de su propia decisión, es decir, en el rumbo que le asignan los factores del poder dominante.

No alcanza entonces con una inserción de la simpleza señalada. No es suficiente con dictar el cumplimiento de una línea que pueda considerarse útil, hasta la mejor y más eficaz para el campo de la salud, si no se hace en el seno de un proceso de desarrollo y crecimiento de una estrategia política que apunte al poder, como fórmula de utilización práctica, habilitada para emprenderla contra las relaciones sociales dominantes e injustas.

No se trata de lograr simplemente esa apropiación gestonaria que otorga una participación de los trabajadores racionalmente definida. Tampoco y mucho menos de defender una estrategia elitista, de participación diseñada y ejercitada por una vanguardia esclarecida, que jacobinamente niegue el desenvolvimiento de las grandes mayorías, o dificulte, o esconda en el mediano plazo la búsqueda del poder, intentando suprimir tales etapas intermedias y creer solamente en la transformación total y de una sola vez.

La experiencia pasada en el mismo campo sanitario, sirve para reconocer que es posible instalar una línea eficaz de defensa de la salud de la población, dándose la apropiación participativa de los trabajadores y de la comunidad interesada, pero con la obligación de construir una estrategia clara de lucha por el poder político. Esa línea de praxis social de los trabajadores, puede estar constituida por la construcción de un movimiento que aspire inicialmente a la temática del control institucional,

con respecto a Obras Sociales y los organismos de conducción sanitaria.

Aquí llega presuroso el agregado fundamental que ha generado esta experiencia de medio siglo; ese control institucional, la participación de los trabajadores en el poder político sanitario, esa apropiación gestinaria de la salud, no puede anularse en esa meta, aun en pleno y eficaz ejercicio de la misma. Tal anclaje institucional termina asfixiando tecnoburocráticamente toda conquista en el sector y debilita hasta imposibilitar toda apropiación gestinaria impulsada hacia el sector político-social al que debe dirigirse.

Se impone en cambio, que en tal sentido la articulación vinculante, de esa inserción de los trabajadores, con las prácticas políticas que incluyan un vigorosa postulación hacia la conquista del poder y que además, en todos los casos, no ofrezcan desmayos, ni intervalos que concluyen cediendo espacios y parte de ese poder. La estrategia hacia la obtención del poder político-social posible, para su única y definitiva acción eficaz, es decir la transformación de las relaciones sociales vigentes, debe ser severa, continúa y sin concesiones. También como en el campo sanitario, en este territorio político-social no hay delegaciones útiles, ni siquiera cuando se plantean frente a valoraciones técnicas o profesionales que aparecen como equivocadamente superiores e insustituibles.

El tránsito por el terreno de la lucha por el poder en el campo sanitario, en esa experiencia indicada, ha sido una estrategia eficaz, aun desde la más pequeña de las instituciones o de las acciones observadas, pero esa práctica debe necesariamente pasar al más amplio espectro de la lucha por el poder político-social que domina a la comunidad. Pueden complementarse; puede el poder sanitario presagiar la estrategia hacia el poder político global, pero este es el objetivo concreto y definitivo de la práctica política de los trabajadores y de la comunidad que se ensamble vinculatoriamente con ellos.

Esto mismo define, que tal estrategia por el poder en el sector sanitario, es también una práctica extensa, compleja y sin dudas de mu-

cho tiempo de acción transformadora, que requiere obviamente teoría, ciencia y esperanza militante.

Aquí presiona la experiencia del movimiento obrero en este casi medio siglo de práctica política en el área de las Obras Sociales. No hay posibilidad de lograr una eficaz política de cambio estructural en la salud, si no se cuenta con una estratégica política global que apoye y amplifique toda ubicación sanitaria del movimiento obrero. Se requiere entonces de la vinculación de esas prácticas sanitarias, con las prácticas integrales de un partido político, de un movimiento político nacional que absorba el sentido revolucionario que le imprimen los trabajadores a sus prácticas sociales y lo conduzca con participación decidida del resto de la comunidad plantada en una vocación transformadora, hacia una síntesis práctica de acción política, hacia la conquista del poder para producir la línea general de la transformación señalada, como marco abarcador de la globalidad que modifique las relaciones sociales dominantes.

El ejemplo de los últimos cincuenta años demuestra que no alcanza solamente con la práctica política de los trabajadores puntualizada específicamente para obtener los cambios sanitarios estructurales. Ellos podrán esperarse, presagiarse y hasta preparar su aparición pero no será suficiente la práctica sobre la salud para cambiar el signo y los resultados del poder dominante. Se necesita una interrelación estrecha con un punto de referencia estratégico general.

Es cierto que ya está demostrado que sin la práctica política de los trabajadores no hay avances duraderos y serios en el campo sanitario, pero la transformación estructural, aquella de las relaciones sociales que produce el sistema productivo, que en definitiva como determinación de excelencia condiciona la situación sanitaria, esa reconoce la necesidad de la praxis política transformadora de un movimiento político, que incluye a esos trabajadores como elemento substancial de la práctica revolucionaria.

La estrategia fundamental tiene que ver con el poder político y ese

tiene que ser el objetivo de los trabajadores y de la comunidad vinculada con la modificación de las relaciones sociales; tal vinculación se expresa prácticamente en la tarea del partido o movimiento político que definen substancialmente esos trabajadores. Pero, en última instancia, la transformación se construye con ese vínculo estratégico que constituye el partido o movimiento político señalado, en su camino hacia la conquista del poder.

Ahora dos o tres precisiones para delimitar la visión transformadora que el cambio estructural exige. Nos referimos a alguna reflexión de síntesis con respecto a la salud y este medio siglo en el campo de las Obras Sociales y su articulación con una sociedad en vías de construcción.

La primera nos remite a la clara convicción de que el terna de la salud, cuando se le aborda desde el ángulo de la racionalización de los esfuerzos de la comunidad, desde la eficacia de los procedimientos para obtener resultados favorables de las estructuras sanitarias; desde la búsqueda de la organización apropiada y la utilización inteligente de los recursos del sector, así entendido, todo tema de la salud, no forma parte de ninguna práctica transformadora de la determinación de excelencia de la sociedad. De esta forma, con tal abordaje solo presenciamos una aproximación reformista, transformando a la salud en un tema burocrático, tecnocrático y solo palpitando en su esfera administrativa.

La segunda precisión muestra que si a la salud se la comprende unida al trabajo, salario, modos y tiempos de labor, inserción del hombre en el aparato productivo, ubicación en las relaciones sociales, vivienda, participación en la distribución de la riqueza, educación, justicia social, alimentación, libertades, igualdades raciales y sexuales, si la salud tiene que ver con todo esto, entonces no cabe duda que toda postulación de la práctica política sobre la salud, interviene en la perspectiva de transformar a la sociedad y eso es sin duda un tema revolucionario, en el sentido político del concepto, porque esencialmente cuestiona la distribución del poder.

La tercera precisión tiene su punto de enfoque, en torno a la contemporánea situación histórica del movimiento nacional de las mayorías con su desmovilización y desesperanza. Ahora que la política parece encauzarse hacia provechosas negociaciones de cúpulas, a través de compromisos en los que no interviene el pueblo en participación genuina desde el poder, ahora que el país aparece contabilizado como una cuenta bancaria o como un estado financiero nítidamente deficitario; ahora que las ideologías han sido denunciadas por la ideología dominante, como muertas y desaparecidas, como la misma historia en la que se enfrentaban; ahora que esa ideología e historia predominante anuncian el final de la historia y de sus soportes conceptuales; ahora es el tiempo de la salud como tema de la filosofía política y como práctica de la transformación social requerida por la nueva y justa salud, de los nuevos y justicieros tiempos.

Como tal, como tema científico y político, con claras resonancias revolucionarias, las nuevas postulaciones que vienen construyéndose en el seno silencioso de las comunidades con sentido nacional señalan la urgencia de profundizar la lucha cotidiana e histórica por la salud, porque su práctica transformadora comprende también la modificación de las injustas relaciones sociales en las que se desenvuelven el dolor y la enfermedad de nuestras comunidades.

Ahora ha quedado claro. Debe reconocerse que tal práctica implica incluir, desde la teoría política que la fundamenta, la estrategia irremplazable de la lucha por el poder, para la cual se debe contar con el protagonismo del pueblo, sostenido por su fuente de unidad transformadora, que en nuestras tierras sigue siendo el movimiento obrero organizado.

Los trabajadores, unidos a la comunidad con sentido nacional, ya mostraron capacidades transformadoras; juntas, en su enfoque socio-sanitario son fuerzas constructoras de nuevas realidades. Para buscar el poder social requerido para las transformaciones, que también se expresa en el campo de la salud, estos son los protagonistas históricos.

Un afinamiento teórico más: si se considera a la clase trabajadora el eje de esta lucha por la salud, tal como se evidencia en la conquista de sus Obras Sociales, puede ligarse al ámbito del trabajo, como el punto central y predominante del ataque al sistema. Así planteada la estrategia política, sería una limitación conceptual y el cercenamiento casi insalvable para la práctica política fundamental.

Desde ese trazado, los movimientos nacionales anticolonialistas, ven reducidas con peligro su capacidad de acción creadora, en torno a sus objetivos de autponderación y de conquista del poder político para la construcción de diferentes relaciones sociales.

La clase trabajadora debe ser el eje de esa práctica en la lucha por el poder político-social, pero debe sumarse al resto de la comunidad, que con sentido nacional exprese una línea estratégica para acumular fuerzas y articular objetivos, tendientes a vincular el movimiento nacional dispuesto a hacer desaparecer el sentido colonial de la dependencia. No se trata, ni se puede expresar, un excluyente protagonismo de la clase trabajadora. Frente al poder dominante, también en la salud, solo las mayorías nacionales articuladas alrededor del movimiento trabajador, pueden construir la práctica indispensable para lograr una sociedad en busca de su propia justicia.

La historia inmediata también nos muestra que esa es la estrategia irremplazable y la práctica de la hora consiste en construirla cotidianamente, para que pueda desarrollar sus objetivos nacionales.

La realidad como verdad transformable

Hace más de un siglo Juan Bautista Alberdi, en uno de sus escritos, que hoy conocen pocos argentinos, sus *Escritos Póstumos* y de cuyo ocultamiento no pueden ser eximidas las oligarquías dominantes desde entonces, obligadas a cuidar la honra y veracidad de su liberalismo y el del propio Alberdi oficial, decía con la filosa penetración de su pensamiento crítico que “la pobreza de Sud-América no es una crisis. Es un

hecho secular, hereditario, codificado y encarnado en usos que viven y gobiernan la vida actual”.

Asignaba como origen causal de ese acontecimiento secular, para la Sud-América donde primaba el dolor de su patria, la República Argentina, “a su régimen colonial de tres siglos en que fue formada y educada [...] Educación que convenía a su destino de colonia dependiente, de una Nación europea” (Alberdi, 1895, pp. 2 y 115).

Esta realidad hereditaria, de injusticias y padecimientos, no puede ser encuadrada en la condición de crisis; al menos en cuanto a condición decisiva de un momento grave y de consecuencias importantes; ni tampoco en similitud con la salud, en el sentido de una mutación considerable que sucede en algún proceso mórbido y en el que se decide en tal circunstancia, ya sea el mejoramiento o la agravación del enfermo; y aun su muerte.

La crisis muestra una característica situacional de tiempo mínimo, o de período corto, de un suceso interpuesto en el transcurso de un proceso de normalidad, que lleva al retorno a esa normalidad, o bien a la perturbación profunda y aún la desaparición de tal situación.

Hay en la crisis sentido de perentoriedad; de último plazo, pero también de presentación súbita, apremiante, repentina. La crisis es un episodio de alta tensión, interpuesto entre dos situaciones de cierta normalidad, cualquiera sea el signo social en el que transcurre.

En esto reside la razón de Alberdi: “no es una crisis”, la pobreza, la miseria y el dolor del continente; se trata de las condiciones que produce “su destino de colonia dependiente” como son todos los regímenes coloniales aun los que padecen hoy las patrias sumidas en el continente. El mismo régimen que con algunas variantes de modernidad, muestra las mismas dolorosas dependencias, miserias y muertes y que algunos han optado por denominarlos sin disfraces, los regímenes neocolonialistas del presente.

Estos presentan distintas modalidades de apreciación de las riquezas de nuestros pueblos; ahora con mayor esmero para la conservación de las imágenes públicas de los poderes centrales; de mayores sutilezas para absorber el trabajo y las potencialidades económicas del continente, pero en todos los casos con la misma resultante social de condena “secular y hereditaria” para nuestros pueblos colonizados.

El bloque dominante, generador de la “colonia dependiente” que señalaba Alberdi, cambió de signo y de banderas, también de procedimientos y hasta de algunos aliados internos; pero en buena medida siguió manteniendo su vinculación con el Estado colonial, para obtener de su parte las herramientas claves para su consolidación expoliadora.

Ahora también el Estado ha persistido en su vinculación y sometimiento a bloque dominante. Ha utilizado entre otros los recursos impositivos, la política arancelaria, cambiaria y particularmente la financiera, para cumplir con esa vinculación sometedora, que una vez más pone en circulación la depreciación del esfuerzo nacional, cumpliendo con los dictados de sus acreedores a través de las privatizaciones del trabajo acumulado del país.

Este Estado subsidiador y protector, por vil sometimiento a los factores económicos dominantes, no tiene que ver con determinado color, partido o tendencia política; la imposición de las políticas neocoloniales van más allá del periodo y del sello tendencial del Proceso dictatorial y sangriento de la Fuerzas Armadas; del gobierno radical y ahora del justicialismo en el gobierno compartido.

La descapitalización formidable de la estructura pública social, a la que conduce nuestro “destino de colonia dependiente”, ha venido a herir hasta el exterminio, a los servicios requeribles para brindar las prestaciones sociales mínimas; casi mejor llamarlas ante la pobreza extrema reinante, prestaciones humanitarias mínimas, que entre otros, el sector salud padece sin poder reaccionar.

Se han abandonado estos servicios a su propia suerte mientras el bloque hegemónico se ha dirigido a conquistar el contralor de otros sectores que son ahora de su interés y que tienen relación con los servicios vinculados al sector exportador que ellos mismos dominan, para facilitar o diversificar sus utilidades.

Por eso les importan especialmente, puertos, silos, vías ferroviarias, caminos, rutas interiores, etc. O bien, han dispuesto distinguir sus preferencias hacia aquellos sectores de alta rentabilidad y donde el país ha desarrollado un esfuerzo para el crecimiento de ese capital nacional. Se trata del área del petróleo, de las comunicaciones, de los insumos petroquímicos, de la aeronavegación.

Por vía de las privatizaciones, sumadas a la capitalización de la deuda externa, con la complicidad de pliegos licitatorios dictados por los acreedores internacionales, ligados con aliados interiores, se han ordenado los instrumentos más eficaces para los objetivos, “del régimen colonial” que configura “un hecho secular, hereditario, codificado y encamado en usos que viven y gobiernan la vida actual”.

Es Alberdi una vez más el que señala la dependencia resultante de la estructura colonial: él mismo sigue enseñando las condiciones determinantes de excelencia, mucho más lejos aún de la colaboración o sometimiento que prestaran los gobiernos dictatoriales o democráticos, que sirvieron o sirven a esos intereses dominantes como el mismo Alberdi había servido...

Todos ellos quedaron sumergidos en tales determinantes socioeconómicas que indican el tinte y sonido del “régimen colonial” por encima de individuos, de deseos personales, y de toda declaración presidencial que intente ocultarlos.

Se trata de detectar el “sentido” de una sociedad nacional, alejada de la secular categoría colonial, que acusaba Alberdi; o de la otra categoría, ésta la neocolonial, que lamentablemente también hizo posible la teoría alberdiana de gobernar para poblar con capitales y hombres “de ojos

azules” y traídos aquí por las furias conquistadoras del liberalismo que la revolución industrial y Adam Smith de por medio, convertían en religión universal

Pero alojada también en esta tercera ola colonialista que a poco de terminar nuestro siglo, nos coloca en condiciones de aspirar solamente a sobrevivir, en una economía mundial de integración, bajo la protección y sumisa obediencia a los capitales hegemónicos del universo. De nuevo la consigna colonial vuelve a ser el crecimiento como antes se lo denominara progreso, pero a costa de todo y particularmente del espíritu de país soberano y de población independiente y libre de la pobreza extrema en la que se encuentra.

El sentido colonial o neocolonial de la segunda ola que interpretara la ideología alberdiana, o este de la tercera conquista del capitalismo dominante, utilizan la negociación dirigida por los que detentan el poder, estableciendo el camino para silenciar y hacer desaparecer las diferencias. En esos rumbos coloniales el país deja de creer en su destino y acoge las directivas que emanan de una negociación comercial y financiera que nos conduce. Olvida sus diferencias, sus distintas vocaciones. Todo estará preparado para que solo existan los que obedecen y cumplen las directivas y aquellos otros que actuando como socios y gerentes de los capitales dominantes, engrosan las filas de los que la historia llamara cipayos, pensando en el combatiente indígena que se pasó al servicio del invasor. Ahora el campo de batalla es la negociación, las licitaciones, los acuerdos económicos-financieros, que vuelven a poner nuestro esfuerzo social a las órdenes de los dueños del dominio. Otra vez se reciclarán los cipayos, como una constante para mantener las relaciones sociales del coloniaje.

Alberdi tenía razón, aunque lo localizara equivocadamente: es el régimen colonial, el que retorna y resiste. No solo el régimen colonial español, ese de tres siglos que nos formara y educara...

También y sobre todo, el de los ojos azules que él contribuyera a instalar, el de la vieja harapienta y raposa... También el de la integración capitalista mundial, escondiendo sus designios detrás de nuestra desesperación del crecimiento aun a costa de todo... Es en definitiva y ciertamente, el régimen colonial. Las crisis son denominaciones circunstanciales, solo funcionales de esta realidad estructural que indica nuestro “destino de colonia dependiente”.

Desde lejos se repite la historia del coloniaje y como entonces, el Estado Autoritario Benefactor crea las limosnas, las cajas de P.A.N¹; los bonos solidarios o el trabajo comunitario a cambio de los bonos o las limosnas; tal como en 1934 en plena era del fraude y de la violencia se creaba la Junta Nacional para combatir la desocupación. Eran esos días del “fraude patriótico” que la oligarquía vacuna sostenía para legalizar la entrega de nuestras riquezas al colonizador correspondiente y con ellas la desocupación y el hambre, que luego mentían mitigar desde esas Juntas Nacionales, para combatir aquello que era la fórmula de su entrega. Fraude, violencia, limosna para apagar o evitar respuestas autónomas y participativas en rebelión, del pueblo construyendo su historia.

Se pierde el camino del Estado Solidario, aquel que como pensara Saussure amalgamaba justicieramente las vocaciones sociales del país, entendiendo su propio sentido como la articulación legítima de las diferencias; si son posibles articularlas. Si no, las contradicciones dictan el desequilibrio en favor de las mayorías, para que estas las modifiquen. Sin ocultarlas, ni llevarlas como lo hace el otro Estado requeri-

1 [N. del E.] Se refiere al Programa Alimentario Nacional (1984) impulsado como política de emergencia durante el gobierno de Raúl Alfonsín y que consistía en el reparto mensual de cajas de alimentos a familias de escasos recursos. Se completó años después con la entrega de un Bono Nacional Solidario de Emergencia (1989) que se usaba para canjear por vestimenta y alimentos.

do para el coloniaje, al simple trámite de la limosna interna, mientras asegura el despojo de nuestra historia social y de cada una de nuestras capacidades productivas rentables.

El régimen colonial propone sus salidas. Ofrece sus salidas, en el sentido cumbre que construye la determinación de excelencia, de la que es su titular. Desde cada colonia, Argentina, padece su despojo y estos tiempos muestran como nunca los episodios críticos que el referido régimen le impone a los argentinos.

Por eso hasta puede aceptarse didácticamente que se diga que atravesamos la crisis más grave del país. En realidad se trata del derrumbe del sistema. No hay posibilidad de articular las diferencias. Esto implica la pérdida del sentido nacional y la consiguiente destrucción de los objetivos comunes de los integrantes mayoritarios de la comunidad. Pero esto es el resultado culminante del régimen colonial dependiente. Por eso es que no alcanzan los planteos correctores hacia la crisis. Así se están apuntando limitativamente a los síntomas, sin percibir con claridad la dimensión de la causalidad estructural que determina ese derrumbe político-social de Argentina, por encima de dictadores, de democracia incipiente o de revoluciones productivas planteadas desde el susurro adormecedor del régimen que impone el coloniaje.

La teoría del derrumbe ofrece la oportunidad para edificar la estrategia transformadora que desaloja toda capacidad colonial. Se suman para la construcción transformadora. Se suman para la construcción de esa estrategia, teoría y práctica modificadora, toda la experiencia sociopolítica acumulada en el padecimiento de los pactos cómplices con el poder central y una vocación nacional que no muere y que también en Argentina queda enhiesta, como en los otros pueblos del mundo que están planteando su participación política en la elaboración de sus objetivos como países soberanos e independientes.

La revolución tiene límites nacionales y por eso aparece el requerimiento de la formulación política nacional, de la política como disputa

permanente por el sentido que cada pueblo quiere otorgarle a sus necesidades y a sus expectativas. Por la utopía nacional, que debe construirse a partir de los proyectos y programas no realizados, desde el nivel logrado por la conciencia y la posibilidad cierta de los sectores populares, recopilando sus experiencias y tendencias actuales de esa utopía, e incorporando lógicamente un esfuerzo de síntesis y el programa de práctica política que permita organizar consciente y estratégicamente, una nueva forma de vida sin sometimientos ni mediaciones sofocantes.

No se trata entonces de la política diseñada como la salida individual para una tensión ética, aun respetable; ni como vínculo crítico entre las personas. Se trata de la política en claro objetivo hacia el poder; como práctica transformadora de la realidad, de la realidad resultante del modo de producción de toda sociedad, de la competitiva capitalista o de la planificada burocrática y centralizada. Mucho más aún, de la resultante del modo de producción colonialista.

Es que la política exigida, no es una lección operativa o funcional de interrelaciones humanas de vinculaciones intersubjetivas, aunque fueren contradictorias. No tiene que ver ni con las tensiones éticas, ni con las articulaciones psicoafectivas de los seres. Las incluye, pero no son sus objetivos estratégicos.

Debe referirse en cambio, a las acciones, aunque abstractas o prácticas, las dos son formas diferentes y complementarias de praxis social, que tienden a conformar nuevas vinculaciones, nuevos modos de producción, generadores de nuevas relaciones sociales.

Ese es el núcleo paradigmático de la política como práctica modificatoria de las relaciones productivas y estrategia operante para lograr el poder: para desafectar el régimen colonial y a la elite vernácula que lo sostiene y otorgarle a las mayorías la calidad de organizadores, administradores y en fin, de creadores de otras condiciones de existencia, desde el legítimo ejercicio del poder popular.

Se plantea de esta manera, la construcción de una sociedad nacional generada en otras condiciones que las correspondientes a estos regímenes productivos coloniales, injustos, atentatorios de la libertad y ciegos al sueño forjador de un país armónico, aunque permanentemente diferente, con aptitud para resolver contradicciones y conflictos, que son su esencia como organismo político social.

La política planteada en su rumbo hacia el poder, se propone crear otras condiciones para las relaciones sociales dependientes. Claramente, desde el país, sin aceptar el diseño de la internacionalización del poder y de las negociaciones comerciales y financieras que nos afectan. Se postula destruir la colonización del sistema político argentino, producido por los intereses económicos supranacionales que señalan el sentido unificado de las metas coloniales impuestas.

La realidad dependiente aparece una vez más como una verdad política; pero se trata de una verdad para transformarla. La realidad solo impone sus resultados, precisamente cuando el sistema político nacional está colonizado. Solo allí puede pregonarse sin resistencias que nuestra realidad, tal como se nos da impuesta, es la única verdad asimilable y aceptada. También se trata de una postulación colonizadora, dada en tal régimen y que solo se compadece con su transformación. Esa realidad es solo una verdad modificable.

La dolorosa coexistencia de la libertad formal con el hambre y el desamparo de las mayorías; de la entrega del esfuerzo histórico social del país, con una democracia solo jurídicamente funcional; de la persistencia de las relaciones sociales del coloniaje con burdas postulaciones de modernidad y progresismo, señalan la dimensión engañosa de la realidad que debe modificarse.

Esa misma historia muestra la complejidad dialéctica de las formulaciones exigibles para impulsar esas transformaciones. Pero se ordenen por donde se ordenen, parece intransferible el requerimiento protagónico del pueblo, con sus trabajadores organizados, para la ela-

boración de la respuesta político-social capaz de sostener la articulación eficaz en el seno de un sistema institucional justo e independiente que desbloquee el cerrojo histórico de todo régimen colonial. Del régimen colonial que condenaba Alberdi; del otro que siguió precisamente al amparo de su prédica filosófica liberal, pleno de rubios de ojos azules, piloteando al capitalismo expoliador; o de este en pleno dominio, ayudado por la prédica que él mismo ha desencadenado, del desarrollo a costa de cualquier cosa, aun desde la revolución productiva que ahonde la condición colonial e injusta de la vida de la gran mayoría de los argentinos.

Cualquier realidad a la que se arribe desde esas fronteras, lleva agregado el gran signo de la realidad colonial: esa es la que exige transformación.

Pero aún lograda la otra realidad, la nueva, despojada de tintes dependientes, se impone siempre un razonamiento político profundo: aquel que sospecha que el límite de la realidad otorgada está en la realidad misma, en esta que es objetivada por el acontecimiento histórico que pensamos o medimos. ¿Pero es verdaderamente así?, ¿el límite de la realidad está en la realidad misma, o está fuera de ella...?.

Racionalmente y en plena aceptación teórica del espacio de la realidad lograda, esa realidad está siempre determinada por alguna situación: por otra realidad oculta, silenciosa, justamente así considerada para evitar su constancia y eludir su vigilancia y dimensión.

El gran esfuerzo para la construcción de otra sociedad más justa y libre debería involucrar un proceso que como pensaba el Heidegger teórico, libre de todo compromiso totalitario y hitlerista, lejos del Heidegger celosamente vituperado por Popper, mostrara el camino hacia el signo, que para nuestra teoría sería “el camino hacia la realidad”, primero oculta para develarla y luego hacia “la nueva realidad”, cambiante, persistentemente modificable. Se dice entonces, “hacia la realidad”, como un proceso continuo, sin intentar una rápida meta; como con humil-

dad, hacia el válido concepto de la nueva complejidad, exigiéndole un entendimiento bien hondo, legítimo y no solamente una enmarcación formalista-empírica-funcional, con objetivos descriptivos o didácticos.

La política hacia la nueva realidad descolonizada, pone en cuestión necesariamente el tema de la certeza y validez de la realidad circundante y hasta la naturaleza cierta del objeto de la realidad aparentemente verdadero.

Ya definir, basar, clarificar los hechos de esa realidad previa existente, son prácticas políticas hacia el conocimiento de la realidad misma y presuponen una estrategia implícita para aquello que se asigna como realidad. En ella, la determinación teórica de cada enfoque en cuanto a las relaciones de los hombres con el universo, en nuestro caso con el mundo político-social señalan, sin atenuantes, una decisión en la especulación en cuanto se comprende como mundo, relaciones sociales y los seres humanos involucrados en ellas. Ya en esta operación intelectual comienza la ligazón inseparable con la realidad dada, o el despegue hacia la nueva situación político-social que define la realidad conquistable. Pero parte de ella se impulsa desde su influencia.

Políticamente partiremos del cuestionamiento de la realidad dada, su valoración depende del destino interesado de la postulación teórica que la abarque. Recordemos además que esa elaboración teórica, es también una formulación práctica, una práctica-objeto de pensamiento de la concepción política y remite a una ubicación previa, que siempre está sometida a la vinculación de los sujetos constructores en el seno de las relaciones sociales existentes.

Es que todo conocimiento que lleva a la creación de una estrategia política transformadora, en la medida que debe entenderse como una relación dialéctica articulante entre realidades y determinado por otro conocimiento, o por otra creación conceptual que emerge de esas relaciones sociales, edifica trabajosamente la nueva realidad pero partiendo dificultosamente de la realidad dada.

No hay realidad obtenida por generación espontánea. A este deslizamiento transformador buscado celosamente por toda conciencia nacional liberadora, puede asignársele la característica de creación política continua, como proceso social infinito que no presupone limitaciones fijas, ni cristalizaciones definitivas. También en la realidad resuenan las evocaciones revolucionarias, el eco persistente, secreto y eficaz del *“eppur si muove”*, o del río cambiante de Heráclito.

Es esta una diferencia vital entre la realidad como la única verdad y la construcción permanente de la nueva realidad social, medida en las relaciones resultantes, que en nuestro caso se compromete con el desarrollo libre de la sociedad argentina.

Aquí reside buena parte del asentamiento de la piedra angular necesaria para sostener la concepción de la nueva realidad nacional. La lógica de la realidad convocada consiste en deducir “las cosas que gesta el régimen colonial”, todo el razonamiento político que conduce a la nueva asignación de los componentes de esa realidad. Desde allí debe comenzar la nueva construcción, esa que no puede otorgar detenciones y maniobra dialécticamente hacia la constancia de la modificación de la realidad circundante.

La situación actual del derrumbe del capitalismo argentino, el proceso de endeudamiento más que secular y los ajustes infructuosos, consecuentes con esas deudas, no han producido una renovación eficiente de la estructura creadora de riqueza. Aquellas modernizaciones que se ofrecen como reordenamientos eficaces del capitalismo en el país, como las industrias petroquímicas, del papel, alimentarias, del acero, o el crecimiento de la producción agropecuaria, solo representan una adecuación a la división internacional del trabajo y a la integración de la economía mundial, pero desde una inexorable economía argentina internamente deprimida y financieramente ligada casi sin remedio a las directivas despiadadas del capitalismo financiero internacional que opera en sus mercados.

Además, como quedó dicho en varias oportunidades, la política del ajuste a esta imposición internacional, de corte neocolonial, no solo está condicionada por el capital financiero del poder dominante, sino también por las nuevas fracciones de las clases autóctonas dominantes, que en definitiva y paradójicamente, también como antes, solo quedan delegadas a cumplir papeles subsidiarios y subalternos de ese capital extranjero expoliador, que domina el poder de esas fracciones autóctonas.

La realidad nueva, liberada de toda connotación colonial, la nueva realidad nacional, solo será posible edificarla si se basa, como alguna vez dijera Foucault, “en una ausencia de historia”, es decir, en un silencio histórico de los signos y síntomas que produjeron el espíritu colonial. Esa desaparición, ese silencio debe ser conquistado en una sostenida e inquebrantable lucha dialéctica, que no solamente no muestra etapas ni puntos finales, sino que debe tener toda la característica de la creación política constante que ya se mencionara.

Esa creación solo puede buscar la localización justa del poder. Ese es el objetivo de la relación dialéctica, conflictiva porque acomete al conflicto, que culmina en la liquidación del destino colonial y cuya historia debe comprendérsela en vinculación con los acontecimientos de la producción económica, sabiendo que los medios de esa producción constituyen el poder real dominante de la sociedad. Cuando a ellos se suma el coloniaje político que acompaña a la dependencia económica y consigue ejercer sus disolutorias prácticas ideológicas, entonces ya está en peligro de derrumbe la soberanía nacional.

En nuestro caso, al liberalismo, con su libertad de mercados y especialmente con las privatizaciones, ligadas al cumplimiento colonial con la deuda externa y desarme del Estado, le corresponde ese papel contemporáneo de liquidación nacional, mancomunados con el capitalismo internacional dominante, para el continente.

Juntos hacen el bloque de poder que consolidará el modelo exportador exigido por las condiciones resultantes de la determinación de excelencia que así arrastra también hacia la disolución del sentido nacional de Argentina, unida aun a la vinculación colonial que Alberdi indicara, hace ya más de un siglo, en tres siglos atrás.

La virtud de los efectos

Nos importan los resultados a que conduce la apropiación desmedida del Estado y la riqueza nacional, porque el ajuste que viene provocando desde la historia este capitalismo despiadado, está produciendo una perversa lógica social, imposible de justificar.

Esa lógica social muestra a una gran mayoría de argentinos (como latinoamericanos en el continente) que, o no tienen trabajo, son desocupados, o tienen ingresos menores que los que necesitan para sobrevivir. Van quedando así, gran parte de los trabajadores fuera de esa economía colonizada.

El capitalismo salvaje invasor, se muestra incapaz de asegurarles sus requerimientos vitales a los trabajadores, ahogando la posibilidad de reproducir eficazmente la fuerza del trabajo, en las condiciones de dignidad y solvencia que correspondan.

Como ya sabemos entre una de esas condiciones de reproducción de la fuerza del trabajo está la salud. El derecho a tener derecho a la salud, como decía Carrillo cuando razonaba que la salud era uno de los efectos de la estructura social funcionando; uno de sus componentes y en consecuencia cuando más justa pudiera aparecer tal estructura, mayor nivel sanitario era posible esperar.

Como en todas las sociedades, la producción dominante y las relaciones sociales que ella genera les otorgan jerarquía y distinción a todas las otras producciones y a las vinculaciones que aquellas originarán.

La producción colonial, esta que hemos visto prolongarse con matices y rasgos diferentes, pero con esencias inmodificables, esta expresión

macropolítica de la realidad concreta que se indicara, expresa el tinte global en el que se confunden todas las modalidades y se transforman los paisajes particulares.

El colonialismo dominante conforma ese tono particular dominante, de todas las composiciones parciales, las sanitarias entre ellas, que resaltan en su seno. Ese es el determinante de excelencia, que perfila el conocimiento social que señalaremos.

La estructura colonial, unida a su esencia determinante, se liga en vinculación indestructible a sus efectos. Se expresa en la virtud de sus efectos, como podría pensar Spinoza, toda la dimensión de la estructura colonial, el peso del bloque imperial se refleja indeleble en sus efectos, que nuestro caso, tal estructura colonial dominante, combinación característica y distintiva de sus propios componentes, está precisamente expresada en sus efectos, esto es decir, en el actual resultado del sector sanitario, en pleno derrumbe. En esta realidad sanitaria puede medirse la significativa valoración epistemológica del concepto de la eficacia de la estructura, de esa estructura económico-social del colonialismo en ejercicio, sobre unos de sus elementos, también componente propio y que se traduce en los resultados del campo de la salud.

La representación producida y que debe detectarse en profundidad, considerando su particularidad y hasta su precipitación coyuntural, se expresa en el espacio de dicha estructura colonial, casi con la totalidad de su discurso, con los mismos sujetos. En esta representación sanitaria todos son protagonistas obligados, tomados e impregnados por tal discurso, pero desarrollan sus tareas sin ser los autores de sus estrategias y prácticas. Ellas les son impuestas. En la realidad, tal espectro sanitario, no tiene sujetos que puedan ser considerados sus actores. Sus papeles le son indicados.

La determinación por excelencia acusa al destino de la búsqueda autoral de la causalidad requerida. Hoy se ausculta su significación y ello favorece la búsqueda de la práctica política de eficiencia, para obtener

un concepto que epistemológicamente permita reconocer esta específica realidad de la eficacia de la estructura colonial, sobre los elementos sanitarios que la componen, a los que determina y por los que se vincula con el requerimiento de la transformación sectorial, para abarcar la infinita modificación estructural.

Así se compone el firmamento completo de la conmoción en el derrumbe del país; la ola expansiva de ese derrumbe, cubre también al sector sanitario, como uno de sus componentes y en el cual se expresa la virtud estructural de los efectos. La eficacia de estructura del régimen colonial, de la determinación de excelencia en el continente, tiñe a sus componentes y vincula su virtud sobre los efectos. Es que toda estructura que no sea una articulación específica de sus propios elementos, no puede ser nada más allá de sus efectos.

Esta aseveración epistemológica tiene una importancia significativa, porque abandona por ineficaz, toda especulación teórica que indique como el único camino de la práctica política el de la exclusiva revolución estructural, aquella práctica que indica la búsqueda, sin concesiones ni debilidades parciales, de la praxis para la revolución total, dejando de lado por ineficientes toda consideración o práctica política parcial, que tienda a modificaciones o cambios en los componentes o efectos de tal estructura.

La revolución modificatoria, puede practicarse sobre los efectos y componentes que asisten a la producción dominante y a las relaciones sociales resultantes. La problemática sanitaria es una de ellas, que alcanza jerarquía y diferenciación como consecuencia de su articulación determinada por tal producción y por las vinculaciones que ella misma le otorga.

Esta postulación del reconocimiento de las virtudes y eficacias para con los efectos y componentes de la situación dominante, arroja veracidad y permite reconocer también eficacia, a toda práctica política-social que busca aún la modificación de esos efectos, que pueden simu-

larse debajo de la sombra de la coyuntura. Para ello deben asumirse tales efectos y componentes, en última instancia, como integrantes de la vinculación generatriz que otorga la producción determinante, del colonialismo dominante.

Los efectos muestran entonces el derrumbe del sector sanitario. Pensando en el desastre que cubre a la seguridad social, al sistema de Obras Sociales, puede mostrarse uno de los resultados que envuelve a este componente. Es solo una síntesis de la eficacia determinante sobre los efectos sanitarios; como ya lo dijimos, a fines de julio de 1989 el poder de compra del salario industrial había caído más del 60% con respecto a diciembre de 1988, período donde la participación de los trabajadores en el producto bruto nacional, bajaban de algo más del 30% a poco más del 20%...

De ese salario dependen las Obras Sociales del país; sistema que cubría algo más de sesenta por ciento de la población argentina. Cubría, decimos, porque ahora los despidos masivos, la desocupación creciente, diezman a las Obras Sociales y a la cobertura sanitaria de los trabajadores.

El otro componente, el hospital público y el sistema oficial para las prestaciones ambulatorias de salud, no han podido resistir la miseria de sus presupuestos y el incremento de los insumos, particularmente en medicamentos, material sanitario, descartables y el éxodo de su personal injustamente remunerado.

El sistema sanitario oficial, ese del hospital público en dramático derrumbe y el de las Obras Sociales en similar destino, patentizan desgarradoramente la virtud de los efectos de la determinación de excelencia. Viven su propio desastre, en medio del derrumbe económico-social que provoca la producción dominante y sus injustas relaciones sociales resultantes. Las prácticas transformadoras pueden ejercitarse sobre estos efectos; actuar sobre los componentes evidenciándolos como integrantes de la articulación determinante, evitando toda restricción teórica y de la praxis, esperable a esta vinculación germinal.

Este ejercicio sobre los efectos en la problemática de la salud, emprende la compleja y ardua estrategia sectorial, de mitigar y llegar a anular el resultado de la eficacia del sistema determinante sobre sus componentes: desaprobando y silenciar su virtud sobre los efectos, sin olvidar y menos desconocer que tal praxis político-social debe concurrir a la prosecución infatigable de la modificación de los factores dominantes. En esta concurrencia no puede haber tregua y en todos los casos esa estrategia política debe mostrar signos perceptibles de prácticas con tendencias transformadoras, que apunten al sistema colonial determinante.

Busquemos otra aproximación, consagrando la necesaria vocación de práctica científica, lejos de toda limitación voluntarista, para el conocimiento del desarrollo histórico de la estructura dominante, sobre la que es necesario actuar para su transformación.

Se trata de un enfoque desde ángulo distinto, pero con igual persistencia epistemológica. Así se pueden volver a reconocer los conceptos que surgen de la comprensión teórica del proceso que generan las fuerzas productivas en una comunidad y las relaciones sociales a que ellas dan lugar, como asimismo la vinculación con las formulaciones ideológicas, políticas, culturales que le son propias. Ellas señalan concretamente la problemática general de esa sociedad, que según sea el calibre y sentido de las combinaciones posibles de sus elementos, mostrará el resultado de su exacto contenido real.

Aquí radica otra persistencia epistemológica que muestra que cuando en cualquier sociedad cambia la tonalidad específica de la combinación de factores indicados que caracterizan su modo de producción, también se modifican las relaciones sociales que definen a esa sociedad. De igual manera, si cambian las reglas de acción económico-social, tarde o temprano, dicho cambio, involucrará también a la política, la cultura y la ideología, que están incorporadas en las distintas combinaciones posibles que delimitan a ese modo de producción.

La importancia germinal recae entonces, sobre el modo de crear ri-

queza y su conceptualización debe abarcar la unidad compleja de determinaciones que devienen de la estructura económico-social y del peso sumado de la política, la ideología, lo jurídico y aún lo religioso, como lo mágico y la creación estética que le son propias.

Pero se requiere reconocer otra especificidad epistemológica de alta sensibilidad teórica: es aquella que enuncia que las fuerzas de la producción, como las financieras que son su consecuencia, aún cuando tienen que ser especialmente diferenciadas de las relaciones que comprometen las distintas combinaciones de tales fuerzas productivas, no existen como fuerzas productivas eficaces más que bajo la determinación inseparable de su misma vinculación combinatoria, con determinadas relaciones resultantes del modo de producción involucrado en la postulación teórica y también en su realización práctica.

En otras palabras, las fuerzas de la producción se expresan como tales por la específica combinación de sus factores en las relaciones posibles, en las condiciones concretas que hoy tiene el proceso de creación de riqueza.

Esas formas combinatorias de los componentes de las fuerzas productivas, generan las diferentes modalidades de producción generadoras y determinantes de excelencia de las relaciones sociales resultantes.

Además, en tal combinación se expresa la conformación política de la sociedad, aquella que está destinada a mantener e imponer tal sentido combinatorio, que en este caso, asegura el modo de producción neocolonial en el que estamos.

Aquí es donde se inserta el objeto específico de la ciencia social sanitaria. La naturaleza de las relaciones productivas fijas, señala con rigor de excelencia, el grado de cumplimiento o de eficacia delegada en cualquiera de sus efectos o componentes de la globalidad política social que se obtiene de las diferentes combinaciones aludidas.

Por eso el objeto específico del estudio de las ciencias sanitarias no son sólo las prácticas sobre la salud, o las instituciones que las realizan

sino todo eso, sumado al conocimiento de la función y los resultados de un modelo político social de determinación sobre la problemática global, como también sobre las particulares, como las Obras Sociales; o sobre una de ellas, como la de los Ferrovianos que hemos elegido; o bien todavía más específicamente, sobre un sistema de prestaciones asistenciales como pueden ser las internaciones en algún hospital del sistema, o las coberturas de las demandas ambulatorias.

En todo caso, el estudio de la ciencia sanitaria, por encima de las particularidades propias del marco de su problemática delimitada, se refiere al conocimiento del desarrollo de los modelos políticos-sociales, modos de producción y relaciones sociales que los comprenden. No son pues, los objetivos de esa ciencia los del simple conocimiento o la demarcación de acontecimientos singulares.

La práctica sanitaria produce hechos que son parte de la eficacia de los efectos, o de los componentes de las relaciones de producción, para nosotros, coloniales, en sus diferentes grados para estas realidades; allí es donde debe delimitarse y definirse las modalidades, o la normativa histórica de la determinación de excelencia.

A partir de ese límite, como signo crucial surge la perspectiva del planteo de la práctica política sanitaria transformadora. Solo allí y en su contribución a tales modificaciones de las relaciones sociales en las que está envuelta, se pueden expresar los genuinos aportes transformadores para la práctica sanitaria. En cada una de las áreas problemáticas del campo de la salud pueden percibirse y localizarse las determinaciones de excelencia, a las que se dirige ese esfuerzo transformador.

De esta forma, lo que importa, no es solo la modificación de los efectos, o de la eficacia de la combinación de los componentes, que insume la práctica fundamental, sino también la transformación de cada particularidad dependiente, que pueblan esos efectos y componentes, con la estrategia diseñada para cada práctica considerada útil, con destino a esas modificaciones esenciales.

La relación dinámica de estructura-efectos y de su inversa, componente-estructura, plantea una práctica política, que como toda tarea social profunda, solo realiza auténticamente su eficacia cuando consigue la modificación de la determinación estructural. En la problemática de la salud, también la estrategia política debe dirigirse hacia la transformación de la determinación de excelencia como integrante del modo de producción neocolonial que envuelve a todos sectores intervinientes.

Disparando sobre la eficacia de los efectos

Se trata de poner en ejecución la metodología necesaria para conseguir la validez de la praxis política que busque la modificación de los efectos y componentes sanitarios, comprendidos como emergentes de la vinculación genética con el colonialismo dominante, para remarcarla como la estrategia eficiente para la transformación exigible.

El asedio a los efectos y componentes de la determinación estructural, es también una práctica modificadora, pero como ya ha sido señalado, siempre que la misma incluya esa vinculación esencial y no postergue o niegue, que solo se convertirá en práctica eficaz, si persiste en el requerimiento transformador de las relaciones sociales, que acumulan la virtud de esos efectos y componentes.

Hoy partimos de la creación del Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo concreto la integración funcional del sector público y el de la Seguridad Social, es decir de las Obras Sociales; y de coordinación y supervisión para el sector privado.

Esa integración debe ser aceptada como una de las ideas básicas de este período, destinada a consolidar el Sistema Nacional de Salud y la misma parte desde la aseveración del derrumbe del sistema sanitario del sector público y de las Obras Sociales, en su experiencia histórica de subsectores aislados, incoordinados y sin encuentro alguno de prácticas comunes para la salud de la población.

Desde la emergencia casi terminal en la que se encuentran ambos subsistemas, la integración propuesta incluye a todo el sector público, nacional, provincial y municipal y a todas las Obras Sociales, las nacionales, provinciales, regionales y también municipales o locales que existieran.

La emergencia obliga a la reconsideración del aislamiento que el espíritu federal en sí, federalismo formal y vacío, produce cuando su deformidad en el campo sanitario ha llevado a una incomunicación casi total de los subsectores, como a un desconocimiento de toda posibilidad de instrumentar una política común para el país.

La salud aparece en nuestra historia como una facultad de las provincias, no delegadas en el poder central y desde tal posición, cada provincia ha ejercitado su política sanitaria, pero en los últimos treinta años ese federalismo, como doctrina en sí misma, condujo a un aislamiento, a una separación improductiva de cada componente provincial. Fueron improductivos todos los esfuerzos desde distintos ángulos y desde diferentes doctrinas, para producir una identidad nacional en las postulaciones sobre la salud. Solo en épocas de dictaduras se lograba la unificación formal del país, pero en tal caso, como en todos los campos del quehacer político argentino, la unidad lograda tenía el sello de un verticalismo centralizador que acentuaba en el campo social una visión cercenadora de toda vocación regional. Las dictaduras propugnaban y hasta parecían conseguirlo, una verticalización del poder sanitario, pero cuya modalidad era extraña al concepto federal que la historia ha ido edificando.

Las dictaduras no nos sirven para justificar una necesidad unificadora del espíritu sanitario nacional. No repararon en la concepción integradora, que debe alcanzar una clara disposición práctica hacia una política argentina de salud, globalizada para todo el país.

Ellas adolecen de un vicio genético que dicta su razón teórica ineficaz. El poder dominante expresa en la virtud de los efectos sanitarios una única y sostenida doctrina de determinación estructural. Se convo-

ca con exclusividad a los que garantizan la continuidad de esa eficacia. Así han procedido las dictaduras de turno.

Allí hay entonces, unidad y verticalismo tratando de edificar la potencia del poder y se lo hizo desde los márgenes que requiere la continuidad hasta serena y al parecer inevitable de la ilusión colonial. El ejemplo más puro de esta centralización y continuidad ha sido la dictadura de Onganía, que descentralizaba los hospitales nacionales y retenía para el poder central sus presupuestos y todas las potencialidades de las decisiones excluyentes. Hablaba de regionalizar el país y centralizaba con rigidez hasta la más simple disposición administrativa. Como ya se sabe Onganía ha tenido fieles seguidores posteriores...

Las diferencias locales y regionales se presentan como exigencias existentes, palpitantes. Desde ellas se proclama la independencia y la postergación de la identidad en la totalidad. El localismo, regionalismo o provincialismo tiene rasgos nacionales que no pueden ser olvidados. En ellos se sostiene la continuidad del espíritu federal que en su exageración anula toda perspectiva de consolidar las exigencias unidas del país.

Se trata de vencer, o mejor decir de corregir esta lateralizada comprensión teórica del federalismo. Se impone un requerimiento totalizador, sobre todo frente a la fuerza arrolladora de una política colonial que necesita menoscabar toda perspectiva unificadora nacional.

El Sistema Nacional de Salud, funcionando dentro de la administración Nacional, tiene en su destino conducir las actividades de salud del sector público y de las Obras Sociales involucrando a todos los niveles de la dependencia pública y de las Obras Sociales, en una unificación integrada, para una política definida. Apunta a una de las eficacias de los efectos.

Ambos sectores se ubicarán como la composición de un todo, desde sus partes componentes, sin que falte ninguna de las partes de esas partes. Esa es la integración básica que edifica el nuevo camino para el sector sanitario. No queda ninguna posibilidad de separación de partes

esenciales. Para el poder sanitario nacional, en su plenitud de ejercicio desaparecerán las partes esenciales. Ellas confluyen hacia la totalidad, desde su propia autonomía, contribuyendo a la construcción con independencia, de esa globalidad, que así pasa a ser el poder unificado de la salud. Se da paso de esta manera a la integridad de una nueva cosa, componiendo un nuevo todo, otra totalidad con sus partes integrantes.

Es esencial que esa nueva totalidad asegure la autonomía de funcionamiento de las partes constituyentes, ya que este es el requisito incambiable que esta totalidad debe percibir como históricamente necesario, según la experiencia acumulada. Cada parte presenta una condición fundamental, por la cual de nadie dependerá, bajo determinados aspectos del funcionamiento programado. La integración de los subsectores se hace desde la comprensión de un sistema cuyos componentes contribuyen a la globalidad desde su libertad como partes.

También en salud la Nación constituye la totalidad requerida y las provincias las partes, que desde su libertad y autonomía, discuten y acuerdan para consolidar esa globalidad. El campo sanitario exige tal equivalencia para construir una verticalización política insoslayable, conformada por las normas y pautas que indiquen el sentido de esa política nacional, como una formulación unificadora en reglas y conductas homogeneizadas, con plena garantía de libertad y autonomía de la ejecución descentralizada.

El criterio federal se recompone con el producto de la Política Sanitaria Nacional y no vuelve a interponerse en el requerimiento de una eficacia operativa unificada, que de otro modo solo contribuye al debilitamiento y posterior derrumbe de ese sentido nacional.

Es necesario percibir que la consolidación de dicho producto político homogeneizado aparece como impostergable ante la persistencia del modelo colonizador y determinante, que en buena medida ha aprovechado de la ausencia de una postura nítida para la práctica política sanitaria del país en todo el quehacer referido a la salud, pero sobre todo en

los aspectos esenciales que definen la postura liberadora de la eficacia de los efectos, que podríamos sintetizar en las políticas sectoriales referidas a los recursos humanos, el equipamiento y las drogas y medicamentos.

El organismo nacional de conducción de la política de salud, además de involucrar en su integración al sector público y el de las Obras Sociales, no puede desprenderse del sector privado, pero en este caso, su misión capital solo debe referirse a funciones de coordinación y supervisión para el mismo. No puede ser dicho sector la gran preocupación del Sistema Nacional de Salud, pero sin olvidarlo y cumpliendo el papel conductor y mediador del Estado, este debe remitirse a las tareas de coordinación con la integración del sector público y de la Seguridad Social; y de la supervisión técnica y administrativa de las acciones sanitarias que le son propias a dicho sector privado.

El cambio operativo que debe producirse en la conducción del Sistema Nacional de Salud, destinado a ser el ejecutor del sentido nacional de la política sanitaria, debe estar sostenido por la creación de un Consejo Nacional de Salud (CONASA) que estará constituido por el Ministro de Salud Pública de la Nación (la Subsecretaría, debe volver a ser Secretaría Nacional de Salud), el Subsecretario de Seguridad Social, los representantes de las provincias; los del Instituto Nacional de Obras Sociales (debe volver a ser el INOS) y el representante de las Universidades Nacionales.

Este CONASA es el eje operacional de la transformación técnico-administrativa. Tendrá a su cargo la elaboración de las políticas nacionales de salud, proyectando y evaluando los programas y la evolución de los mismos. Debe dictar la política substancial de recursos físicos, de equipamiento y de recursos humanos como así también la de drogas y medicamentos, entendiendo que en tal dictado debe forjar la estrategia que el país debe desarrollar para conjurar toda la eficacia de los efectos y componentes, que las determinantes de excelencia han signado para nuestro destino dependiente.

La dirección operativa de la política anual, estará reflejada por el CONASA, en la elaboración que produzca sobre el presupuesto anual que el Sistema Nacional de Salud requerirá para cumplir con sus objetivos.

Este Consejo Nacional de Salud es el verdadero conductor de la Salud Pública para el país, gestor de políticas, planes y programas, delegará en el Secretario de Salud Pública la ejecución de las mismas, para implementarlas en todo el territorio nacional, conforme el espíritu globalizador de esta estrategia integradora para el sector. Su tarea ejecutiva será evaluada y supervisada por el CONASA.

La integración señalada aconseja y hace necesario políticamente la participación estrecha de los otros sectores involucrados en el campo y en las prácticas sanitarias. Bajo tal razonamiento se instituye la presencia de un Consejo Consultivo Nacional de Salud, que presidido por el Ministro de Salud y Acción Social estará integrado por representantes de las provincias, de la Confederación General del Trabajo, de las entidades empresariales, de las Universidades Nacionales Públicas y Privadas, de las Confederaciones de Médicos y de otras profesiones de la salud, de Clínicas y Sanatorios de la República, de los partidos políticos, de las Fuerzas Armadas y de los jubilados y pensionados.

Este Consejo Consultivo tendrá a su cargo el asesoramiento al consejo Nacional de Salud, en todo lo referido a políticas, planes y programas sanitarios, pudiendo presentarle a dicho Consejo Nacional todas las iniciativas y acciones de planificación, ejecución, supervisión y evaluación que para el Sistema Nacional de Salud considere conveniente.

Esta organización política sanitaria nacional deberá extenderse con similares características a todas las provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, siendo las legislaturas provinciales y el Consejo Deliberante de la Capital Federal, los encargados de ajustar las composiciones y duraciones de los mandatos de ambos Consejos Provinciales de Salud.

Igualmente, todas las municipalidades y departamentos del país es-

tablecerán estos similares Consejos Municipales bajo la presidencia de los secretarios de salud municipales o de quienes cumplan las funciones de tales y conforme las condiciones, características y mandatos que les otorguen las legislaturas provinciales correspondientes.

Se plantea de esta forma una conducción política de la salud, a cargo de los representantes pertinentes de la responsabilidad nacional, provincial y municipal del campo sanitario y de los representantes del sector de la Seguridad Social y de las Universidades Nacionales ligadas a la formación del recurso humano y a las prácticas de investigación y docencia sanitaria.

Este Consejo Nacional de Salud deberá integrar en una política coherente y unificada, las posiciones que tanto el sector público como el de las Obras Sociales, presentan para la conducción creadora del proceso de la salud.

Las Universidades serán también parte de esta conducción para contribuir en igualdad de posiciones en el poder político, al diseño y desarrollo de la estrategia de los recursos humanos que el país necesita, en concordancia con la política global del sector. Como queda dicho el Consejo Nacional proyectará sus funciones hacia la coordinación y supervisión correspondiente para con el sector privado, en el cumplimiento del objetivo de armonizar todas las prácticas de salud, acordes con la línea que el país escoja en cada caso.

De cualquier manera, es fácil entender que el sentido de la modificación en la conducción del proceso político sanitario, se decide en la obligada e inseparable integración del sector público y el de las Obras Sociales, cohesionando desde la política nacional elaborada por ese Consejo, hacia una definida tendencia que destaque la perspectiva de retomar la orientación nacional que la salud debe obtener.

La ley que garantice esta recuperación del estilo y la estrategia nacional sanitaria, planteada enérgicamente como respuesta de una vocación anticolonial imprescindible, debe tener como quería Alberdi en

el *Fragmento Preliminar al Estudio del Derecho*, “un desenvolvimiento perfectamente armónico con el sistema general de los otros elementos de la vida social [...] porque para ser políticamente útil [...] el elemento jurídico de un pueblo, se desenvuelve en un paralelismo fatal con el elemento económico, religioso, artístico, filosófico de este pueblo”.

Tal garantía de la recuperación de la estrategia del país, planteada en el sector de la salud desde el enfoque integrador que se señala, debe confluír hacia la invocación que el mismo Alberdi indicara: “es pues ya tiempo de comenzar la conquista de una conciencia nacional, por la aplicación de nuestra razón naciente, a todas las fases de nuestra vida nacional”.

Más aun, con mayor preocupación y dolor, el ilustre emigrado considerará que “no hay verdadera emancipación mientras se está bajo el dominio del ejemplo extraño, bajo la autoridad de las formas exóticas [y entonces enseñará que] es preciso pues, conquistar una filosofía, para llegar a una nacionalidad [porque] ensanchar la razón nacional, es crear la filosofía nacional y por tanto la emancipación nacional”.

El peso de su práctica política reside en el poder del pueblo, así lo reconoce el mismo Alberdi, que para agrandar la emancipación nacional, nos adelanta la creación de una teoría ineludible, su filosofía nacional. Todo poder pensaba este tucumano del mundo, que no es expresión del pueblo, caerá, porque “el pueblo es siempre más fuerte que todos los poderes” y porque además “la plenitud de un poder popular, es un síntoma irrecusable de su legitimidad”.

En el pueblo reside la estrategia anticolonial que el campo sanitario también debe imponer. En esta variable está asentada gran parte de la modificación de la eficacia de los efectos. El poder neocolonial solo puede cambiar y con él esa referida eficacia, si la práctica política del pueblo recuerda dicho poder. Volverá a ser cierto entonces aquello que presagiaba Alberdi: “El poder es inseparable de la sociedad, deja de ser poder desde que se separa de la sociedad, porque el poder no es sino una faz de la sociedad misma” (Alberdi, 1984, pp. 110, 122, 123 y 136).

Para la salud esa conquista tiene que ver con la instalación auténtica del pueblo en el poder descolonizado, tal como se expresara en la práctica sanitaria de Ramón Carrillo, consubstanciado como nadie en la historia de la salud del país, con una postulación nacional liberadora de toda significación colonial.

La integración señalada tiene que expresar tal estrategia, que lleva dos direcciones: la primera hacia la posesión del saber sanitario, con decisión popular y nacional y que se expresa sin dudas en las perspectivas que abre la consolidación de la práctica del sector público, con el de la seguridad social.

El aislamiento y separación de ambos sectores, la incongruencia histórica de los últimos veinticinco años, con el avance sostenido del sector privado, competitivo y lucrativo y expresándose en el desconocimiento del destino común de los subsectores públicos y de las Obras Sociales, forma parte del sombrío desencuentro de los destinos populares comunes, que se fomentaron arteramente, entre las grandes mayorías nacionales. Su reencuentro tiene que tener la característica de una disposición básica para armar la política social que disuelva la eficacia de los efectos que generan las determinaciones estructurales de excelencia.

La segunda de las estrategias se compone con la mayor intervención posible del pueblo, y sus inmediatos representantes, en la línea de poder edificante de esta integración. La salud pública, la del sector público y la de las Obras Sociales, confluyen en la necesidad de encontrar una filosofía nacional que las expresen siguiendo ese discurso germinal alberdiano que se ha señalado.

La integración debe unir requerimientos y también posibilidades, juntar frustraciones y desencuentros y garantizar en la autonomía de sus prácticas la unificación transformadora que el país está en condiciones de esperar. En ello tiene que consistir la definida estrategia popular, en su tendencia hacia el poder sanitario, venciendo la fragmentación cómplice del aislamiento sectorial, que esterilizó tantos esfuerzos anteriores.

Para esas prácticas hacia dicho poder sanitario, debe edificarse esa filosofía nacional. Ella debe ser la forma teórica que reviste en última instancia, el conflicto colonial señalado. Ser, de otra manera, la lucha de los sectores nacionales en la teoría, para enfrentar al sistema colonial; representar las posiciones nacionales en la teoría, es decir en las relaciones que tienen con las formas teóricas de las prácticas de los argentinos en el campo sanitario y a través de ellas, mostrar, entender y diseñar las formas más concretas de las prácticas político-sociales destinadas a la liberación del conflicto esencial del colonialismo.

La integración debe apuntar al poder real, al poder económico-social que avanzó en el sector, sobre los poderes políticos sanitarios y los convirtió en instrumentos formales para sus proyecciones. Allí estaban y siguen estando, también ocultos o mimetizados los poderes coloniales, mezclados con instituciones y empresas sanitarias apodadas como argentinas, que transnacionalizaron en gran medida al sector, sobre todo en estos últimos quince años. De aquí la necesidad de las luchas de los sectores nacionales en la teoría, para desbaratar al conflicto del colonialismo; de esta filosofía nacional surge en última instancia la lucha contra el sello de la colonia de la que hablaba Alberdi y del neocolonialismo del que se sufre su igual intensidad. El Alberdi joven...

La práctica sostenida por esa filosofía, por esa forma teórica en última instancia enfrentando a la colonización de la salud, solo consigue su estrategia transformadora si se recompone la práctica de la participación militante del pueblo y sus representantes más cercanos y genuinos.

Para implementar esta integración debe buscarse una efectiva funcionalidad de los recursos involucrados, no planteando una práctica exclusivamente dirigida a lograr el incremento de la eficacia funcional del sistema, o de acrecentar los niveles de la producción o simplemente de reconocer la ventaja en el enfoque del abordaje de la demanda.

No se trata en la integración, solo de producir más o de lograr mejores resultados en la utilización de la oferta. No se trata tampoco de nue-

vas localizaciones por la demanda, ni es un problema de organización administrativa para la salud, exclusivamente.

Se trata de construir una práctica sanitaria que responda a la teoría que el conflicto colonial diseña, una filosofía respondiendo a ese conflicto nuclear de nuestra historia. Se trata de estructurar, con la integración del sector público y el de las Obras Sociales, una fuerza distinta que movilice desde el derrumbe actual, nuevas energías transformadoras, integrando, uniendo con autonomía de los componentes, este es un secreto insoslayable, a esos sectores respaldados por el poder que pueden edificar la participación del pueblo en esa estrategia.

Aquí corresponde un reparo político indispensable: cada organismo de la integración, centro de salud, consultorio, hospital, laboratorio, hospital de día, etc., debe reformularse como organismo comunitario, mejor decir popular, con contralor, conducción y responsabilidad participativa de la población.

Este es el secreto teórico, evidente y difundible de la práctica integrativa: no hay salud de la comunidad, sino hay participación de sus integrantes en el poder y decisiones de la práctica sanitaria. Solo se logran los niveles esperados de la salud que requiere el pueblo, si se garantiza una práctica seria y sostenida de participación popular y de ninguna manera con el improductivo enfoque tecnocrático ni con el no menos ineficaz procedimiento o práctica autoritaria de las instituciones o de los organismos de la salud.

A tal conceptualización integradora, con disponibilidad para la restitución de la plena accesibilidad a la atención de la salud, hoy destruida, debe agregársele la utilización de un modelo prestacional de estricta racionalidad y oportunidad científica, que aleje toda prescripción de un espectro consumista, como el hoy alentado por los sectores dominantes y regule el peso de la oferta de servicios que tienen tendencia casi insalvable, a su propia sobreprestación.

Al modelo prestacional racionalizado elaborado con la participación

de todos los sectores, debe sumársele una política nacional de medicamentos y de la tecnología y equipamiento sanitario.

Es conveniente saber que estas racionalizaciones para el uso de prestaciones de atención de la salud, por sí mismas no conseguirán modificar el esquema médico, competitivo y lucrativo que se ha señalado. La racionalización tiene que insertarse en el seno de la transformación de las virtudes o eficacias de los efectos y componentes de las determinaciones dominantes, que como se ha ido desarrollando exige una definida política de descolonización social al tiempo que una estrategia sectorial que incluya en sus transformaciones a los sectores intervinientes, plantee la integración funcional del sector público y de la seguridad social, y garantice como práctica insustituible la participación del pueblo en el poder exacto de la problemática sanitaria.

La salud obtendrá el signo y sello nacional que debe buscarse, si en todos los ámbitos se producen las modificaciones estructurales que exige tal revolución sanitaria. Por eso ya está claro que estas modificaciones no son obra exclusiva de los médicos. Con ellos y así como se presenta su espectro profesional, la salud seguirá siendo un eslabón más de la cadena colonial. Esa cadena también tiene que ver con la formación técnica y científica de los mismos; con las influencias y determinaciones del poder sanitario de la sociedad competitiva, certeramente percible en la acción de las transnacionales del equipamiento y del medicamento y con los intereses ligados a los prestadores de atención médica que son en el país, en gran medida, los defensores de la situación existente y en la que desarrollan con apetencia sus negocios.

El cambio buscado requiere una teoría, aquello que se señalara como la filosofía, en última instancia, como conflicto colonial en la teoría, al tener en cuenta nuestros países de Sud América, como le gustaba designarlos a Alberdi.

Hemos señalado a la filosofía como intérprete del conflicto colonial en la teoría, y esto obliga a recordar una vez más, que ese conflicto re-

conoce un poder dominante duradero y para que ello sea posible ha sido necesario que ese poder vaya transformando su sentido represivo y violento de otros años en un poder aceptado, consensuado. En ese consentimiento cómplice es donde ha intervenido el juego de las ideologías, impuestas con desparpajo y seguridad por el poder dominante en todos los sectores comprometidos. Pero también en el consentimiento de sus integrantes, profesionales, entidades, confederaciones, colegios, etc., que asumieron esa ideología dependiente. Ese es el conflicto colonial, que la teoría política nacional debe destruir desde esa filosofía, como lucha anticolonial en la teoría.

Esa práctica también inserta tal teoría en el medio de la eficacia de los efectos de esa determinación colonial, y en este caso debe construir un esquema de oferta apropiada, adecuada al modelo que el país considere oportuno, exactamente disponible para una demanda programada sobre bases preventivas y la atención conveniente, en tiempo, lugar y modalidades, de los requerimientos espontáneos.

Pero es necesario advertirlo una y otra vez, el esquema integrador de la oferta que se ha elegido, tiene una exigencia insobornable, se trata de la participación popular en todas las esferas del poder sanitario y de las decisiones requeribles. La práctica político-social que ello significa, es la fuerza distinta que debe caracterizar a esta etapa de descolonización que el país debe estructurar.

Sin participación el modelo que brinda esta integración, se comportará como un simple ensayo tecnocrático, desvinculado de todo esfuerzo transformador y que volverá tarde o temprano a convertirse en una nueva frustración dolorosa y culpable.

Desde las Obras Sociales en poder de sus legítimos dueños, el sistema integrado reproduce en su seno un modelo de poder compartido, que debe transmitirse a todos y cada uno de los componentes institucionalizados del ejercicio de la práctica sanitaria. Cada una de las unidades de integración, desde el poder sanitario central, hasta la periferia más

alejada, es un campo operativo en el que debe ejecutarse esta práctica transformadora del pueblo, en reafirmación del sentido nacional de la filosofía en la lucha anticolonial.

Se sobreentiende de esta manera, que las Obras Sociales formarán parte del Sistema Nacional de Salud, como queda dicho, siendo agentes naturales del mismo, cumpliendo las políticas que el sistema que integran ha dictado para ambos sectores, unidos en esta estrategia sanitaria común.

Se busca en la integración el cumplimiento de una política nacional que brinde un sistema de cobertura universal, participativa y de administración autárquica, que a su vez garantice el ejercicio de una apropiada conducción, contralor y supervisión por parte de la comunidad comprendida en sus objetivos, afianzando el sentido de solidaridad nacional.

El sistema debe contar con entes de conducción por cada nivel de acuerdo de integración (nacional, provincial, municipal, local...) que haya producido tal entendimiento y que asegure esa postulación participativa, que se constituirá en la variable distintiva del mismo, con el respaldo del Estado en su papel regulador y garante de la operación.

Esta práctica participativa constituye la experiencia de mayor trascendencia y también complejidad, que le debe ocurrir a la democracia argentina para poder servir a esa filosofía descolonizadora. La elaboración de sus métodos operativos, de sus intenciones y praxis concretas, de sus ejercicios dinámicos de vitalidad participativa del conjunto social y especialmente de la producción de acciones destinadas a evitar la inexorable presencia de la burocratización para sus procedimientos y reglas de uso del poder popular compartido, serán las grandes y pesadas tareas que serán necesarias desarrollar para cumplir con los objetivos liberadores que el campo sanitario tiene que producir.

Ese campo de la atención de la salud, ofrece como pocos grandes posibilidades para esas prácticas participativas, que deben llegar mucho

más allá de la simple intervención en las soluciones coyunturales de las prestaciones inmediatas y apuntar a la hondura de su meta, es decir a participación en el poder y entre iguales, sin distinciones de ideologías dentro del campo nacional, ni de profesionalidades.

Es una tarea de enorme significación y también repleta de escollos, frenos y de trampas. Pero no hay alternativas intermedias para la filosofía del conflicto colonial en la teoría, que en última instancia requiere Argentina para su salud organizada e independiente. La participación del pueblo, con tal sentido político anticolonial, es el nuevo nombre de la praxis social para la salud de la comunidad nacional.

En la integración propuesta, las Obras Sociales estarán asimismo en condiciones de replantear y reformular aspectos básicos de la eficacia de los efectos, como por ejemplo el sistema de pagos de las prestaciones, decidiendo en un plazo prudencial la abolición de los modelos lucrativos que como el pago por acto médico y aun el pago por cápita, han contribuido en buena medida al derrumbe del sistema.

El objetivo sobre este particular es que en ese plazo prudencial las Obras Sociales deberán contar con recursos sanitarios propios, para cumplir con sus objetivos en la Atención de la Salud a sus beneficiarios. Se trata de contar con los recursos humanos y la capacidad instalada que sean necesarias para esa atención.

Para cumplimentar con esta exigencia de política de salud, cada Obra Social podrá desarrollar su propia capacidad operativa, buscar la integración con las otras Obras Sociales que cuenten con capacidad propia ociosa, así como también contribuir a la constitución de entes o asociaciones de Obras Sociales que cuenten con capacidad propia ociosa, así como también contribuir a la constitución de entes o de asociaciones de Obras Sociales con recursos propios compartidos, como asimismo en directa o compartida integración con el sector público nacional, provincial o municipal.

Esta política integradora tendiente a darle respuesta a una de las exi-

gencias fundamentales del Sistema de la Seguridad Social, comprometido con la creación de recursos propios, tiene múltiples alternativas para su cumplimiento. Las estrategias adecuadas para esta finalidad, son una clara función del Consejo Nacional de Salud, que además define con la misma vocación integradora y señala una tendencia decidida hacia los cambios exigibles en la filosofía indicada.

Pero esta misma práctica integradora incorpora una nueva y fecunda función para el Instituto Nacional de Obras Sociales que las nuevas disposiciones legales deben restituir. Se trata de que el Instituto, cuando la integración resulte de difícil o imposible realización por los caminos de las Obras Sociales deberá hacerse cargo de esa misión de crear los recursos integrados que conduzcan a esta nueva modalidad del ejercicio compartido para las prestaciones asistenciales despojadas de toda vinculación competitiva y lucrativa.

Es necesario indicar que en este Sistema Nacional de Salud, las Obras Sociales tienen autonomía técnico-administrativa, en el marco de la política nacional elaborada con su participación. Desaparecen de sus órganos de conducción toda intervención del Estado y de los sectores empresarios. Cada Obra Social será gobernada por los trabajadores que la constituyen, estableciéndose para la elección de los miembros de los Consejos de Administración respectivos, la votación directa y secreta por los afiliados componentes del padrón de la Obra Social, en un acto eleccionario convocado al efecto. El perfeccionamiento del sistema y la calificación política de los miembros del poder de conducción de las Obras Sociales, será tarea exclusiva de los propios trabajadores.

El Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) recupera su papel de autoridad de aplicación del Sistema de las Obras Sociales y obtiene el de aplicación del Sistema Nacional de Salud, en área de las Obras Sociales.

Para conducirlo, su directorio estará integrado en su totalidad, por representantes elegidos por el voto secreto, directo y en elección nacional, por los afiliados a todas las Obras Sociales del Sistema.

En su ámbito funcionará bajo su administración el Fondo Nacional Solidario de Obras Sociales integrado con recursos correspondientes a las contribuciones y aportes de ley de las Obras Sociales, de los recursos de distinta naturaleza determinados por otras leyes, decretos, convenciones colectivas de trabajo u otras disposiciones particulares, multas, rentas de inversión, etc.

Con ese Fondo el INOS brindará apoyo financiero a las Obras Sociales componentes del Sistema que lo requieran justificadamente; contribuirá a desarrollar la capacidad instalada del Sistema; desarrollará las Asociaciones de Obras Sociales que se consideren necesarias, así como colaborará estrechamente con los procesos de integración que se han mencionado.

Debe repetirse que las prestaciones de salud que brinden las Obras Sociales estarán basadas en un modelo prestacional programado y que será definido por el Consejo Nacional de Salud, basado en la racionalidad científico-social, en la planificación apropiada de la oferta y la demanda de salud, con la preferente estrategia de la Atención de la Salud en el primer nivel, la descentralización operativa del Sistema y la utilización de recursos propios para cada Obra Social, de las integradas entre ellas en los entes creados al efecto, en los correspondientes al sector público integrados al Sistema y a los propios de dicho sector público.

Dos condiciones para la transformación

En este esquema político que se auspicia para el sector sanitario, destinado a producir una estrategia válida para modificar seriamente la eficacia de los efectos que genera la determinación dominante en la problemática de la salud, debe reafirmarse la medida esencial de la participación popular en todos los niveles del desarrollo de dicha estrategia.

Es esa la práctica distintiva de este período histórico que los pueblos colonizados tienen que ejecutar, sabiendo asimismo que también entre nosotros el Estado ha servido para reforzar el poder dominante del que

forma parte, en todas las áreas susceptibles de creación social.

Pero el aparato de ese Estado colonizado no funciona eficientemente y llega a producirse el derrumbe del Sistema sanitario, porque la asignación de prioridades que elige el poder dominante, relega casi hasta la desaparición, a toda posibilidad de apoyo a los requerimientos de las grandes mayorías populares. De esa manera el Sistema de la Salud Pública y especialmente en lo que hace al funcionamiento de los hospitales públicos y los organismos de atención de la salud ambulatoria, vieron diezmados sus recursos por las disposiciones de su poder dominante, que priorizaron la apropiación indebida de la riqueza nacional por parte de la banca acreedora, de los grupos financieros internacionales y de los grupos económicos nacionales que son sus aliados coloniales.

Ese derrumbe del sistema sanitario se produce lejos de toda vinculación de responsabilidad para con los trabajadores. Ellos en definitiva han visto sucumbir a sus fuentes de trabajo, acrecentarse en forma despiadada la desocupación y por lo tanto destrozarse las instituciones de la salud, como las Obras Sociales, los establecimientos asistenciales, sus herramientas de protección y cobertura para la salud, ajenos a sus perspectivas potenciales de capacidad para evitar el desastre.

El Estado dominado por las determinaciones de excelencia, no le sirve a los trabajadores, menos aún en el campo de la salud y no tiene sentido salir a su conquista como tal, para quedarse con un trozo de poder político que va a convertirse en una equivalencia del poder que sirve a las clases argentinas dominantes. Ese es el poder colonizado que han conducido al derrumbe y es necesario delimitarlo y reconocerlo con perfiles claros y con exactitud científica, para no cometer el error de considerarlo el objetivo fundamental de toda estrategia transformadora.

En tal entendimiento la praxis política de la participación popular en el campo de la salud, se dirige con sustento teórico, con un necesario fundamento filosófico nacional hacia un proyecto común. Tiene que hacerse como vocación voluntaria, independiente y colectiva, pero sos-

tenida por un encuadre teórico preciso como proyecto estratégico de la Nación participativa, de elección decidida para las mayorías, con sentido político nacional por la cosa común a los argentinos, en la conquista del poder del Estado recuperado para el país.

Para ello, para poder producir la transformación básica de la política sanitaria del país, deben admitirse al menos dos condiciones que involucren a esas prácticas políticas que no pueden perder de vista el papel exigible para la modificación de las relaciones sociales vigentes en la sociedad colonizada.

La primera condición, es el reconocimiento al lado de la estructura funcionante del Estado, también para la salud, de organizaciones políticas que son parte de ese Estado o que lo cuestionan, tanto en sus funciones y resultados como en sus intenciones esenciales.

En ese orden, debe observarse la presencia de organizaciones políticas de trabajadores, como también la de las asociaciones limitadas a los prestadores de acciones sanitarias, generalmente lideradas por profesionales de la salud y por empresarios responsables de la propiedad y conducción de los instrumentos prestacionales, como son las clínicas, sanatorios, los establecimientos asistenciales concentradores del equipamiento de alta complejidad, así como también los dueños o representantes de los capitales de la industria farmacéutica.

La segunda condición, debe considerársela como una revelación insustituible para el conocimiento de la práctica del pensamiento sanitario que plantea las transformaciones. Se trata de comprender la evidencia de la infiltración de la práctica política, ideológica, en la problemática de la salud, en toda praxis de producción sanitaria.

La salud deja de ser considerada como un campo puro de la especificidad científica, para involucrarla, sin atenuantes, en términos de vinculación inseparables entre política y economía. La ciencia de la salud es una resultante también involucrada en tal articulación.

En la primera condición, las organizaciones empresariales que inte-

resan en la salud, han contribuido al lado del Estado, como parte del Estado, a su organización como grupo dominante y el Estado a su vez les ha otorgado gran parte del poderío que asumen como grupo dominante para el sector salud.

Estas organizaciones del equipamiento, de los medicamentos, de las clínicas y sanatorios, han formado parte del grupo determinante y desde el mismo, desde su propia condición funcionante, han condicionado a los ejecutores de las prácticas sanitarias, como eslabones dirigidos, para el cumplimiento de metas y objetivos que hacen a los requerimientos de esas empresas.

Pero han desarrollado una inteligente tarea de ocultamiento y disimulación pública. Formando parte del poder dominante que el Estado personaliza, esas organizaciones mercantiles esfumaron su presencia, casi como una actitud de prudente defensa.

Para disimular su peso en el poder sanitario y su compromiso con el poder global, con el poder que edifica las combinaciones exigibles para que las fuerzas productivas generen las relaciones sociales existentes, han entregado su protagonismo visible, a las organizaciones profesionales de la salud, que aparecen así, como las personalizaciones colectivas del poder vigente en el campo sanitario.

Desde esta asociación político-económica que dicta el ejercicio del poder, Estado y organizaciones empresariales rigen determinante el sentido de las prácticas políticas, científicas y técnicas de las agrupaciones de los profesionales de la salud, convertidas por expresa delegación del genuino poder sanitario del Estado-Empresarios de la salud, en los sectores responsables de los resultados de la eficacia de los efectos.

Son complejas e infinitas las influencias determinantes que ponen en funcionamiento los componentes del poder sanitario. Sobra con mencionar la organización misma del sector, sostenida por la supremacía de sus propios intereses, defendidos también por innumerables decisiones,

que como todo marco mercantilizado, favorecen sus objetivos.

En esa organización ha estado ausente toda posibilidad de intervención verídica de la población para decidir o contribuir a decidir sobre sus requerimientos y expectativas. La comunidad es la que tiene los problemas de salud, la que contiene sus dolores y enfermedades. Pero precisamente ella no decide sobre sus necesidades en la atención de la salud.

Se instala en las organizaciones interesadas en la problemática sanitaria, una solemne e indiscutida concepción lucrativa para todas las operaciones del sistema, basadas en un entendimiento capitalista de la producción en la atención de la salud, apoyadas por las decisiones del Estado-Empresas involucradas, sobre el modelo prestacional consumista y mercantilizado; por un esquema tecnológico válido para la producción de los bienes empresariales, cuyo ejemplo más despiadado es el equipamiento de alta complejidad y de utilización de los productos de la industria farmacéutica. También se involucra en ese modelo, la imposición de trazados científicos y pedagógicos en la formación de los recursos humanos, solo compatibles con el rendimiento esperado para cada uno de los productos comerciales que particularmente las empresas transnacionales ubican en el mercado de la salud.

En este último aspecto resultan de un convencimiento sobrecogedor, las identificaciones de las Escuelas de Medicina de los Estados dependientes, con dichos intereses comerciales. En esas escuelas, públicas o privadas, se gesta el comienzo de la cadena productiva, que bajo la seducción de la ciencia pura, de la medicina en sí, como sacerdocio immaculado, cada componente de sus cuerpos docentes, en su gran mayoría, van consolidando, consciente o involuntariamente, el ámbito de la determinación necesaria para componer la teoría científica de la Atención de la Salud impuesta para dicha dependencia.

Allí comienza el desplazamiento simulador que se ha mencionado. La teoría científica de la medicina que se propaga en dichas escuelas, cuya verdad está en otra parte, lejos de la aparente ubicación lineal del acon-

tecimiento científico en sí mismo, de la simple relación causa-efecto que sirve para dicha simulación, ocultando la génesis de los mismos en la complejidad de los intereses directos del poder dominante, va produciendo los profesionales individualistas, mediatizados y programados para el cumplimiento de su destino, consolidándolos en la búsqueda de una alta e indiscutida eficacia pragmática.

Así se conforma el recurso humano que otras fuerzas diseñan, en el encubrimiento de las causales estructurales que condicionan la eficacia de los efectos y para lograr el cumplimiento de los propios intereses comerciales y de dominio en el poder de la sociedad colonizada. Ese recurso humano fue modelado para consolidar y ensanchar la dimensión de la dependencia, es uno de los elementos que componen la cadena dependiente, escondida en el seno del fetichismo idealizado de sus humanitarias y poéticas funciones.

La práctica profesional complementará el destino dependiente de la fuerza productiva de ese recurso humano. Se irá edificando la estructura sanitaria simulada, aparente, para esconder el modelo cautivo, precisamente desde la praxis del esquema diseñado por las otras fuerzas, las del poder dominante. Ellas son parte de la composición de las determinaciones de excelencia, que indican las proyecciones que en la problemática sanitaria deben seguirse.

Como queda dicho anteriormente, se sumaron los esquemas competitivos de la libre elección del médico, de la libertad de prescripciones, de las retribuciones comprendidas en el pago por acto médico, en los modelos por capitación y en fin, en la supremacía operativa de la oferta sanitaria por encima y con ajenidad a toda formulación o requerimiento de la demanda.

Al igual que en todo régimen capitalista, de competitividad despiadada, la oferta genera y condiciona a la demanda y en este caso de la salud, la somete a una flagrante dependencia. La demanda, es decir, la población necesitada de defender o reponer su salud, solo le queda la

alternativa en este esquema de Estado colonizado, con el indiscutible poder en manos de los empresarios transnacionales y sus agentes nacionales, de pagar y recibir las prestaciones en la justa medida que dicta tal poder dominante.

Ese poder ha producido el desplazamiento ejecutivo de sus designios, hacia la gran mayoría de las entidades profesionales que sirven, como socios pobres, a ese trazado de la oferta.

Colegios Profesionales, Federaciones, Confederaciones, Agremiaciones, Círculos, en fin, las organizaciones de los profesionales de la salud, sirviendo al esquema sanitario impuesto y especulando con su papel delegado por el poder genuino, ejercitan sus prácticas con similar intención, que aquellas tareas que ejecutaron las autoridades coloniales en las tierras conquistadas. Lo hicieron con todo el rigor que les era impuesto por ese poder determinante de las metrópolis, sin ahorrar vidas o sufrimientos, dando cumplimiento a las directivas que aseguraban la sobrevivencia y desarrollo del régimen que denunciara Alberdi, el joven Alberdi...

Como en tal caso, los entes profesionales de la salud, garantizan la libertad del ejercicio de la oferta, de la que son sus representantes de oportunidad, sometidos a las determinaciones económico-sociales que ese poder exclusivo perfila para el cumplimiento de sus proyecciones.

No hay Colegios, Confederación o Federación y etc., de profesionales, que sea dueña de su propia hegemonía. Esta le es impuesta por el trazado predominante de Estado-empresarios, vale decir y en nuestro caso, por el Estado como organización mediatizada y programada. Este Estado solo conduce al esquema a imponer, que le señalan los grupos dominantes, asumiendo el papel del Estado capitalista y de su aparato jurídico, cultural, científico, etc. que impregna y condiciona a esas organizaciones profesionales.

Ellas consolidan las prácticas competitivas que se exigen para el sector de la salud. Fueron ejecutoras y resulta el respaldo, con tintes de

conducción de celosos y útiles gendarmes, de las políticas capitalistas que trazaba y sigue trazando el poder oculto del genuino dominio.

Lo hacen, las organizaciones profesionales, desde el fetichismo a la impostura de su hegemonía y con el celo despótico de la predominancia petulante que utilizan los subalternos, embriagados del poder ajeno, concedido solo para que sus prácticas ejecuten el programa delineado por otros y hasta sueñan mágicamente que le es propio.

Así logran sus ventajas, apenas restos escasos de las ganancias del poder transnacional sanitario, pero de todas formas diferencias considerables con las reparticiones del producto social que le corresponden al pueblo y los trabajadores.

Esos entes profesionales, con excepciones, con algunas pocas excepciones, aplicaron con exactitud el modelo dependiente prestacional, en un ejercicio encuadrado en la competitividad productiva, buscadora de lucro como corresponde a la sociedad mercantilizada. Cumplieron con las reglas indicadas, hasta la exageración. Creyeron en sus resultados, confiados en los beneficios inmediatos que tales reglas les propiciaban.

En buena medida esos entes profesionales creían que sus beneficios eran el producto de los esfuerzos personales de sus miembros, de sus habilidades prestacionales, de sus perfeccionamientos técnicos y científicos, en fin, del brillo y desenvolvimiento acelerado de una profesión médica y que en estos lugares parecía no tener límites para su desarrollo, en ese esquema individualista lucrativo y competitivo que habían aceptado y defendido

El gran error histórico cometido por esos Colegios, Confederaciones, Federaciones, Círculos, Agremiaciones, Asociaciones, consistió, tanto como en ser ejecutores de ese modelo extraño y colonizador que ni siquiera le era propio, en desconocer los requerimientos y necesidades de las grandes mayorías de la población, alejarse de tales mayorías de trabajadores y enfrentarlos con sus exigencias e intereses, sin comprender que así servían y servirán al esquema dominante del que fueron solo

tristes subalternos custodios, destinados finalmente a ser devorados por sus mandantes.

Es fácil entender que este divorcio de las entidades profesionales de la salud, con los trabajadores y la población que querían edificar nuestro propio sistema sanitario, autónomo y soberano, fue inducido por esos poderes dominantes. Es así, y de cualquier forma, esta situación vuelve a repetir el frecuente papel claudicante que en el mundo colonizado juegan las clases dependientes. Con excepciones, es cierto, pero en su mayoría, las universidades articuladas con el poder, produjeron los exactos profesionales que el coloniaje requería para su persistencia y acrecentamiento. Ellos fueron y son los productos que en gran mayoría condujeron y conducen los organismos profesionales que cumplen esa función cautiva que tanta identificación sumisa expresan a dichos trazados colonialistas.

La tragedia de esos Colegios, Confederaciones y etc. consiste que cuando se agota el modelo de acumulación capitalista que el poder ha puesto en vigencia, ni siquiera las perversas prácticas de sobrevivencia que toleran esos organismos profesionales, pueden salvarlos. Sus destinos terminan ligados al derrumbe.

Este es el momento que viven a menos de diez años de concluir el siglo, tales entes profesionales. El reordenamiento capitalista envuelve a su quehacer y ya no alcanzan sus mezquinos esquemas sectoriales de salvación, ni todas las perversidades y transgresiones al sistema que sus integrantes realizan para proveer a su individual salvataje y que dichos entes han tolerado, en conductas simplemente delictivas. No todos.... pero...

El derrumbe institucional se produce con inexorabilidad, acompañando a la destrucción del sistema sanitario. Están envueltos en la condición colonial que ellos desconocieron o negaron desde el fondo de su historia. Ya no les sirve el desplazamiento simulador que hiciera en tiempos mejores, el poder dominante que los eligiera como aliados so-

metidos. Ahora llega una época de dura prueba y paradójicamente para sus integrantes, su destino estará unido sin concesiones y en última instancia, a las perspectivas de las fuerzas nacionales.

Estas, desde los trabajadores, deben empezar a reconstruir el esquema independiente de la salud, alejado de la eficacia de estos efectos del poder determinante. De la participación, al lado de las fuerzas populares y nacionales, entroncadas en sus raíces históricas, depende la suerte inmediata de Colegios, Confederaciones, Federaciones, etc. de profesionales de la salud.

Los trabajadores han sido, desde la consolidación de sus organizaciones sindicales, los que han cuestionado al Estado dominante que no permitió el desarrollo de las exigencias del pueblo en materia de salud. Las otras organizaciones, estas de los profesionales, de los empresarios prestacionales y de los capitales transnacionales de la tecnología y los medicamentos, en no pocas veces con la complicidad de dirigentes de los trabajadores venales y burocratizados, sirvieron al Estado dominante que era parte de ellos, para lograr sus objetivos.

Ahora se trata de la transformación de esas metas que incluye la modificación de ese Estado y de las organizaciones técnicas y profesionales que le han servido para ejercer su poder excluyente.

Llegamos así al componente de la segunda condición que como se ha dicho revela la penetración de la práctica política en el campo sanitario y por lo tanto tiñe con la ideología y teoría que sostiene a dicha práctica, toda la actividad y los resultantes de esa problemática.

Para localizarla con especificidad puede señalarse que esa práctica política sanitaria se expande por completo en el funcionamiento del Estado. Allí se comprobará que no puede haber presencia histórica para la práctica sanitaria fuera de las condiciones concretas determinadas, es decir, el Estado, sus expresiones materiales del aparato estatal funcio- nante, desarrolladas y especializadas por la sociedad capitalista.

La política que se impresiona con el Estado, pero que a su vez impregna al Estado, para buscar la transformación del campo sanitario, solo puede esperar del pueblo y particularmente de los trabajadores organizados, esa es la experiencia argentina, la elaboración de una nueva y distinta política.

Se trata de esperar de la práctica de los trabajadores y del pueblo asociado a sus estrategias, una nueva práctica sanitaria, sostenida por una filosofía que no puede ser otra cosa que la política sanitaria, en la teoría de la transformación. Los trabajadores, cuya tarea histórica ha conducido a una nueva práctica de la política sanitaria, deben profundizar su experiencia y utilizar todas las vías que puedan ser eficaces para introducirse en el espacio del Estado y de los instrumentos de dicho Estado.

Ese debe ser el objetivo de la nueva política, impregnar a los resultados de la eficacia de los efectos que produce el poder dominante. La penetración en el campo del Estado, que deben producir los trabajadores para forjar su política, su nueva práctica política, tiene que elaborarse desde su propio fundamento de clase y de consolidación de estamento social, que no puede dejar nunca, para conseguir modificar las condiciones del poder dominante. Ese será otro Estado, aquel que logren componer los trabajadores, con su penetración constante hasta las fuentes del poder verdadero.

Planteadas esa nueva práctica política en el seno mismo del aparato del Estado, o de sus instrumentos alternativos, como queda indicado para el Sistema Nacional de Salud, en su Consejo Nacional, o en el Sistema Nacional de Obras Sociales, los trabajadores pueden modificar esa eficacia de los efectos, desde sus componentes, con las mismas armas que utilizara el Estado dominante, pero asimismo con los instrumentos diferentes, que como el de la participación militante, nada tiene que ver, ni deberle, al aparato de los grupos hegemónicos dominantes. Allí podrán reubicarse las Federaciones, Colegios de profesionales, etc. que recompongan la propia eficacia de sus efectos.

Los trabajadores y sus aliados incondicionales reclutados en el seno del pueblo, en las mayorías comunitarias, producen esa política sanitaria diferenciada, dirigiendo sus prácticas hacia el poder del Estado, para conquistar paulatinamente sus diferentes niveles y luego llegar como válidos productores de la nueva política, a la obtención científica de ese poder sanitario. La solidez de esa conquista exige denominaciones científicas para detentar el poder.

Estos trabajadores están en las mejores condiciones para lograrlo, porque ejercitan su obtención, sobre sus propios objetivos transformadores y con sus métodos de aplicación práctica de su política creadora. Tienen en su metodología una independencia potencial, que es la fuerza germinal para la profunda transformación esperada.

Observemos que desde esa penetración al Estado, en el Consejo Nacional de Salud y desde el Instituto Nacional de Obras Sociales y todos sus organismos posibles, se podrán introducir las modificaciones de dos direcciones que se complementan y potencian. Se trata de resultados complejos, que puede producir la nueva práctica política, si efectivamente se efectúa con la precisión y seguridad de la teoría empujada desde la base conciente del poder de estamento social transformador.

Por un lado se resentirá el poder dominante del Estado y en alguna de sus partes se percibirá un susurro distinto, que alejará la rígida hegemonía, hasta ahora inmovible, de ese poder dominante. Se incluyen nuevos susurros para la modificación del poder.

En otro sentido, se podrá constituir en el interior de los instrumentos, o del aparato del Estado, una nueva forma de política orientada y conducida por los trabajadores, desde las condiciones de sus conflictos de clase y apuntando sin dilaciones a la modificación del Estado dominante.

Ambas direcciones, en la complejidad de sus objetivos y en la no menor complejidad de sus resultados parciales, se complementarán y potenciarán mutuamente, pero será inevitable que esa segunda dirección, la de la nueva forma de política orientada, conducida y protagonizada

por los trabajadores, represente la vectorialidad original, inscrita desde la historia sanitaria argentina y dispuesta positivamente para transformar al Estado colonizado.

Al menos, esa dirección le otorga a los trabajadores medios para su lucha y ellos son esenciales para modificar, en última instancia, las relaciones sociales que comprometen la inequidad del sistema sanitario, también enfocado para ser reformulado con seriedad y valentía.

Esta recreación del Sistema de Atención de la Salud, forjada en las condiciones mencionadas, acuna una vocación política de justicia, ligada a nuestra historia popular, la misma que impulsa la renovación constante de la práctica política de los trabajadores.

Dicha práctica puede buscar en la lírica coloquial de ese infinito poeta que fue Juan L. Ortiz, no solamente sus variaciones del dolor o del goce de la belleza, que también están presentes en toda praxis de transformación creadora, sino también y especialmente el augurio de tiempos que vendrán. Juan L. lo dice con la sencillez intuitiva del poeta eterno, ese que predice la revolución posible:

Un día
los frutos de la tierra
y del cielo, más finos
llegarán a todos
a todos, a todos...

Puede decirse sin desmesura; solo se trata de seguir construyendo, como los trabajadores, la nueva práctica política que inundará el nuevo siglo.

Bibliografía

- Abadié, J. (1988). Alternativas de organización de la Atención Médica. *Cuadernos Médico Sociales* (43).
- Alberdi, J. B. (1895). *Escritos Póstumos*. Tomo I. Imprenta Europea.
- Alberdi, J. B. (1984). *Fragmentos preliminares al Estudio del Derecho*. Biblos.
- Begniss, J. S. (1988). Causas del médico y no causas médicas. *Clarín*.
- Bobbio, N. (1985). *Estudios de historia de la filosofía*. Editorial Debate.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Carrillo, R. (1949). *Política Sanitaria Argentina*. Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Carrillo, R. (1951). *Contribución al conocimiento sanitario del Hombre*. Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Carrillo, R. (1974). *Teoría del Hospital*. Obras Completas. Tomo I. Eudeba.
- Chávez, F. (1977). *Historicismo e Iluminismo en la Cultura Argentina*. Editora del País.

- De Regt, R.; Minkoff, H.; Feldman, J. y Schwart, R. (septiembre de 1986). Relation of private or clinic care to the cesarea birth rate. *The New Englands Journal of Medicine*, 315(10).
- Eco, U. (1985). *El nombre de la Rosa*. Editorial Lumen-De la Flor.
- Ferrara, F. (2025). *Teoría social y salud*. Obras Ferrara, vol. 1. Editorial UNAJ.
- Ford, A. (1987). *Desde la orilla de la ciencia*. Puntosur.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. La Piqueta.
- Foucault, M. (1984). *Un diálogo sobre el poder*. Alianza.
- González García, G.; Abadié, P.; Llovet, J. J. y Ramos, S. (1987). *El gasto en salud y medicamentos*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Gramsci, A. (1960). *El Risorgimento*. Juan Pablos Editor.
- Guariglia, O. (1986). *Ideología, verdad y legitimación*. Editorial Sudamericana.
- Isuani, E. y Mercer, H. (1988). *La Fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Centro Editor de América Latina.
- Jouval, H. (1988). Situación del sector prestador de servicios médicos asistenciales. En *Infraestructura de servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación n° 6.
- Katz, J. y Muñoz, A. (1988). *Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad*. Centro Editor de América Latina.
- Lauro, A. (22 de abril de 1990). Cuadro de situación. *Clarín*.
- Mera, J. A. (1988). *Política de salud en Argentina*. Hachette
- Neri, A. (1982). *Salud y Política Social*. Hachette.
- Parsons, T. (1984). *El Sistema Social*. Alianza.
- Piglia, R. (1988). *Prisión perpetua*. Editorial Sudamericana.
- Reale, A.; Laspiur, J. y O'Donnell, J. (1988). El Nomenclador nacional. *Medicina y Sociedad*, 1(1).

- Revault D' Allonnes, O. (1970). Michel Foucault: las palabras contra las cosas. En Pierre Burgelin y otros. *Análisis de Michel Foucault*. Tiempo Contemporáneo.
- Rosen, G. (1985). *De la política médica a la Medicina Social*. Siglo XXI.
- Tizón, H. (1988). *El hombre que llegó a un pueblo*. Legasa.
- Vinocur, J. y Monti, C. R. (Sept- oct 1987). La frecuencia de las cesáreas. *Medicina y Sociedad*, 10(5).
- Yudkin, P. L. y Redman, C. W. (febrero de 1986). Caesarean Section Dissected 1978-1983. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

Índice

Prólogo

Daniel Gollán5

La vigencia de Floreal Ferrara y ATAMDOS3

Vicente Ierace 13

Abordando la salud 17

La práctica médica y otras diferencias 17

Llega el tiempo de las diferencias.....22

El demonio de la otra diferencia29

Otra complejidad: la trama sanitaria.....32

Otra particularidad interpretativa.....47

La medicina y el poder 51

De la acción al control social68

El sistema de poder parsoniano 81

Práctica médica y desviación normativa86

Una filosofía de la empiria 102

En la red de la marginalidad	112
Los abogados de los pobres	123
Metafísica de la funcionalidad.....	134
Un edificio social que se desmorona.....	158
Ponderando la reposición social.....	192
La ideología no sepulta la historia.....	204
Obras Sociales.....	225
Las obras sociales, o los suburbios del catecismo.....	225
Distribución del ingreso	235
La ambigüedad de otras palabras.....	242
Otros suburbios del catecismo.....	254
Otra vuelta a la metáfora de los tahúres.....	270
Una tristeza primitiva	300
Reconociendo la realidad de nuestra tristeza	308
Las palabras de la práctica social.....	325
Un Ejemplo Desencantado.....	359
Volviendo a la estrategia irremplazable.....	375
La realidad como verdad transformable	389
La virtud de los efectos	402
Disparando sobre la eficacia de los efectos	409
Dos condiciones para la transformación.....	425
Bibliografía	439

OBRA FLOREAL FERRARA

1. Teoría social y salud (1985)

2. Teoría política y salud – Tomo I (1992)

3. Teoría Política y Salud – Tomo II (1993)

4. Teoría Política y Salud – Tomo III (1995)

5. Corrupción y salud – Tomo I (1998)

6. Corrupción y Salud – Tomo II (1998)

7. Teoría de la verdad y salud, 2009

8. Teoría del antagonismo y salud, inédito

