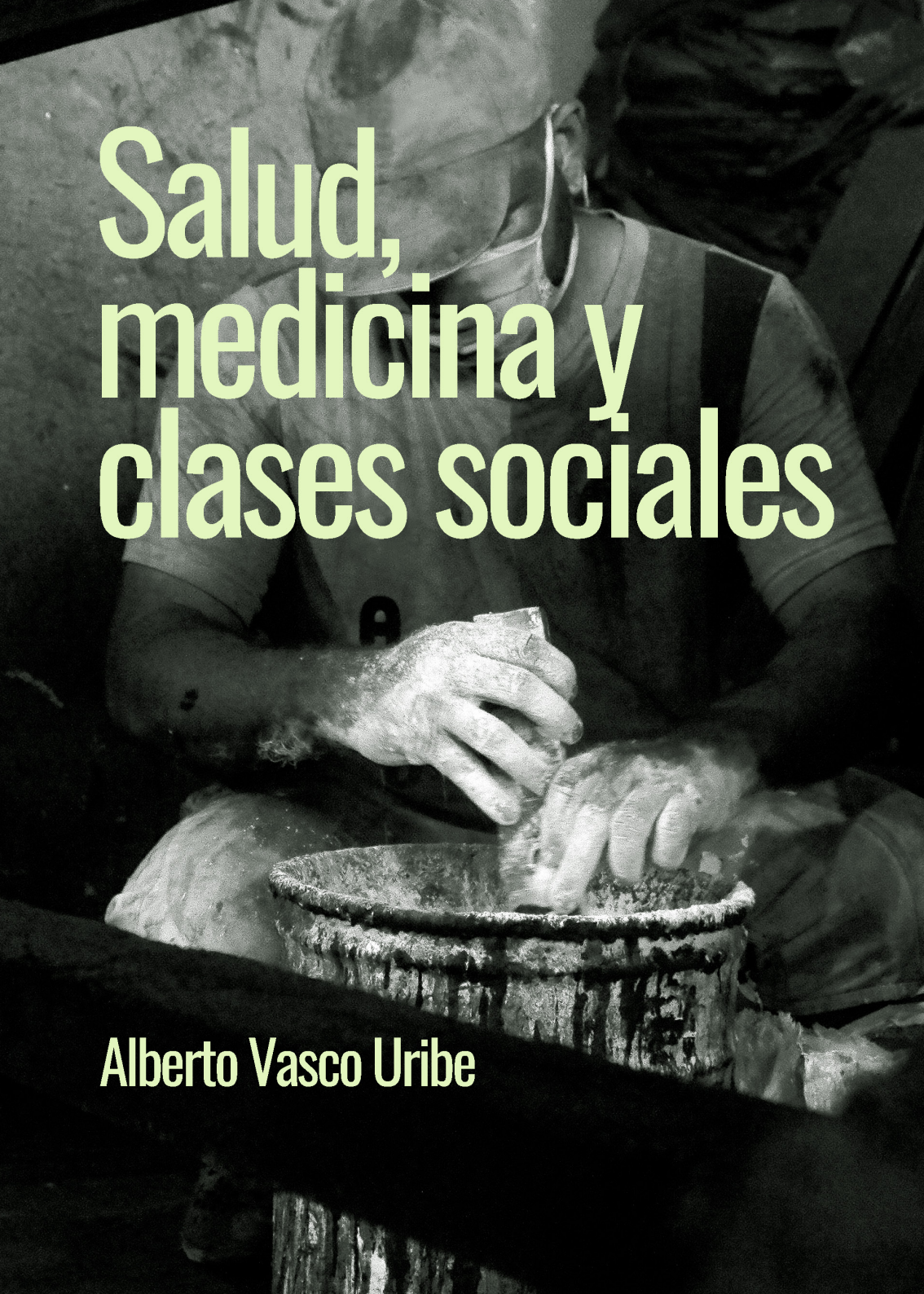




Salud, medicina y clases sociales

Alberto Vasco Uribe

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO

54. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*
Eduardo L. Menéndez, 2025

53. *Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*
Susana Belmartino, 2024

52. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*
Susana Belmartino, 2024

51. *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*
Mario Bronfman, 2024

50. *Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*
Rita Barradas Barata, 2024

49. *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

48. *Teoría social y salud*
Floreal Antonio Ferrara, 2024

47. *Historia y sociología de la medicina: selecciones*
Henry E. Sigerist, 2024

46. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*
Sandra Caponi, 2024

45. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

44. *Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*
Eduardo L. Menéndez, 2024

43. *Participación social, ¿para qué?*
Eduardo L. Menéndez,
Hugo Spinelli, 2024

42. *Teoría social y salud*
Roberto Castro, 2023

41. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

40. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*
Naomar de Almeida Filho, 2023

39. *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*
Mario Testa, 2023

38. *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*
Gregorio Kaminsky, 2023

37. *De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*
Maria Cecília de Souza Minayo, 2023

36. *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*
Eduardo Bustelo, 2023

35. *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*
Rosana Onocko Campos, 2023

34. *Introducción a la epidemiología*
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

33. *Investigación social: Teoría, método y creatividad*
Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora),
Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

32. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*
Patricia Aguirre, 2023

31. *pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*
Martín Domecq, 2022

30. *Hospitalismo*
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

29. *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*
Madel T. Luz, 2022

28. *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*
Giovanni Berlinguer, 2022

27. *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*
Viviana Martinovich, 2022

26. *Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

25. *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

“Ver Colección cuadernos del ISCo
(Continuación)”

Salud, medicina y clases sociales

Alberto Vasco Uribe



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Vasco Uribe, Alberto

Salud, medicina y clases sociales / Alberto Vasco Uribe. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2025.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo ; 55)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-84-1

1. Atención a la Salud. 2. Clases Sociales. 3. Medicina Clínica. I. Título.
CDD 610.7

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Clásicos*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki, Mariano Vigo Deandreis*

Coordinación editorial de esta obra: *Giovanni Apráez Ippolito*

Ilustración de tapa e interiores: *David Moran, Natalia Schuchardt*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Carina Pérez*

Diagramación: *Ivana Baldi*

Edición 1975. Medellín: La Pulga

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-84-1

DOI [10.18294/9789878926841](https://doi.org/10.18294/9789878926841)

Agradecemos a la familia de Alberto Vasco Uribe, en especial a su hijo, Federico Vasco García, por autorizar la publicación de este libro, así como al profesor José Pablo Escobar Vasco por su apoyo durante el proceso de selección del material. Hacemos también extensivo el agradecimiento al profesor Tiberio Álvarez Echeverry y a Gabriel Jaime Otlavaro Castro quienes compartieron gentilmente diversos materiales.

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNP-CyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva Edificio "Leonardo Wertheim", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.



Alberto Vasco Uribe



Médico salubrista y sociólogo colombiano (1943-2001). Egresado como médico en 1967 de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia), obtuvo su maestría en Salud Pública en la entonces Escuela Nacional de Salud Pública, de la misma ciudad, y complementó su formación con una maestría en Sociología en la afamada Escuela Latinoamericana de Sociología (ELAS), de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), de Chile. En la Escuela Nacional de Salud Pública, hoy Facultad Nacional de Salud Pública, fue docente durante más de dos décadas. Se desempeñó allí como profesor y jefe del Departamento de Ciencias Básicas y como coordinador del Programa de Magíster en Salud Pública.

Asesor y consultor en salud pública del Ministerio de Salud de Colombia, de organismos de Naciones Unidas y de otras organizaciones, durante el año 1973 formó parte del grupo de trabajo del importante rediseño del sistema de salud, encargándose Vasco Uribe de todo lo relacionado con la participación comunitaria. Dicho grupo de trabajo había sido convocado por facultades extraordinarias que el Congreso aprobó al presidente de la república y que permitió la creación del Sistema Nacional de Salud, en 1975.

El interés y la visión más amplia acerca de la salud y la enfermedad que poseía el profesor Vasco germinaron desde su entorno familiar: su padre, Eduardo Vasco Gutiérrez (1894-1982) fue pionero de la psiquiatría y la educación en Colombia y su figura ha sido recuperada gracias al interés y trabajo del Grupo de Historia de la Salud de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia –sede Medellín–; y su tío materno, César Uribe Piedrahita (1896-1951), fue un médico investigador polifacético y humanista, una de las figuras más importantes de la ciencia, la medicina, la educación y el arte en Colombia.

Defensor de los derechos humanos, Vasco Uribe fue, junto al profesor Héctor Abad Gómez, uno de los fundadores de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En la década de 1980, la ola de violencia desatada en Colombia durante la que fueron asesinados varios profesores de la Universidad de Antioquia –entre ellos, el mismo Abad Gómez– obligó a Vasco Uribe a exiliarse en España, donde finalmente murió en 2001. Como autor publicó libros, artículos y otros documentos de investigación que resultaron de gran importancia en la formación de profesionales y especialistas. A fin de ofrecer una visión detallada de su prolífica obra se ha incluido al final de esta edición una lista detallada de sus libros, artículos en revistas y boletines, documentos metodológicos, informes de investigación y consultorías, audios de conferencias y entrevistas, y asesorías de tesis.

Índice

Prólogo a la primera edición en formato digital	IX
Prólogo a la quinta edición colombiana	XIII
Prefacio	XVII

Introducción	1
--------------	---

PRIMERA PARTE

Capítulo 1. El conocimiento médico	5
<i>La enfermedad</i>	5
<i>El tratamiento</i>	9
<i>La vida y la muerte</i>	11
<i>Unicausalidad o multicausalidad, un falso dilema</i>	14

Capítulo 2. Aspectos metodológicos	19
<i>El problema de las definiciones</i>	19
<i>Los niveles de análisis</i>	20
<i>La historia</i>	20
<i>Las variables</i>	22
<i>De lo individual a lo social</i>	25
<i>La historia natural de la enfermedad</i>	26

Capítulo 3. Hacia un marco teórico más comprensivo	29
<i>La visión literaria</i>	29
<i>El contexto social</i>	30

Capítulo 4. Hacia un nivel de mayor concreción	33
<i>Los supuestos</i>	33
<i>La necesidad de salud</i>	33
<i>A quién se consulta</i>	35
<i>La medicina en la historia</i>	37

Capítulo 5. Se dice que la medicina es una profesión liberal	41
<i>La salud, una mercancía</i>	42
<i>El mercado</i>	43
<i>Neoliberalismo</i>	44

Capítulo 6. La medicina es un trabajo	47
<i>El valor</i>	47

SEGUNDA PARTE

Capítulo 7. Análisis de la materialización del valor (trabajo social) apropiado	57
<i>América Latina</i>	58
<i>Primer momento: la producción de medicina afuera y su importación</i>	59
<i>Segundo momento: la producción de medicina adentro (la universidad)</i>	62
<i>El médico de la familia</i>	64
<i>Los hospitales</i>	65
Capítulo 8. Ingreso promedio socialmente esperado	67
<i>El tiempo excedente</i>	69
<i>Las academias y la ética profesional</i>	70
<i>El profesor universitario</i>	71
Capítulo 9. Nuevas formas de medicina	75
<i>La especialización</i>	77
<i>La superespecialización</i>	78
<i>El mercado internacional de trabajo</i>	80
<i>La formación de personal intermedio</i>	85
Capítulo 10. Efectos de las nuevas formas de medicina	87
<i>El seguro social</i>	90
<i>La relación médico-paciente</i>	92
<i>La universidad</i>	94
<i>El sindicalismo médico</i>	95
Capítulo 11. La medicina general	97
<i>La asistencia social</i>	97
<i>La salud pública</i>	98
<i>Corolario</i>	102
Capítulo 12. La medicina en Estados Unidos de Norteamérica	105
<i>Desarrollo de la medicina en Estados Unidos de Norteamérica</i>	106
Bibliografía	115
Obras y documentos de Alberto Vasco Uribe	121

Prólogo a la primera edición en formato digital

Giovanni Apráez Ippolito¹

En 1999, durante un congreso organizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia, tuve la extraordinaria oportunidad de conocer al profesor Alberto Vasco en un encuentro muy breve cuando, luego de su conferencia, tuvo la enorme amabilidad de conversar conmigo, de escucharme con atención y facilitarme su correo electrónico —un sistema de comunicación que para la época era una novedad—; lo hizo como si yo fuera uno de sus queridos estudiantes y no un espectador desconocido.

Me pareció por su figura y genio una especie del hidalgo Alonso Quijano, sin daga ni escudero. La amabilidad con la que me atendió el ilustre maestro contrastaba con el difícil y complejo momento del país. Él había regresado brevemente de España y debía volver a su exilio, causado por la terrible ola de violencia sucedida en 1987, que incluyó el asesinato de varios profesores de la Universidad de Antioquia, entre quienes estaban el Dr. Héctor Abad Gómez, Leonardo Betancourt y Luis Felipe Valencia y, en 1989, el asesinato del también profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública, Emiro Trujillo Uribe, y del médico y gobernador del departamento de Antioquia, Antonio Roldán Betancourt. Al exilio del profesor Vasco, se sumó su prematura muerte en 2001, ocurrida en la ciudad de Barcelona, cuando yo recién había llegado a la maestría de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y donde esperaba de alguna manera encontrarle.

En general, durante esos años de maestría (2001-2003) su nombre o sus escritos fueron poco estudiados, pero gracias a la librería universitaria, en aquellos días era posible conseguir con relativa facilidad al menos dos de

¹ Profesor Asociado Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

ellos, *Estado y Enfermedad en Colombia*, de 1988, y *Enfermedad y Sociedad*, de 1979, ambos del sello editorial Universidad de Antioquia.

Recuerdo que uno de los profesores, al comentar la noticia de su fallecimiento, lo mencionó señalando que el profesor Vasco, en los debates que planteaba, solicitaba que luego de que el estudiante expusiera su argumentación, considerara un punto de vista contrario al presentado, para que el mismo estudiante reflexionara sobre el hecho de que no hay explicaciones únicas o totalmente completas, y que otro punto de vista es necesario en el debate académico.

A propósito de la conmemoración de los 60 años de la Facultad Nacional de Salud Pública en Medellín, tal vez recibí con exagerada esperanza la noticia de un reciente homenaje a su vida y obra, con la instalación de un busto en su honor, en una ceremonia en la que participó Carlos Eduardo Vasco Uribe (1937-2022), hermano mayor y figura principal de la ciencia y la educación en Colombia. Fue ese un noble acto interpretado por mi como una señal en pro de recuperar su vida y obra. Sin embargo, la obra del profesor Vasco permanece aún dispersa, en espera de un serio y decidido esfuerzo de reconstrucción y recuperación, para que siga al servicio de nuevas generaciones. Un esfuerzo que se adeuda también a muchas otras personas vinculadas con la salud colombiana, en diferentes momentos de la historia, y que develaría una enorme y diversa riqueza académica, cultural y ética que tanto se requiere. Además de los libros y artículos de Vasco Uribe, las numerosas tesis de los estudiantes a quienes dirigió evidencian su profunda influencia, no suficientemente reconocida. Facilitar el acceso digital a estos materiales aportaría a superar esta falta de reconocimiento y recuperaría para la investigación documentos valiosos que actualmente son prácticamente desconocidos.

El libro que hoy tiene en sus manos el lector de la edición digital de *Salud, Medicina y Clases Sociales* es el producto de un enorme esfuerzo de solidaridad latinoamericana de recuperación académica, esfuerzo que reconoce la importancia de uno de nuestros autores de la salud colectiva, la medicina social y la salud pública, enmarcado en un proyecto editorial que desde ya hace varios años viene liderando el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, en Buenos Aires, y que continúa creciendo con autores argentinos, chilenos y brasileños, entre otros, y que, sin duda, continuará siendo una de las principales referencias para con el trabajo académico comprometido con la salud de la población de nuestros países. También es esta una oportunidad para que, desde Colombia, pasemos de las propuestas a una efectiva recuperación de nuestros maestros y maestras y de numerosas experiencias que deben ser parte del esencial y fundamental patrimonio cultural de la salud que requiere que se lo reconozca, se lo recupere y fortalezca

desde las instituciones, los grupos académicos y los esfuerzos de comunidades y ciudadanos, para que el sueño del derecho a la salud en un mundo complejo como el de hoy sea una realidad, especialmente en un país que necesita avanzar hacia la paz y en el que su democracia sea el resultado de la garantía de los derechos, entre ellos, la salud.



Prólogo a la quinta edición colombiana

Álvaro Tirado C.

No se debe al azar o al simple capricho que objetos de estudio como la salud y la medicina estén supeditados a una ruptura epistemológica con el modelo etiopatogénico de la enfermedad (el cual, a partir de la teoría de los gérmenes, tiene paternidad circunstancial en Koch y Pasteur, entre otros), sino más bien a la diferente concreción conceptual y rigurosidad metodológica que los desarrollos recientes de algunas de las ciencias sociales y de la historia han introducido al facilitar una nueva mirada sobre el mundo, el hombre y la historia misma. Pero no solo han introducido elementos y categorías para el análisis de sociedades concretas y reales, sino que también han colocado en evidencia el papel determinante del antagonismo de clases y, principalmente, de las relaciones sociales subyacentes y contextuales a las estructuras y procesos sociales dados.

Sin caer en determinismos de tipo histórico o social, esta ruptura epistemológica está hablando de una nueva validación de la ciencia y el conocimiento médico, de la práctica y la tecnología médica, del manejo ideológico-político de los mismos; pero indudablemente que todos ellos gravitando en torno a unas relaciones de producción y reproducción social concretas, y a procesos dialécticos y dinámicos, históricamente determinados.

El embate se presenta transitoriamente a nivel intelectual, entre un modelo estructurado y un enfoque que privilegia el análisis de la contradicción, el cual en sus aspectos conceptuales y metodológicos cuestiona un modelo que se define científico y objetivo, del cual aún no se puede afirmar categóricamente que ha perdido su vigencia, pero sí que ha perdido su capacidad explicativa y de transformación —si es que alguna tuvo de lo que ocurre en una realidad histórico-social particular y en un campo del saber. Sin embargo, se debe reconocer que, en su momento, representó un avance muy notorio que se venía articulando a partir de una nueva hermenéutica y una nueva semiología en el siglo XVI, hasta lograr lo que se puede denominar el redescubrimiento del hombre, en el siglo XVIII.

Bajo el supuesto de que todo modelo es la representación sistémica de una realidad, el paradigma etiopatogénico como tal (unicausalidad, toda enfermedad es producida por un germen, la cura individual, etc.) no resiste el más mínimo análisis de su correspondencia con el objeto representado (es decir, con los aspectos estructurales y los aspectos procesales de una práctica social históricamente determinada), la cual supone una verificación dinámica y con carácter permanente. Esta verificación debe resistir como mínimo el análisis en tres puntos claves: 1) su correspondencia con el modelo mental de quien lo utiliza, 2) que el modelo no contenga inconsistencias o contradicciones lógicas, y 3) probar su adecuación como grado de correspondencia entre el modelo y el mundo real.

La pretensión de sostener y justificar actualmente la correspondencia entre un modelo teórico y un modelo mental propio de las clases dominantes del siglo XVIII (que fueron las que validaron esta correspondencia) no solo niega la racionalidad histórica sino que, además, “desconoce” (no sabe cómo interpretar) los desarrollos ulteriores en todos los campos del saber humano, basados en dinámicas relaciones estructurales que el avance de las ciencias le ha proporcionado al hombre en sus áreas del conocimiento. Por ello, es una necedad pretender que, ante la articulación estructural de clases antagónicas en la historia —con diferente percepción y valoración de la realidad—, los modelos mentales que sobre esta se tengan encuentren correspondencia ahora con el paradigma etiopatogénico.

En segundo lugar, tampoco resiste en la actualidad el análisis de su consistencia interna y externa, pues sus desarrollos teóricos condujeron no solo a una pretendida e ideológica inmovilidad y homogeneidad social (de igualdad y libertad, como reflejo del interés de la clase dominante por conservar las relaciones de producción y reproducción social que consolidaría el sistema capitalista mundial) sino que, además, tratando de immortalizar el método empirista, determinaron que la salud fuese una mercancía destinada a aquellos individuos con poder de compra y que la medicina (de clase), como aplicación del conocimiento en una práctica médica, se enfocara hacia ese individuo que recibe lo externo, la causa de su enfermedad —unicausalidad—, ahondando relativamente poco en el esclarecimiento de esa causalidad que era uno de los objetos e implementando el desarrollo de la tecnología médica para mantener en forma la fuerza de trabajo y poder extraer el poder de compra del individuo (generando con ello una acumulación de capital), justificando así una determinada práctica médica y un ingreso promedio socialmente esperado.

Pero además de lo anterior, esa práctica médica concreta, como trabajo y relación social que extrae un valor de cambio mediante la apropiación de

un valor de uso (trabajo social acumulado), encuentra su explicación causal en el ámbito analítico de la organización social vista como un todo, es decir, evitando caer en parcelaciones o sectorizaciones propias del capitalismo que pretenden ocultar sus leyes generales (económicas, políticas e ideológicas) de funcionamiento, por lo que, precisamente, están en ese todo y no en las partes; y es también allí en donde radica la capacidad explicativa e histórica del por qué existen relaciones de dependencia e interdependencia entre las diferentes organizaciones sociales que, a la luz de teorías desarrollistas empiristas, matizaron una falsa verticalidad entre el centro y la periferia.

La tercera y última verificación obligada de un modelo hace referencia a probar su adecuación como grado de correspondencia entre el modelo teórico y el mundo real. Supone pues esta un alto grado de claridad y concreción teórico-conceptual acerca de la estructura y las posibilidades del modelo para que en los diferentes procesos de una organización social puedan responder a los coyunturales cambios (situacionales o adaptativos) en una determinada realidad; o sea, como quien dice, una compatibilización estructural y procesal.

Pero, a la luz del modelo etiopatogénico, esta compatibilización resulta ser utópica, pues no solo su afán de oscurecer la estructura y los procesos de un todo social, sino su intolerante “desconocimiento” del antagonismo entre las clases y sectores de clase no permiten develar los problemas de poder contextuales a la crisis del Estado, con su doble función de aislar y representar la unidad, es decir, impedir la unión de la clase dominada y concertar la unión de la clase dominante, para que esta presente la unidad y se justifique con ello la hegemonía de un bloque en el poder.

Si como se afirmó arriba, el modelo etiopatogénico ha perdido su capacidad explicativa de lo que ocurre en una realidad histórico-social y su posibilidad de transformarla, lo paradójico es que aún no se pueda afirmar categóricamente que ha perdido su vigencia siendo esta una tarea inaplazable para quienes trabajamos desde una perspectiva diferente, es decir, con un enfoque médico-social.

Pero este enfoque médico-social —que como lo afirma Saúl Franco no es tan nuevo, ni tan viejo como la medicina hipocrática, pues configura desarrollos teórico-prácticos germinales a partir de Virchow y quienes desde el siglo XVIII han fijado una posición contraria al modelo etiopatogénico— no puede sustentar su quehacer teórico-práctico en forma reduccionista solo a partir de la ruptura epistemológica porque las condiciones para que esta se diera tuvieron y tienen otros determinantes contextuales al modelo, entre los que se destacan dos: los procesos histórico-sociales generados en el marco económico-político del capitalismo mundial —prolijo en contradicciones—,

por un lado; y concomitantemente, el desarrollo sobre la crítica al positivismo de algunas de las ciencias, que desde fines del siglo pasado se viene estructurando con algunas dificultades.

Es, pues, la medicina social como saber, un conocimiento que se valida a partir de una causalidad estructural —la cual reclama en la historia el espacio social que le es propio—, pero también es una práctica dinámica, un proceso articulado con otros procesos sociales, que para su análisis requiere superar los vicios e inconsistencias metodológicas que principalmente la ideología positivista ha impreso en todos los campos del saber y del suceder, con una clara intencionalidad política. Además, necesita superar la aproximación acrítica de categorías construidas para abordar objetos diferentes.

Este sintético y apretado esbozo solo pretende apuntar a algunos de los derroteros por los cuales se transita bajo esta corriente, en la cual Alberto Vasco se mueve desde hace rato, entre quienes en América Latina, con una singular claridad conceptual, honestidad intelectual, rigurosidad metodológica y compromiso político, han hecho aportes importantes en esta dirección, que quizá quienes somos sus alumnos y compañeros universitarios no alcanzamos a valorar en su justa medida, posiblemente debido a provincialismos infundados, petulancias arrogantes o impedimentos ideológico-conceptuales que, desafortunadamente, nuestras facultades de ciencias en relación con la salud se empeñan en forjar.

Su libro *Salud, medicina y clases sociales*, que en lo esencial contiene las ideas embrionarias de su producción posterior, expone en forma didáctica y amena un análisis riguroso sobre el conocimiento y la práctica médica en nuestro medio, el cual, antes que perder su vigencia recobra nuevos espacios, toda vez que es libro obligado de consulta para quienes en actividades extra-curriculares desean profundizar en el tema.

El Grupo Salud Colombia, que en sus siete años de labores ha logrado aglutinar a diferentes trabajadores del área de la salud en la ciudad de Medellín-Colombia, se ha constituido en el afán de continuar esta línea clarificadora del conocimiento y de la práctica sanitaria en la sociedad, y obrando en consecuencia se complace en propiciar la quinta edición del presente libro, recomendando de manera constante por numerosos lectores, a quienes llega además por generosidad expresa de su autor, quien merece nuestra reiteración de aprecio y agradecimiento.

Grupo Salud. Colombia, septiembre de 1986

Prefacio

Profesor Dr. Gustavo Molina G.

La práctica de la profesión en las complejas comunidades de hoy exige, como nunca, conocer y comprender las bases históricas y psicológicas de la relación médico-paciente. El buen funcionamiento de los servicios de salud requiere de profesionales informados sobre los aspectos económicos y sociales de la medicina. Ambos son el resultado de una larga evolución determinada, en cada época, por el juego de fuerzas sociales, que es posible y necesario conocer y entender.

Los programas habituales de nuestras escuelas médicas no ofrecen a sus estudiantes una enseñanza satisfactoria en estas materias. La formación posterior del egresado tampoco brinda, con rara excepción, oportunidad para el estudio de la historia de la medicina y de sus relaciones con otras disciplinas, con la dinámica social y la cultura humana.

El resultado es que la gran mayoría de los médicos carecen de elementos científicos —criterios e información— para orientar su pensamiento y su conducta profesional, funcionaria, gremial y aun ciudadana. Este es un defecto reconocido por los líderes de la educación en cada país, así como por los organismos internacionales de salud. En reiterados seminarios y comités de estudio, se ha amentado la escasez de textos y materiales docentes sobre los fundamentos históricos y sociológicos de la salud y la enfermedad, la medicina y la profesión médica.

Pero estos vacío y confusión rebasan el ámbito especializado de la profesión, a medida que la maduración natural de la sociedad ha ido imponiendo el concepto de la medicina como una institución social, como una expresión más de la cultura general de cada época. Y el proceso adquiere así, también, importancia renovada para intelectuales y cultores de otras disciplinas humanistas y científicas, y para las organizaciones y dirigentes responsables del bienestar y la salud del pueblo.

En buena hora pues, se publica el presente estudio. La obra de Alberto Vasco tiene el mérito de hacer aflorar esa contradicción subyacente, que todo tiende a mantener oculta en el pensamiento médico y en la práctica de los servicios de salud y atención médica. Persiguiendo una “nueva conceptualización

de la medicina” con vigor juvenil y notable rigor metodológico, examina la evolución histórica y los determinantes económico-sociales y culturales de la ideología médica y de su aplicación al cuidado de la salud individual y colectiva.

De este modo, logra acosar también en este campo los modos de pensar escolásticos, idealistas y positivistas y sus expresiones administrativas y prácticas, que fueran desterradas hace tiempo del reino de la naturaleza, para aislarse en el funcionamiento y control de la sociedad.

No sorprende, pues, la extraordinaria acogida que la divulgación preliminar de este estudio ha tenido entre jóvenes profesionales y estudiantes sirviendo de apoyo y estímulo a variadas tentativas no solo dentro de Colombia para enmendar rumbos en las contendidas profesionales y en la organización para distribuir servicios de salud. La difusión más amplia de estas ideas ofrecerá orientación a los médicos para abordar racionalmente sus problemas de hoy y de mañana, más inspiración y guía para hacer su aporte generacional al progreso de la medicina y la civilización.

Medellín, marzo de 1975.

Introducción

Cuando nos dedicamos a profundizar sobre los diversos problemas que afectan a la salud, a la medicina y a la sociedad, nos encontramos con amplias fuentes de información sobre los más diversos aspectos, información que, mientras más detallada, más aislada se presenta de la realidad en su conjunto.

Fue así como al dedicarnos a algunos aspectos específicos como la nutrición, la cirugía, y aún la salud pública como especialidad, encontramos cada vez más obstáculos de comprensión, cada vez más la necesidad de recurrir a otros especialistas, quienes a su vez estaban en el mismo problema nuestro. Así surgió la idea de intentar un análisis global de los aspectos relacionados a la medicina y la salud. Este trabajo es el primer fruto de aquella idea. Como tal se encuentra en un cierto grado de generalidad que puede en un primer momento aparecer como superficialidad. Creo que no. Creo que a través de él se revelan problemas fundamentales de cuyo estudio pueden surgir notables avances en el ramo. Creo que se analizan aspectos quizá comunes pero vistos desde ángulos diferentes a los tradicionales en un esfuerzo por relacionar cada aspecto específico con la totalidad. Aquí se intenta romper ese aislamiento forzoso producto de una cierta división del trabajo y de una cierta especialización cuya “naturalidad”, cuya “racionalidad”, a pesar de los avances que ha logrado, comienza a ser discutible.

Consta el trabajo de tres aspectos fundamentales. El primero, el aspecto del conocimiento médico, del método utilizado por la medicina para conocer y transformar la realidad. En este campo se procura detectar a grandes rasgos los determinantes esenciales del pensamiento médico a la vez que se intenta explicar por qué ese pensamiento no se ha desarrollado a todos los niveles de la sociedad e incluso, en algunos sectores, aún permanece como una especie de preconocimiento.

Se pretende estudiar las limitaciones resultantes del mismo proceso de conocimiento. Esas limitantes son el producto de los factores que orientan social e ideológicamente dicho proceso y aparecen justamente, en el momento histórico en el que, por complejas razones sociopolíticas, el problema de la medicina deja de ser la cura del enfermo, para convertirse poco a poco en la erradicación de la enfermedad. En la medida en que ocurre esta traslación del objeto de la medicina, de una esfera individual a una social, aparecen las limitaciones propias de ese método individual y se plantean nuevos problemas y nuevas soluciones posibles. Pero como la medicina no

solamente es el resultado de una forma de pensamiento social sino también de una práctica, de una vinculación a un sistema de relaciones sociales dado, es necesario estudiar detenidamente este aspecto: quién ejerce la medicina, cómo, por qué, para qué, en qué forma, a través de qué medios, a nombre de qué y de quién.

Es este el segundo aspecto fundamental. En él se pretende liberarse de toda posición axiomática, de todo supuesto “indiscutible”, de todo principio general y de todo dogma. Desgraciadamente, frases como “la salud es un derecho”, “la medicina es un arte y una ciencia”, “los actos de los médicos están orientados por una ética especial” son los elementos con los cuales se ilustra tradicionalmente el estudio de estos aspectos. Nos veremos precisados pues, a discutir estos “principios” uno a uno y quizá de una manera unilateral, en un esfuerzo por dar elementos diferentes que ayuden a una mejor comprensión del problema, aceptando que ya las apologías de la medicina, y de los médicos, basadas en esos principios están exhaustivamente hechas.

Esta parte bien puede estudiarse a base de la práctica de la medicina y su profesionalización específica como lo haremos aquí, o bien puede hacerse a partir de una concepción general de lo que es la profesionalización, la división del trabajo, etc. Optamos por lo primero solamente porque se adecúa más a nuestro interés específico y al de los posibles lectores.

Por último, trataremos brevemente el problema de la medicina en EEUU por dos razones: la primera, porque existe la idea de que esa sí es una buena medicina, idea que, por todas las razones mencionadas en los primeros párrafos, comienza a perder validez, como lo señalan los estudiosos de ese país, al mostrarnos la incapacidad de esa medicina prodigiosamente técnica, para ampliar la salud de la comunidad. La segunda, porque esa idea, producto de las relaciones de dependencia a todos los niveles que sostienen nuestros países con EEUU, hace que nuestra medicina esté orientada según las pautas metodológicas y científicas de la medicina en ese país, lo que explica, en parte al menos, las propias limitaciones¹.

¹ Sobre este aspecto, consultar la bibliografía adjunta, especialmente la de Health Policy Advisory Center (1970), *The American Health Empire. Powers, Projects and Politics*.

PRIMERA PARTE



Capítulo 1

El conocimiento médico

La enfermedad

Sobre el concepto de enfermedad está basado todo el conocimiento médico. Por ello vale la pena detenerse un poco en su estudio, lo que él es y ha sido, ya que el análisis de este punto puede abrirnos nuevas perspectivas en el conocimiento de la medicina y de la salud.

Intentaré hacer un análisis histórico de la evolución del concepto y sus respectivas determinantes a través del tiempo, tomando algunos elementos de los estudios de Michel Foucault¹ y quizá muchas veces tomando en forma directa algunas ideas y algunos datos concretos. En primer término, seguiré el trayecto del método mismo a través del cual la medicina ha llegado al conocimiento de hoy, haciendo un intento por mostrar las actuales limitaciones y algunas posibles salidas.

El primer contacto del hombre con el medio externo se lleva a cabo a través de los sentidos. Se centra entonces el conocimiento en la observación de dicho medio, observación sensorial directa que desarrolla lo que pudiéramos denominar un método descriptivo totalmente empiricista. De la observación directa surge la identificación de objetos, cosas, fenómenos, identificación basada en los principios lógicos de la igualdad y de la desigualdad.

Estos principios son la base de conceptos como lo común y lo extraño, lo normal y anormal, lo frecuente y lo infrecuente. Conceptos que, posteriormente, se han desarrollado en forma más estricta (lenguaje numérico) especificándose en términos de promedio, desviación, varianza y posteriormente correlación regresión, etc., y, en general, lo que hoy se conoce como estadística paramétrica y aún la no paramétrica.

¹ *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada clínica* (1960); *Historia de la locura en la época clásica* (1967) y *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas* (1968).

En este contexto, la medicina dio sus primeros pasos en la identificación de anormalidades e, influida por una ideología mítica, identificó estas anormalidades con una condición no humana que bien podía ser colocada en un plano infrahumano o en suprahumano, según el caso.

Si infrahumano, entonces se trataba de exterminar a algunos tipos de enfermos o, en su defecto, se les repudiaba y aislaba del grupo de los “normales” o, en este caso, de los humanos. En este repudio y aislamiento podemos detectar el origen de lo que hoy denominamos “hospitalización”. Es el caso por ejemplo de algunas deformidades, de la lepra, etc.²

Si suprahumano, entonces se convertían en dioses y se les respetaba y adoraba como a seres superiores, a enviados. Tal es el caso del hermafroditismo, del albinismo, algunos tipos de psicosis, etc.

En estos términos, podemos entender el caso de lo que podemos llamar “anormalidades mayores y estables”. Pero también se detectan con repetidas experiencias, anormalidades menores o anormalidades de corta duración en el tiempo que no eran suficientes para que quien las padeciera perdiera su condición humana.

Muchos siglos debieron pasar para que se pasara del concepto de lo no humano al de enfermo, es decir, para que se identificara una anormalidad de larga duración o aún permanente en un individuo con la condición de enfermedad. Tal es el caso de la patología genética.

Pero el problema de la duración de la enfermedad siguió siendo básico para el estudio de esta. Hasta hace muy poco la clasificación de una enfermedad en aguda o crónica se consideraba de gran importancia. Solo últimamente y gracias al desarrollo de la Epidemiología se ha visto que esta clasificación entorpece o impide en ocasiones la comprensión de ciertos fenómenos que siendo únicos adoptan diversas manifestaciones en un mismo individuo. Ciertas agresiones al riñón, por ejemplo, se consideraban una enfermedad y las secuelas de esa agresión se consideraban como otra distinta.

De cualquier manera, se detectaban por el mismo método sensorial directo y su origen siempre estuvo en relación con la divinidad. En la medida en que este método de observación se fue desarrollando y la experiencia fue acumulando algunos datos, se lograron establecer métodos de observación más sistemáticos y se fueron sedimentando una serie de relaciones entre síntomas y, posteriormente, entre síntomas y signos.

² Para un recuento detallado de la historia de la enfermedad y su concepción, ver la obra de Henry Sigerist (1946), *Civilización y enfermedad*.

Al desarrollarse este tipo de relaciones, las enfermedades se fueron precisando cada vez más, hasta que sistemas más o menos complejos, de relaciones entre síntomas y signos, llegaron a tener una aparición relativamente constante, de tal manera que cuando se detectaban algunas de estas relaciones se podían identificar con el conjunto de ellas. En otras palabras, se había llegado a un método de diagnóstico.

Estos sistemas de relaciones llegaron a ser más precisos y más comparables en cuanto la observación fue más sistemática y se desarrollaron métodos que permitieron “ver” algunos puntos de difícil acceso. Oler, gustar, palpar, oír, mirar, son los elementos de este “ver” médico o de esta mirada clínica de Foucault.

“Enfermedad” llegó a ser, pues, el conjunto de signos y síntomas que se presentaban con mayor frecuencia y en una misma forma. Así se llegó a denominar a cada entidad por la relación fundamental o mejor dicho más constante. Vómito vermetal, fiebre amarilla, fiebre biliosa, tisis galopante, parálisis agitante, fiebre post-parto o puerperal, etcétera.

Para un mayor rigor del método, se acudía a sistemas propios de otras disciplinas, principalmente la química y la biología. De la química, el método analítico que descompone el todo en partes. Así, la cabeza, que en un momento no era un ente aparte, pasó a serlo, pasó a ser una parte, lo mismo sucedió con las extremidades, el abdomen, etc. De la enfermedad del cuerpo se llega a la enfermedad de la parte.

De la biología, el método taxonómico o clasificatorio en el cual se constituyen tablas de clasificación que pasan a ser definitorias y muchas veces explicativas de las entidades. Un animal es vertebrado pues tiene en común las vértebras con otros, aunque en la apariencia sean diferentes. Una enfermedad es fiebre, pues tiene en común dicho signo y a partir de esto se va especificando cada vez más.

Este proceso, aparentemente obvio, no lo fue tanto en el curso de la historia. Tomó siglos cada paso en el análisis y en la clasificación.

En América Latina, la medicina se desarrolló dentro de estos rigurosos marcos, aún en este siglo, a pesar de haberse dado en Europa pasos gigantes en nuevas direcciones.

Este rigor en la observación y en la clasificación fue llevando a borrar cada vez más el abismo entre las enfermedades que llamamos mayores o no humanas y las menores o humanas, hasta el punto de hallar el camino de la continuidad, de la evolución de entidades de menor o mayor grado de compromiso. Como ya señalamos, el concepto de agudo y crónico comienza a reevaluarse seriamente y a considerarse a la enfermedad bajo parámetros diferentes. Sin embargo, el borrar este abismo se ha logrado hacer y aún no

totalmente, no solo por el desarrollo mismo de la medicina como ciencia sino en la medicina en que las condiciones generales de la sociedad han permitido un concepto diferente de lo que es el hombre y su papel en la historia.

Trataremos ahora de describir las relaciones de tipo causal que han surgido de la constancia de algunas asociaciones empíricas y que han variado de acuerdo, fundamentalmente, al tipo de relaciones sociales establecidas y dominantes y a la concepción que la sociedad tiene de sí misma y de la historia.

Así, en los momentos en los que la relación con lo desconocido es fundamental, las causas de las anomalías son debidas a la influencia de lo desconocido, de un poder extraterreno, de una divinidad.

Posteriormente se establecen relaciones entre la aparición de una serie de síntomas con el medio ambiente y a pesar de ser una relación más, signo, síntoma, medio, se le da al último un peso causal.

Los humores, los vientos, las temperaturas, la naturaleza pasan a ser al mismo tiempo causas y remedios. En este campo los griegos sobresalieron con mucho de sus antecesores y aun de sus descendientes y sucesores.

Su capacidad de análisis y de asociación los llevaron a establecer verdaderos cuerpos teóricos con los cuales explicaban todos los procesos humanos, sociales y biológicos, sentando bases de diagnóstico y tratamiento que aún hoy tiene gran influencia³.

Habíamos señalado el origen empiricista del conocimiento. Debemos señalar ahora la contribución de la elaboración teórica en ese mismo conocimiento, y el papel que a los griegos les cupo en ese proceso.

Por muchos siglos siguió predominando alguna de estas formas de conocimiento, la empiricista y la idealista, y solo con las formulaciones de Freud y de Marx se replanteó el problema mismo del conocimiento y se abrió paso a nuevas formas de conocimiento científico.

Una importante fuente causal se centra también en el comportamiento de acuerdo a las normas vigentes en una sociedad dada. La relación enfermedad-comportamiento “anormal” adquirió en determinados momentos peso causal.

³ Como detalle curioso, Bertrand Russell señaló que habían llegado a confiar tanto en su sistema de razonar que despreciaban toda constatación empírica. Aristóteles, por ejemplo, dice Russell, concluyó que las mujeres tenían diferente número de dientes que los hombres y nunca se les ocurrió constatarlo. Se anota también cómo el principio de antecendencia temporal como elemento de la causalidad los llevó a concluir que el movimiento de las olas producía el viento pues ellos detectaban primero ese movimiento y posteriormente el viento cuando observaban el mar desde la costa.

Así se llega a ciertos conocimientos como, por ejemplo, la relación entre Lues y acto sexual “ilícito” lleva a establecer una causa de tipo moral que, si bien está relacionado con un castigo divino, se refiere específicamente a una norma de una sociedad puritana, “Si no le temes a Dios, témele a la sífilis”, lo que se constituye en el fondo en una norma preventiva. En términos generales, es causa de enfermedad el alejamiento de las normas sociales.

En todos los casos, observamos una intrincada relación entre los aspectos científicos, políticos e ideológicos que condicionan el desarrollo de la medicina a los desarrollos ideológicos y políticos de una época determinada.

En el último caso, la exclusión social de los enfermos ya no se debe a su condición de anormales, pues esta anormalidad ya no tiene que ser solo física, sino mental o de comportamiento en cualquiera de las áreas individuales o sociales.

Es así como encontramos en los centros de aislamiento y reclusión, mezclados indiscriminadamente, ladrones, pordioseros, locos, enfermos, presos políticos, etc.

Hay, pues, una estrecha relación entre causa y culpa, la culpa de la enfermedad se ha depositado sucesivamente, y a veces concomitantemente, en Dios, en el hombre, en el ambiente, en el comportamiento.

El tratamiento

De acuerdo a esta concepción de culpa-causa, ha variado el tipo de tratamiento o intento de resolver la anormalidad por parte de la sociedad en general y de la medicina en particular.

Si es el Dios, conjurarlo, aplacarlo, suplicarle, sacrificarle. Si es el hombre, encerrarlo, darle lo que le falta, sacarle lo que le sobra⁴. Si es el ambiente, cambiarlo, trasladarlo, evitarlo. Si es el comportamiento, corregirlo, castigarlo, aislarlo.

Estas conductas están basadas en una serie de principios generales obtenidos en base a las experiencias del hombre en todos los campos:

⁴ La *creencia en la justicia* divina llevó a un pastor protestante a buscar el remedio para el reumatismo cerca del lugar de residencia de los enfermos (si Dios envía la enfermedad, envía la cura) fue así como descubrió una planta que curaba el dolor, bajaba la fiebre. Hoy se sabe que esa substancia es el ácido *acetil* salicílico.

- *Los contrarios.* Al frío, calor y viceversa. Los alimentos, drogas, etc. deben tener cierta temperatura para que cumplan su cometido; zonas de calor, aplicar algo frío, zonas frías, aplicar calor.
- *Los complementos.* Lo que sobra, sacarlo o cortarlo. Drenajes, ventosas, sangrías, mutilaciones, trepanaciones.
- *Lo que falta, darlo.* Ingesta, bebidas, drogas, brebajes.
- *El aislamiento.* Lo que quema retirarlo. Se puede retirar algo en varias formas, matando, arrojando, expulsando, encerrando, tapando, etc.
- *La semejanza.* Se combate el mal con algo que se le parezca, ejemplo: erisipela y la cinta roja como cura.

Estos elementos se encuentran en una o en otra forma en todas las capas sociales y en todos los tipos de medicina y son “la diversión” de algunos sociólogos y antropólogos que cuentan como hallazgos y cosas raras, como curiosidades, las prácticas de ciertos sectores sociales, sin comprender que allí están los rudimentos de lo que hoy se denomina ciencia médica y que permanecen como tales por cuanto la sociedad capitalista, que es la que desarrolla cierta medicina, no ha vinculado esos sectores a su desarrollo y, por lo tanto, no les ha permitido sistematizar sus experiencias y desarrollar formas más avanzadas de conocimiento. Esto ocurre no solo en el aspecto médico sino también en lo social, lo político, lo educacional, etc.

A este respecto, reconocemos en ciertos elementos del sistema de pautas y costumbres populares la existencia de un preconocimiento que como tal tiene su propia validez aun cuando no necesariamente esto signifique que haya que recurrir a él para hacer avanzar el conocimiento científico, como pretenden algunos. Más bien lo que habría que hacer es analizar las causas por las cuales ese preconocimiento ha quedado como tal, para hacerlo avanzar eliminando las causas que impiden su desarrollo, desarrollo que, a mi manera de ver, no podrá prescindir del conocimiento científico actual (Fanon, 1963).

Este proceso de conocimiento “espontáneo” no sistematizado y propio de cualquier organización social, a pesar de haberse quedado como preconocimiento y haber sido superado por el conocimiento propio de otras organizaciones sociales, ha aportado y sigue aportando aún y lo que es más importante, hace parte de la estructura mental de amplios sectores de la población⁵.

⁵ Entre los conocimientos de este tipo, que hoy son explicados y asimilados por la ciencia está por ej. el papel del curare y de la quina utilizado por los indígenas americanos. Entre los conocimientos de este origen que hoy se utilizan y aún no son suficientemente comprendidos está, por ejemplo, la acupuntura china.

El análisis de esta estructura del conocimiento y su dinámica es un elemento que debemos afrontar para superar la etapa de considerar esas formas de conocimiento como errores o brutalidades de los “profanos”.

La vida y la muerte

Hasta ahora hemos descrito a grandes rasgos los elementos que constituyen el saber médico y las bases socioeconómicas y metodológicas que lo generaron durante muchos siglos y que llegan hasta la revolución francesa, que marca para algunos el inicio de la era contemporánea, y en otros términos más comprensivos señala el fin del feudalismo y el inicio del capitalismo como sistema dominante en las relaciones sociales establecidas en la producción.

Muchos elementos de la sociedad comienzan a modificarse profundamente para iniciar este cambio del feudalismo al capitalismo y aunque no es aquí donde debemos dar cuenta de ellos, sí hay un elemento importante que tiene un influjo decisivo en el conocimiento médico, que es el tema que ahora nos interesa.

La ruptura de una serie de conceptos alrededor del hombre, su papel en la sociedad, sus relaciones entre sí, permiten el descubrimiento y redescubrimiento de una serie de áreas de conocimiento, de objetos de estudio que a la postre condujeron a un avance definitivo en casi todas las áreas de la vida del hombre.

El cuerpo humano descubierto por los artistas cae en manos de la curiosidad médica como otro elemento en base al cual se pueden establecer más precisas y numerosas relaciones.

Se pasa, pues, de la relación signo-síntoma-ambiente, a una relación de mayor riqueza: signo-síntoma-ambiente y su referente en el cuerpo humano. Esto se logra en la medida en que es posible tener acceso al cadáver. Como dice Foucault, el cadáver, en la muerte, se encuentra una nueva fuente para conocer la vida.

Anteriormente la enfermedad y la vida solo encontraban posibilidad de comprensión y explicación en ellas mismas.

Ahora, el análisis del cadáver permite trascender la barrera de la vida, penetrar en el mundo desconocido de la muerte y desde allí redefinir la vida y sus modificaciones conocidas como enfermedad.

Ahora, hay la posibilidad de que los conocimientos acumulados por la humanidad sobre los seres vivos, y la forma como se manifiestan sus enfermedades, sean refrendados en el cadáver, permitiendo establecer normas

constantes. A un signo y a un síntoma corresponde ahora una determinada lesión o modificación en el cadáver.

Este nuevo mundo de la muerte atrajo a los más avanzados y osados investigadores y científicos armados de los métodos predominantes de la época: el análisis y la clasificación. Así, el cadáver y el cuerpo, que hasta el momento habían sido una unidad, caen bajo el implacable bisturí que los separa en partes, los descompone y desdobra en nuevas y complejas estructuras. Las vísceras, los tejidos, los vasos, los nervios aparecen ante la mirada clínica como producto de este nuevo avance, como objetivo estable, manejable y analizable.

La aparición de esta nueva relación hace recaer sobre ella la noción de culpa-causa, que ha obsesionado a los científicos. La causa de la enfermedad expresada en signos y síntomas, se localiza ahora en el tejido, en el tumor, en la úlcera. Si bien esta nueva extensión de la línea causal hacia el cadáver no hace avanzar demasiado el conocimiento por la vía de la causa u origen de la enfermedad, sí lo hace por la vía de la clasificación, determinación y especificación de las entidades patológicas.

Lo que antes se denominaba por la enumeración de los síntomas y signos más comunes ahora se define mediante la descripción de los hallazgos anatomopatológicos.

Lo que se denominaba fiebre postparto o puerperal ahora se llama infección o inflamación del endometrio o endometritis; lo que antes fue dolor, fiebre, hoy es inflamación.

Se encontró que una serie de signos y síntomas eran idéntica expresión de entidades diferentes desde el punto de vista del cadáver, por lo que se pasó a detallar el mayor número posible de esas entidades. Para la nominación de ellas se utilizó un lenguaje que tuviera la característica de ser muy preciso, que fuera reconocible por los científicos y que no se prestara a equívocos. Este lenguaje, basado en raíces latinas y griegas, tuvo además un efecto importante que fue el de alejar aún más, y ya definitivamente, el conocimiento médico del dominio popular.

Este avance en la ciencia médica desde el punto de vista metodológico queda mediatizado, sin embargo, al no pasar de lo meramente descriptivo. Solo se ha agregado un elemento más a la descripción, el elemento anatómico.

Este esfuerzo por “ver” en el nuevo campo, más restringido y más pequeño, llevó al desarrollo de instrumentos que facilitaran ese ver, le permitieran llegar a observar detalles cada vez más diminutos, en un afán por aprehender la realidad en el conocimiento de las más pequeñas partes de ella y en el intento por encontrar en ese mundo minúsculo al codiciado culpable.

Esta búsqueda encontró su satisfacción al lograrse identificar la presencia de elementos extraños al cuerpo humano, elementos que no se encontraban en aquellos que habían muerto sanos pero que sí se visualizaban en algunos de los que habían muerto bajo el estigma de ciertas enfermedades.

Este hallazgo sin precedentes significó para los científicos prácticamente el fin del camino. Habían hallado al culpable de la enfermedad y pese a que en muchas de ellas no fue posible identificarlo, se consideraba que esto se debía al poco desarrollo de la ciencia, entendiendo como el desarrollo de la tecnología que permitía *ver mejor*.

Resonaba el grito de victoria de la ciencia al tener acorralado al enemigo en el campo de un microscopio.

El empirismo, el análisis y la descripción habían triunfado.

Este triunfo quizá haya contribuido a que el pensamiento científico que transitaba por otros caminos de mayor complejidad metodológica no fuera tenido en cuenta o fuera combatido como un error.

Este método empiricista, por lo demás, se acomodaba muy bien a un mundo que basaba su evolución en el estudio de la forma. Esa unicausalidad que tenía la ventaja de hallar el culpable en el interior del mismo individuo calzaba precisamente en ese mundo cada vez más individualista.

El éxito llevó este tipo de análisis a las demás áreas del conocimiento y las llamadas ciencias naturales se constituyeron en el modelo y cauce único de la ciencia. La historia y las ciencias sociales, armadas de este método exitoso, de este talismán ya probado, se arrojaron sobre el mundo; analizándolo, clasificándolo, en una palabra, destrozándolo. ¿Y qué mejor podría haber para las clases dominantes (las únicas en las que el individualismo tiene sentido) que esta visión de la sociedad, inconexa, aislada y en la cual, si se identificaba el culpable de un problema, se le podía meter en su campo ya no microscópico sino de concentración, en una cárcel en la que se esperaba poder controlar las amenazas que en un momento dado pudieran afectar su posición privilegiada, y hacer todo esto “científicamente”?

La práctica médica directamente involucrada en ese mundo individualista encontró en este paso una forma de curar al individuo con poder de compra, objeto casi único de su interés. Pero la ciencia médica rápidamente se dio cuenta que su gran descubrimiento no le permitía acabar con la enfermedad. El individuo que sanaba recaía en la enfermedad. Las drogas usadas no daban abasto para acabar con la causa. Esta se reproducía con mayor velocidad de lo esperado.

Unicausalidad o multicausalidad, un falso dilema

La presencia misma de la causa no siempre llevaba a la enfermedad. Estas y otras razones produjeron los primeros desengaños para aquellos que creyeron haber llegado al final del camino, pero, al mismo tiempo, llevaron a los verdaderos científicos a la necesaria consideración de una serie de aspectos hasta el momento desdeñados o no tenidos en cuenta y a replantearse a fondo el problema de la unicausalidad.

Pero los términos en que este replanteamiento se iba a dar estaban condicionados por dos aspectos principales:

- 1) la necesidad de tener en cuenta nuevos factores para comprender el problema de la enfermedad estaba ya atada por el mismo método que la llevó al “hallazgo” de la unicausalidad. La partición del objeto de análisis en segmentos les había dado a estos una independencia tal que se habían convertido ya en seres independientes y autónomos, todos con igual peso en el plano de la causalidad. Esta independencia y autonomía se vio reforzada por el desarrollo de disciplinas como la estadística, que no puede estudiar un objeto si este no ha sido descompuesto en partes y si estas no son estadísticamente independientes. Planteadas las cosas en estos términos, el paso a dar para resolver la limitación misma de la unicausalidad solamente puede darse hacia la multicausalidad que, entendida como la gran cantidad de factores que intervienen en un suceso (como, por ejemplo, la enfermedad), suma al conocimiento en un caos casi incomprensible y coloca a la realidad en una situación en la cual solo es posible conocerla en sus partes, más nunca en su totalidad⁶.
- 2) El segundo determinante es que en la medida en que el sistema social imperante es individualista y tiene su dinámica en los individuos con capacidad de pago, el desarrollo de la tecnología médica estará atraído hacia el intento por sacar al individuo con esa capacidad de su estado de enfermedad, que es justamente el momento en el cual hay la posibilidad de que haya un cambio de dueño del dinero.

⁶ Se comprende la relación que hay entre esta forma de pensar científico y los intereses de una clase dominante que basa su eficacia en la dominación, en mantener oculta esa totalidad, interesada en mostrar al mundo como a miles de individuos con iguales posibilidades y no como a un sistema de dominación de clases.

Este intento es, en cierta forma, independiente de la necesidad de combatir la enfermedad en sí. Se centra más bien en la necesidad de combatir a la enfermedad, pero encarnada en hombres con capacidad de pago. En cierto sentido, el desarrollo de la medicina parte del enfermo y no de la enfermedad.

Esta es la razón por la cual la tecnología de curar al individuo ha progresado tan rápidamente en contraposición al lento desarrollo del conocimiento que pretende resolver el problema de la causa de la enfermedad.

Esto, claro está, no quiere decir que ese avance en el conocimiento médico para curar al individuo no repercuta en el conocimiento necesario para combatir a la enfermedad en su conjunto, pero siempre como un resultado lateral de aquello.

Estas dos razones, a las que podemos agregar los elementos políticos e ideológicos aludidos en nota al pie de página, nos explican o al menos nos dan una idea de por qué la lucha contra la enfermedad no ha progresado en la misma forma que otros aspectos; por qué las enfermedades en ciertas áreas geográficas y sectores de la población no tienen control y, sobre todo, por qué el intento por comprender a la enfermedad desemboca en la madeja casi incomprensible de la multicausalidad.

Pero si esto es cierto, no lo es menos el hecho de que, en la medida en que el individualismo liberal capitalista es cercado por la materialización de una clase con conciencia de tal, el conocimiento científico comienza a vencer los problemas planteados por la multicausalidad al detectar algunas relaciones más constantes, algunas relaciones al parecer más importantes, a organizar estas relaciones en sistemas, estructuras que poco a poco permiten organizar aquello que en un principio parecía incomprensible.

Estos hechos colocan a la ciencia en su conjunto, y no solo a la ciencia médica, en la posibilidad real de estructurar las relaciones existentes en un individuo y, a su vez, determinar la correspondiente con otros individuos, en medio de una organización social dada e históricamente determinada.

En otras palabras, se vislumbra la posibilidad de que la ciencia dé el gran salto, en términos de una estructura causal dinámica e históricamente determinada⁷.

Sin embargo, para que esto se realice plenamente, es necesario que en la sociedad misma se den una serie de modificaciones que en términos

⁷ Un tratamiento de este problema y que lo complementa a pesar de quedarse en el campo estructuralista ahistórico puede verse en la obra de Russell Ackoff (1974), *La ciencia en la era de los sistemas: más allá de la ingeniería industrial, la investigación operativa y la ciencia de la administración*.

generales tiendan a velar por toda ella en su conjunto y no por un sector que ocupa determinado lugar en las relaciones de producción.

El estudio hecho hasta el momento nos señala que, si bien es cierto, existe una búsqueda, un intento por combatir la enfermedad al que podemos denominar “medicina”, la comprensión de esta y, sobre todo, el estudio de la aplicación del conocimiento médico en la práctica de la medicina debe hacerse de acuerdo a las condiciones históricas, al tipo de sociedad, teniendo en cuenta las diferencias entre países, entre sectores y considerando también las razones por las que se ejerce la medicina, las razones por las que se da salud, etc.

Si esto es necesario, debemos primero analizar la forma clásica o tradicional como se ha estudiado este tema, tratando de encontrar sus elementos importantes, descubriendo sus limitaciones, planteando los interrogantes que no resuelven.

En el estudio de las visiones tradicionales vamos a explicar dos problemas especialmente. El primero tiene que ver con los aspectos metodológicos. A este respecto conviene subrayar que el pensamiento científico entre nosotros ha tenido y tiene de hecho una serie de condicionantes, de determinantes que lo orientan hacia ciertas áreas de estudio y dentro de parámetros más o menos bien definidos.

El esfuerzo por replantear este conocimiento científico es uno de los retos de la ciencia actual. Como hemos dicho, este replanteamiento no significa necesariamente el volver atrás o el prescindir de los avances de la ciencia y la tecnología. Más bien va por el lado de permitir que las condiciones sociales que sustentan el desarrollo de la ciencia se amplíen, se enriquezcan cuantitativa y cualitativamente, de tal manera que surjan de allí las nuevas orientaciones para desarrollar en esa dirección lo que actualmente tenemos.

La necesidad de replantear el problema de la ciencia no es un interés arbitrario, o un deseo innovador o crítico. Obedece a que en la medida en que se plantean hoy, una serie de aspectos, de problemas que tienen que dar cuenta de la sociedad en su conjunto, estos se pretenden resolver a partir de métodos y disciplinas que surgieron históricamente para resolver otro tipo de problemas, especialmente los problemas individuales, de pequeños grupos o de áreas restringidas del pensamiento.

Siendo este planteamiento válido en términos generales, lo es de manera específica para la medicina como ciencia, razón por la cual hemos planteado en primer lugar el conocimiento médico y luego nos detendremos a analizar cómo este conocimiento ha dado respuesta a los problemas hasta ahora planteados por la sociedad y cómo ha intentado dar respuesta a los nuevos interrogantes, en qué medida lo ha logrado o no y por qué.

La tesis fundamental aquí es que se ha pretendido dar respuesta a problemas que tienen su contexto en un nivel diferente al del objeto tradicional del método de la medicina, con el instrumental metodológico que ha probado ser eficaz en este terreno. Esta eficacia es para determinada manera de pensar, razón suficiente para hablar de validez universal.

A este respecto trataremos de mostrar cómo en la construcción de definiciones, de modelos, de metas de tipo social, se ha utilizado la metodología con lo que se ha construido todo el conocimiento médico que ha permitido curar al individuo. La premisa para esta transposición es la de que lo que es válido para un hombre es válido para la sociedad en su conjunto.

Acá tocamos entonces el segundo problema que nos interesa tratar. El problema del contenido ideológico de la ciencia o, también, la utilización ideológica del conocimiento científico.

La magnitud e importancia de este tema trasciende a todas luces las posibilidades de este trabajo, sin embargo, merece que por lo menos nos refiramos a él en términos muy generales y enfocándolo directamente hacia lo que significa en la práctica concreta de una profesión como la medicina.

No basta en este momento decir que el científico y el técnico no son neutrales y que la pretendida objetividad de la ciencia está condicionada por el papel que la sociedad les asigne a los científicos en un momento dado.

Es necesario particularizar, materializar esta afirmación de tal manera que nos permita “ver” en una sociedad como la nuestra, qué condiciona el desarrollo de las disciplinas y de las profesiones.

En la medicina concretamente, el desarrollo de la ciencia médica coloca a los profesionales en una de estas situaciones:

- O, conscientes de la eficacia de su conocimiento para resolver determinados problemas, consideran que en ello está su aporte al proceso social y carecen de interés por cualquier otro tipo de problemas: (¡Eso que lo resuelvan otros!). Es más, se resisten a que alguien de otra disciplina “invada” sus terrenos alegando que “eso” no es medicina o que la medicina solo es comprensible en sí misma y no a partir de otros puntos de vista.
- O universalizan la validez de su conocimiento y lo pasan a intentar resolver con él otro tipo de problemas, basados en la “concreción” de su experiencia, la que oponen a la “abstracción” de otras disciplinas u otros métodos.

En ambas actitudes hay un bloqueo hacia otras formas de pensamiento, bloqueo que es fundamentalmente de tipo ideológico y producto de la ubicación de clase que la medicina tiene entre nosotros.

De aquí la necesidad de comenzar por un estudio de lo que es realmente el conocimiento médico, hasta qué punto es diferente de el de otras disciplinas, como método, no como objeto de estudio, lo que es innegable.

Esto último nos refiere a un aspecto esencial, el de que si los métodos de las diversas disciplinas tienen en común justamente aquello que les impide integrar la realidad, es decir, contienen el elemento metodológico analítico y además el elemento ideológico de suficiencia, los famosos grupos multidisciplinarios no pueden aportar mayor cosa, como esfuerzo totalizante. La suma de las partes no es necesariamente igual al conjunto de ellas.

Con estas consideraciones y con estos propósitos pasemos ahora a estudiar algunos aspectos concretos de la salud y de la medicina.

Capítulo 2

Aspectos metodológicos

El problema de las definiciones

Siempre que se intenta abordar un tema más o menos importante, es clásico tratar de definirlo en una forma clara, concisa y objetiva. Sin embargo, este intento no es siempre bien logrado. El incurrir en una serie de errores de tipo teórico y metodológico hace que estas definiciones, lejos de aclarar, contribuyan a oscurecer y desviar la atención del problema real que se quiere estudiar.

Tipos de definiciones. Sin querer establecer una tipología exhaustiva de los tipos de definiciones, hacemos una distinción entre:

Aquellas que describen un objeto o fenómeno y no conllevan una idea valorativa del mismo. Tales son las definiciones que enuncian los componentes fundamentales del objeto o hecho descrito, por ejemplo: definir una locomotora o una organización.

Aquellas que intentan definir un fenómeno del cual se tiene una idea de valoración, gradación o jerarquía. Así no es fácil definir la salud sin tener como referencia a la enfermedad y, por ende, a una serie de puntos intermedios entre ambas. Otro caso es el desarrollo que es referido necesariamente a una situación de subdesarrollo. En otras palabras, son definiciones que no solo quieren definir, sino que necesariamente deben tener un punto de referencia.

Estas definiciones, de intentar seguir la metodología analítica y descriptiva de las anteriores, corren el riesgo de tomar como elemento fundamental un grado de esa variable y no la variable misma.

Esto nos obliga a plantear desde ahora la dificultad para aislar una variable como tal de una realidad compleja. Dicho en otra forma: hay ciertos objetos, cosas o instituciones que, de hecho, tienen cierta individualidad y, por lo tanto, pueden en alguna forma ser estudiados, analizados como tales.

En cambio, hay una serie de aspectos de la realidad especialmente social que no tienen tal individualidad por lo que al convertirlos en individualidad se está haciendo una peligrosa abstracción. Como dice Foucault, solo es analizable lo que es en sí mismo analítico.

Detengámonos en este tipo de definiciones por cuanto, a mi manera de ver, encierran en sí grandes confusiones de tipo teórico y metodológico en varios niveles.

Los niveles de análisis

En primer lugar, pensamos que el traspaso mecánico de la metodología de definición de un tipo a otro de objetos de estudio es una generalización en base a la manera como se define y no en base al tipo de elemento definido que es realmente lo importante.

En segundo lugar, es necesario establecer la diferencia entre elementos estáticos o estructurales y elementos dinámicos o de proceso, por cuanto el traslado simple de una metodología de definición a nivel estructural, y por tanto sincrónico, a un nivel de proceso, y por tanto diacrónico, conlleva necesariamente el violentar elementos que solo tienen validez en uno de los niveles.

En este problema se incurre frecuentemente. Como dice Galtung (1971), ante la presión de la realidad se intenta sacar conclusiones para la historia de datos obtenidos en un momento. Un ejemplo es el análisis de las relaciones entre salud y desarrollo, en el cual se toma una serie de datos de diferentes países en un momento dado y se les compara entre sí. Ello no crearía problema si solo se tratara de establecer diferencias, pero cuando se intenta, a través de esta comparación, mostrar un camino, lo que se está haciendo es pasar de un nivel sincrónico, del análisis de un momento, al nivel diacrónico, al análisis de un proceso en el tiempo, pasando así por encima de la historia que generó las diversas situaciones de salud y de desarrollo, en el momento actual.

Aunque parezca paradójico, justamente la diferenciación tajante del proceso y la estructura y su estudio por separado —método analítico— es lo que crea la confusión arriba descrita, pues del estudio de elementos diferentes se pasa a las conclusiones comunes.

La historia

En tercer lugar, este traspaso de nivel no solo tiene el problema antes descrito, sino que arrastra un supuesto quizás más problemático: el de un

modelo seudohistórico implícito. Al suponer que un país, por ejemplo, en un momento determinado, sea el fin del camino del que hablamos, se les da a las características de dicho país un peso valorativo de meta o de modelo que pasa a ser superpuesto a las demás realidades y, por comparación, no solo se señalan los caminos, sino que se levantan las diferencias. De acuerdo a esto, el problema de tales aplicaciones tiene dos aspectos, a saber:

- El aplicar un modelo histórico como meta señala un camino en el tiempo con datos de un momento y muestra una situación determinada como la meta de los demás. En el caso de países, uno de ellos pasa a ser la meta de los demás, lo que nos muestra ya no problemas teóricos y metodológicos sino evidentes implicaciones políticas y sociales.
- Al aplicar dicho modelo para relevar las diferencias, no solo se tiene implícita la idea de que hay que corregirlas hasta hacerlas iguales al modelo, sino que las soluciones dadas para lograr dichas correcciones, al no tener en cuenta cómo se generaron las situaciones, sino hacia dónde se quieren llevar, se limitan a recomendaciones vacías o a la enunciación de postulados o declaraciones de principios que aunque deseables y enmarcados en problemas reales y concretos permanecen, por lo dicho, en estado de recomendaciones, planes, ideas, etc.

En cuarto lugar, debemos analizar una variante del punto anterior; la aplicación de modelos puramente formales, carentes de referente histórico concreto (país, etc.). Cabe destacar, ante todo, que dicho modelo formal, normativo, no es independiente de realidades concretas existentes en ese momento, sino que está influido directa o indirectamente por ellas. La diferencia fundamental es que ya no toma estrictamente como metas las de una realidad históricamente determinada (país), sino que hace una síntesis en abstracto de lo que juzga como ideal, como deseable, de realidades de distintos orígenes en el espacio y aún de diversas épocas históricas. Este grado de abstracción obscurece en parte el contenido social y político de tales modelos (sin obscurecer sus finalidades, claro está), haciéndolos más aceptables a las conciencias quisquillosas y permitiendo que dicha generalidad se adapte fácilmente a cualquier realidad histórica.

Se quiere, por ejemplo, llevar al país a una situación de bonanza como la que disfruta la clase alta de EEUU, de paz como la de Suiza, de orden como Alemania, de igualdad como la China. O, en términos de salud, se trae la tecnología de EEUU, la planificación socialista, las campañas de Indonesia, las

instituciones de otro país, etc. A esto se reduce, generalmente, el “estudio” de nuestros dirigentes en el exterior y sus buenas ideas¹.

Esta posición contiene en sí los mismos inconvenientes del modelo anterior, vale decir, la presidencia de la historia como componente explicativo de situaciones reales y la alta abstracción de las proposiciones y soluciones que se dan para resolver los “problemas” señalados por los modelos o aún los problemas que se manifiestan a través de las posiciones de clase de los pueblos.

Sin embargo, esta es quizás la corriente de pensamiento más frecuente en el análisis de los problemas latinoamericanos y, concretamente, en el análisis de los problemas de la salud. La razón de ello está precisamente en que el grado de abstracción en que se plantean los problemas y se postulan las soluciones dan a estos un aire de “objetividad”, de “cientificidad”, que es muy atractivo para aquellos científicos formados en escuelas de profesionalización que separan tajantemente su actividad sociopolítica de su actividad científica.

En este aspecto concreto, la definición sobre aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, la formulación de planes y programas de salud para la sociedad, los países y las regiones han estado basados en la concepción ideológica y metodológica que los médicos tienen de la realidad, concepción aceptada por ellos y a veces por la sociedad misma como de validez indiscutible y que se defiende celosamente de las incursiones de otras disciplinas que “no saben de salud”.

Las variables

En quinto lugar, debemos analizar el problema de la correlación entre variables, concretamente y para nuestro interés inmediato, el análisis de la relación entre salud y desarrollo.

¹ En el fondo, esto tiene el mismo significado ideológico de aquellas señoras que, al viajar a Europa, traen lo que allí es un modo de vida, para convertirlo en adorno y “lujo” acá. No es, pues, raro encontrar en los barrios llamados “elegantes” de nuestras ciudades casas de tipo suizo, francés, español, etc.

La variable desarrollo

Este “desarrollo” al ser analizado como variable debe ser limitado para evitar que su manejo equívoco nos lleve a conclusiones erróneas. Si se entiende el desarrollo como aquel proceso que deben recorrer los países para llegar a la situación actual, a una situación deseada, nos encontramos con todos los problemas que hemos intentado analizar en los puntos anteriores y, por lo tanto, estamos en presencia de una variable construida en base a unos supuestos teóricos y metodológicos inaceptables, por cuanto prescinden, como hemos dicho, de elementos fundamentales que aseguren la real delimitación de una variable como componente de la realidad.

Si, por el contrario, estamos considerando el desarrollo como el proceso a través del cual se realizan históricamente las fuerzas sociales (y esto no es ciertamente el sentido que se le da normalmente), encontramos una dificultad metodológica muy importante y es que estamos en presencia ya no de un componente del proceso, sino del proceso como tal o, en otros términos, de la variable más general, la variable contextual: por lo tanto, al querer relacionarla con otra variable necesariamente más restringida, vamos a encontrar que el porcentaje de variación explicado por ella es del cien por ciento, lo que nos debe hacer pensar que estamos analizando una tautología².

Gráficamente, podríamos representarlo así:



² Una crítica al desarrollismo en profundidad puede verse en *Dependencia y Desarrollo en América Latina*, de F.H. Cardoso y Enzo Faletto (1969).

La variable salud

En la definición de la variable salud encontramos todos los problemas relevados en los puntos anteriores, por cuanto necesariamente la definición de un estado de salud, bien sea real o ideal, implica la utilización de un modelo valorativo de normas reales o ideales con las consecuencias ya señaladas. Sin embargo, y en base al diagrama anterior, podemos mostrar cómo el método analítico, al ser traspuesto al nivel social en el sentido de aislar un sector salud de una realidad social dada, puede sin duda hacer algunos aportes, pero debe ser considerado con sumo cuidado por cuanto las conclusiones sacadas al nivel del sector pueden ser incluso contradictorias con otras sacadas al nivel más general. Es más, dado que el aislamiento de un sector de la realidad tiene que ser el resultado de una forma de abstracción, las conclusiones sacadas a ese nivel pueden ser también abstractas y solo eso.

En otras palabras, lo que hacemos al aislar un sector salud, es despojar a la realidad de su contenido político, social e ideológico para quedarnos con el contenido, digamos, físico, y solo incluimos al resto de la realidad como variable que se relaciona en “alguna forma” con nuestra variable en estudio.

En sexto lugar, es necesario tomar otra de las fuentes utilizadas para definir y, concretamente en nuestro caso, para definir el desarrollo y la salud. Se trata de utilizar datos de otro nivel de análisis, ya no relacionado con el tiempo y el espacio, sino con las unidades de análisis. En este caso se obtienen datos de individuos que, por el hecho de deambular, trabajar, hablar, participar, promover, etc., se consideran como sanos. A partir de ello, la medicina comprueba la existencia de hechos biológicos que difieren en los sanos y en los enfermos (hemoglobina, capacidad respiratoria, estatura, etc.) de acuerdo a análisis promediales. Si los sanos tienen el promedio tales o cuales valores en la medición de ciertas cualidades internas o externas, aquel que no cumple dicho promedio pasará a ser considerado enfermo, patológico, anormal. Este tipo de parámetro ha mostrado indudable riqueza en el progreso de la medicina entendida como la ciencia que intenta mejorar la salud del individuo. Sin embargo, cuando surge el concepto de “salud pública”, la simple verificación de esta anormalidad a nivel de muchos individuos lleva a la definición del nivel de salud, y en la corrección de dicho nivel se concentran los esfuerzos de la salud pública y de la medicina social.

Esta generalización ha permitido ciertamente el desarrollo de aspectos fundamentales de esta disciplina como son los aspectos epidemiológicos y sanitarios, pero surge al mismo tiempo la limitación de dichos aspectos, pues el hombre tiene que trabajar, pensar, opinar, participar, comer, y tales actividades necesariamente deben ser tenidas en cuenta. Sucede, sin embargo, que,

debido al origen metodológico y social de la disciplina, pasan a ser considerados como factores extrasectoriales.

En otras palabras, se pasa a considerar a un grupo determinado de la población como con bajo nivel de salud, lo que a su vez y sin mayores explicaciones es considerado como una limitación al desarrollo, sin tener en cuenta que estos individuos y no otros son los que componen la fuerza de trabajo, de la cual se extrae el excedente económico y es la base de sustentación del sistema. Dicho de otra forma: la gran mayoría del país pasa a ser considerada como algo anormal, como un obstáculo.

Esta consideración nos coloca nuevamente ante el modelo comparativo, pues necesariamente hace referencia a otras situaciones, en otros países, considerando el nivel de salud en otro país “desarrollado” como la meta de la salud pública. En este caso, el modelo no es tan problemático por el lado de las metas propuestas como puede serlo el de desarrollo, aunque no podemos negar que las metas en salud no son ajenas a otras metas. El problema fundamental reside en que las medidas a tomar, las soluciones, no pueden quedar sino en el nivel de los deseos por cuanto no tienen en cuenta las condiciones históricas que generan una situación de salud dada.

De lo individual a lo social

En este estado encontramos actualmente a la medicina social y la salud pública. Por una parte, tratan, mediante la corrección individual de anomalías promediales, de elevar el promedio de la sociedad, en una transposición mecánica de niveles, lo que lleva a plantear el problema como si hubiera “escasez de recursos” para dicha corrección, en la medida en que son considerados homogéneos los promedios. Es, pues, igual el promedio de comida que el promedio de hemoglobina en la sangre que el de rubidio en la cámara anterior. El primero es considerado extrasectorial a la salud pública, mientras que, respecto a los otros dos, se intenta elevar su nivel por una serie de métodos que siempre resultan “costosos” y que, en su mayoría, son también extrasectoriales. Por estas razones la salud pública ha pasado a ser considerada como la impotente de las ciencias de la salud. Esta homogeneidad es mucho más problemática en la medida en que se considera “al hombre” como algo homogéneo y por lo tanto se supone que los orígenes de sus promedios son iguales. Esto lleva a realizar grandes investigaciones para averiguar el “origen médico” de la desnutrición dejando al “origen social” como extrasectorial, lo que concentra la atención del investigador en aquellos individuos cuya

desnutrición no tiene un origen social, sino fisiológico o metabólico, y que no son otros que los que pueden comer, pero no pueden aprovechar lo que comen por perversas razones.

En otras palabras, la consideración de la sociedad como un conglomerado homogéneo es un mecanismo concentrador en la medida en que se destinan todos los esfuerzos de una sociedad a solucionar los problemas de los sectores sociales “más desarrollados”, problemas que son los importantes en la medida en que los problemas de los otros sectores son producto del atraso, de la “pereza o desidia intrínseca a ellos”.

La historia natural de la enfermedad

Hasta aquí solamente hemos mencionado problemas de enfermedades que tienen una determinada incidencia en la población, que no es otra que la repetición en varios individuos de lo que se da en uno. La solución a esto estaría en implementar el tratamiento que se da a uno para que lo puedan recibir todos. Ya señalamos la lógica y la ideología de este método, pero vimos que deja de lado el hecho social que hace que esa enfermedad se repita en varios individuos. Dijimos, también, que cuando la perspectiva analítica mencionada acepta la necesidad de estudiar esas condiciones en las que la enfermedad se generaliza, lo considera un problema extrasectorial.

Se considera pues, que la enfermedad tiene en el individuo una historia natural y, por lo tanto, al generalizarse a varios individuos, la historia de la enfermedad sigue siendo natural.

Quiere decir que es “natural” que una persona sometida a un agente patológico desarrolle determinada enfermedad pero cuando se generaliza a una comunidad la afirmación hay que hacerla con más cuidado por cuanto las variables que determinan la susceptibilidad de ciertos grupos sociales y aún de ciertos grupos etarios ya no se pueden considerar tan naturales; con mayor razón si existen marcos teóricos que permiten pensar que ciertas situaciones sociales no son tan naturales, sino por el contrario, aberrante producto de una determinada forma de organización social.

Con esto queremos decir que, si bien puede hablarse de la forma natural en que se reproducen el estreptococo, o un parásito cualquiera, ya no es tan natural que este se desarrolle única o preferentemente, en determinados sectores de la población. Lo que sucede es que se considera historia natural a todo proceso que inicia, pasa necesariamente por ciertas etapas y finaliza.

Esto es válido para las plantas, los animales, en el sentido de que un individuo debe pasar necesariamente por ciertas etapas para llegar a ser adulto.

En el caso de la enfermedad en un individuo, este modelo de historia natural también parece acomodarse y ser útil en la medida en que el proceso patológico también desarrolla una serie de etapas hasta su resolución final. Pero cuando se analiza ese mismo proceso en un conjunto de individuos, el empirismo nos tiende una celada que conduce a conclusiones bastante equívocas.

Así la aparente evidencia de que cierta enfermedad se presente siempre entre ciertos grupos sociales o a ciertas edades, nos lleva a la conclusión de que la historia natural de esa enfermedad es presentarse en esos grupos sociales o edades. Así llega a ser natural que la gastroenteritis se presente en menores de un año, o llega a ser natural que la desnutrición se presente entre nuestros campesinos, o la blenorragia se presente en las prostitutas.

Ante lo aberrante de estas conclusiones, se hace necesario superar el modelo de historia natural de la enfermedad para afrontar el modelo de la historia social de ella.

Cuando este sentido de lo natural se aplica a lo social, aplicación que se manifiesta a través de términos como crecimiento y desarrollo, la idea adquiere una connotación ideológica más clara y útil a ciertos intereses. Los países subdesarrollados deben esperar a crecer, a desarrollarse, a seguir su historia natural y no deben sino hacer ajustes dentro de los cauces naturales de su desarrollo. En esta misma línea de análisis, si consideramos el concepto de patología social comprenderemos que este concepto ha abandonado todo sentido útil y científico para convertirse en puramente ideológico.

Esto se basa en una nueva generalización. Si el individuo es un organismo, un conjunto de individuos debe también funcionar como un organismo y como corolario habría que concluir que si lo que daña a un individuo es enfermedad, lo que daña a un grupo de individuos (la sociedad) también será una enfermedad.

Claro está que, mientras no nos refiramos sino a una enfermedad en varios o muchos individuos, el concepto de enfermedad o patología social solo tendrá las limitaciones señaladas anteriormente. Pero cuando tomamos a la sociedad como un ser orgánico e identificamos a la sociedad actual, aquí y ahora, como un organismo que tiene una “historia natural”, un “desarrollo” y un “crecimiento” propios, estamos llamando anormal o enfermo a todo aquello que tienda a modificar dicha sociedad en su “desarrollo” o “crecimiento” naturales.

No se discute si esa sociedad debe ser modificada o no, por cuanto se está “desarrollando normalmente”. Se reconoce como anormal o patológico a

todo aquello que intente alterar la vida ya no de la sociedad sino del grupo dominante. Se reconoce como anormal o patológico a toda tendencia al cambio. Es así como el descontento, los movimientos reivindicatorios, los robos y asaltos, etc., no son considerados productos de una sociedad contradictoria sino enfermedades que hay que curar, independientemente de la causa que las produce. Esta visión de una normalidad en base a promedios adquiere, pues, una connotación puramente moralista. Por último, se llega a considerar a muchos de los mecanismos que sustentan el actual estado de cosas como enfermedades sociales por el hecho de que aparecen en el tiempo con menos frecuencia que en los tiempos llamados normales. Tal es el caso de las guerras, por ejemplo, y de otros hechos sociales como el desempleo en el que la mayor frecuencia es tomada con respecto a la población y en un solo momento.

Estas últimas apreciaciones nos muestran cómo se llega a distorsionar la idea de normalidad de acuerdo a los intereses explícitos de una clase dominante, y cómo la ideología puede hacer aparecer ante sus ojos con toda claridad, problemas que desde otro ángulo son altamente complejos e incluso contradictorios con la aparente claridad. Se vive de la guerra, pero se ataca a la guerra. Hay propiedad porque no hay propiedad, pero se clama por una propiedad para todos. Hay excelente salud para unos porque no hay ninguna para otros, pero se clama por una salud para todos.

Hasta ahora hemos tratado de estudiar las limitaciones propias del método mismo de la medicina para trascender cierto tipo de problemas, para dar el paso de lo individual a lo social. Pero habíamos mencionado una serie de aspectos de tipo ideológico y social, producto del papel del médico en una sociedad como esta, que constituían nuevas barreras para la solución al problema de la salud. Tendremos entonces que pasar a estudiar la formación del médico, su forma de vida, cómo ejerce su profesión, sus motivaciones reales, las de la sociedad al destinar parte de su producto a dar salud, etc.

El problema no es solo el pasar del diagnóstico individual al diagnóstico social, de la etiología inmediata y específica a la mediata y contextual sino el pasar del tratamiento y prevención individual o de grupos a una curación y prevención social. Esto no significa la búsqueda de un sistema de seguridad social, sino, más bien, la búsqueda de un sistema social seguro.

Capítulo 3

Hacia un marco teórico más comprensivo

La visión literaria

Explorando en otros terrenos y al repasar el campo de la literatura, por ejemplo¹, encontramos todo tipo de obras que hablan sobre los aspectos antes mencionados, pero haciendo énfasis en las condiciones personales del médico o en la forma como los individuos perciben la actividad de este (Balzac, Molière, Mann).

En algunas de ellas, podemos apreciar alusiones a aspectos más generales del problema de la salud y de la medicina pero que, en suma, no permiten superar el actual nivel de análisis. Incluso podríamos decir que el actual nivel científico del estudio al respecto está orientado por dicha literatura, en la medida en que se hace a partir de casos individuales y desde puntos de vista meramente subjetivos.

Mencionaré una obra de Desmond Morris (1969) en la que, si bien es cierto, el autor no hace un estudio serio sobre nada, menciona un aspecto, bastante interesante sobre todo por sus implicaciones. Sostiene que el médico es un sacador de pulgas y un lamedor de heridas especializado. Lo que el autor anota, a mi manera de ver, es que uno de los antropoides que primero diferenció su trabajo con respecto a los demás fue aquel encargado de velar por “la salud del grupo”; diferenciación que le permitió alejarse de la labor “común” al resto, o sea, la recolección y la caza.

Implica esto una diferente apreciación de ese individuo o, mejor, de lo que hace, por parte del resto de la comunidad, una nueva forma de subsistir socialmente, un nuevo origen del ingreso personal, una forma de división del trabajo.

¹ Ver la obra de Henry Sigerist, *Civilización y enfermedad*, en donde hay un amplio recuento a este respecto.

El contexto social

Lo importante, en suma, es que el estudio sobre la medicina y la salud no debe enfocarse en los individuos mismos y su trabajo a nivel individual (lo que saben hacer, cómo lo hacen, cómo lo debieran hacer). Es necesario ubicar el estudio en un plano social, en el cual se pueda contemplar el significado social de una actividad, sus relaciones con las demás actividades y con la totalidad de ellas, las repercusiones que dicha actividad tiene en la sociedad, lo que corresponde no solo a su característica específica sino el hecho mismo de ser una relación social.

En otras palabras, al hablar en este caso del trabajo médico, debemos tener presente que, fundamentalmente, el ejercicio de la medicina es un trabajo, una forma de subsistir, con características definidas y, hay que reconocerlo, muy peculiares, pero que simplemente califican el aspecto esencial: el trabajo.

Conviene enfatizar esto por cuanto tenemos la tendencia a enfocar el problema desde el punto de vista solamente de la calificación, con lo que estamos prescindiendo del factor dominante, es decir, que la medicina es una forma de sobrevivir, y no simplemente una forma de curar. Es lo que ocurre cuando decimos que la medicina es el arte de curar o es para dar salud.

De acuerdo a lo anterior, debemos vincular la actividad médica y la de salud al marco de las relaciones sociales generales derivadas, ya no de la actividad específica, dar salud, sino del modo de producción de bienes y servicios en una sociedad dada.

Esta vinculación, si se hace partiendo del estudio específico de la actividad médica, nos llevará a considerar esta actividad en relación a otras, lo que ya hemos criticado (Véase la relación salud-desarrollo). La solución estará, pues, por el lado de considerar primero los mecanismos fundamentales generados a partir de las relaciones sociales generales y luego especificarlas de acuerdo a relaciones más concretas.

Al hacer el análisis de las relaciones sociales, necesariamente debemos referirnos a ellas no en abstracto sino en la forma como se desarrollan en una realidad concreta en un proceso dado.

No tiene sentido, pues, estudiar los diversos trabajos y las diversas relaciones en general, sino enmarcadas en realidades concretas. No tiene sentido hablar de la medicina, del médico, de la salud. Tiene sentido hablar de esos temas aquí y ahora.

Esta concreción se debe a la necesidad de revelar lo que es específico a nuestros países. La forma en que ellos están vinculados a un modo de producción dado, a un sistema de relaciones internacionales y la forma en que

esto repercute en las condiciones y las relaciones internas, condicionando así una serie de diferencias y un conjunto de relaciones, solamente explicables en este contexto.

Al hacer esta especificación conviene referirnos, así sea rápidamente, a una falsa interpretación por lo demás muy común.

Se argumenta, en el caso de la medicina y de la salud, que estas tienen características universales, que no se puede hablar de una ciencia nacional, de una medicina nacional, por cuanto las enfermedades son iguales en todas partes, los antibióticos curan infecciones en todo lugar.

Es necesario hacer en primer lugar una aclaración, por cuanto se trata de una confusión de niveles; por una parte, es cierto que no puede haber una ciencia nacional. Este punto no lo discute actualmente nadie, a pesar de que fue común hace algunas décadas. Otra cosa es tomar implicaciones de un caso individual y de él sacar conclusiones a nivel social como ya señalamos.

Si bien es cierto que la forma de manifestarse las enfermedades tiene elementos comunes, las causas por las que un *grupo de enfermedades* es *dominante* en una región y otro lo es en otra, depende no solo de factores ecológicos y biológicos sino de las relaciones sociales vigentes en dicha región.

Concretamente, el predominio de enfermedades hídras, característico de nuestros países, en cierto grupo de edades, es una manifestación de las relaciones sociales vigentes y no simplemente un indicador de atraso o de subdesarrollo. La modificación de esta situación no puede depender simplemente de los adelantos tecnológicos, sino de su utilización y ubicación, lo que depende ya no de la tecnología y de la ciencia misma, sino de las relaciones sociales propias de un sistema de producción. Es en estas relaciones en las que hay que profundizar para poder asimilar la tecnología, de tal manera que no genere efectos contrarios a los producidos en los medios en donde fue concebida.

Con este breve comentario hemos llegado a una primera aproximación de dos elementos fundamentales del estudio:

- a) La medicina como un trabajo y el médico como un trabajador.
- b) La enfermedad como producto de una causalidad múltiple, estructurada bajo determinados hechos históricos, en el que los factores sociales, económicos y políticos son dominantes, lo que se hace más claro cuando se analiza un grupo.

Hago estas proposiciones básicas con la idea de que se hará mucho más comprensible el proceso de la medicina y de la salud si incluimos estos elementos en el análisis, en vez de los métodos anteriores, —en los que solo

se contempla el médico como un personaje que posee el don de curar, a la medicina como la simple función de curar y a la salud como el resultado promedial de la evolución de ciertos grupos sociales—. Insistir en ello solo llevará, como hemos dicho, a redundancias, planes y proposiciones irreales que tienen no solo poca utilidad práctica, sino un contenido ideológico revestido de un aparente toque científico. Un enfoque peligroso por cuanto limita las posibilidades reales de cambio en las actuales condiciones sociales y concretamente en la situación de salud.

Al proponer este estudio se nos presentan dificultades que es necesario tener en cuenta. Por una parte, es necesario desmitificar una profesión que se ha ideologizado en tal forma que ya no se reconoce a sí misma como un trabajo; pero al asumir tal tarea conlleva el rechazo directo sin previo análisis, la incompreensión y la deformación.

Por otra parte, la misma forma de plantear el problema hace necesario el estudio de elementos múltiples de la realidad, no en una forma “multidisciplinaria” como querrían algunos, sino en una forma totalizante y estructurada.

Habrà que enfrentarse entonces a problemas más generales que el propuesto: la universidad, la profesionalización, la economía, el papel del Estado, las clases sociales, la historia, la política.

Sin embargo, creo que se puede intentar sin demasiado pesimismo por cuanto no se trata de profundizar cada tema sino más bien, de estudiar cómo cada uno de ellos ha influido en el desarrollo histórico de la medicina y de la prestación de salud.

Capítulo 4

Hacia un nivel de mayor concreción

Los supuestos

Hemos dejado para este momento el estudio de una serie de supuestos sobre los que descansa toda la concepción que los médicos tienen de su trabajo y que la sociedad acepta como los fundamentos de su práctica profesional.

A través de su estudio cuidadoso podemos pasar, de la discusión teórica y metodológica que hasta ahora hemos desarrollado, al análisis y la comprensión de aspectos más específicos. La intención es, no solamente presentar un marco teórico coherente que dé cuenta de los problemas que se presentan en el nivel mismo de una teoría del conocimiento, sino que permita, a partir de esta, ilustrar aspectos de la realidad concreta con miras a orientarla y modificarla.

La necesidad de salud

Para avanzar en este terreno, difícil, por cierto, hay que distinguir entre: 1) La necesidad natural por conservarse vivo y 2) la orientación científica y tecnológica de un grupo humano para lograr tal fin.

En cuanto al primer punto, acepto esa necesidad de sobrevivir como un acto prácticamente instintivo, aunque debe precisarse exactamente qué es lo que se entiende por sobrevivir.

En el caso de un animal, el instinto aporta todo lo relacionado a la sobrevivencia, que está referida única y exclusivamente a la reproducción de la especie y al mantenimiento de la vida en la primera edad y en la edad reproductiva.

En el hombre, en cambio, como producto del proceso histórico de socialización, esta necesidad presenta variaciones importantes por cuanto los conceptos de vida, de nivel de vida, de salud, de bienestar están fuertemente condicionados por las relaciones sociales desarrolladas en determinado momento. Sabemos que esta varianza se debe principalmente al momento histórico, la situación geográfica, el tipo de sociedad, su grado de integración a ella.

No es lo mismo un dolor para un campesino que para una reina de belleza. Ciertos niveles de hemoglobina que para determinados grupos sociales son alarmantes, y causa segura de hospitalización, son lo normal y común en otros grupos.

Reconocemos que la tan usada frase, “la salud es una necesidad humana”, tiene elementos reales; pero llamamos la atención sobre el hecho de que esta aparente verdad oculta aspectos esenciales, como el de que esta necesidad está condicionada por una serie de factores de mucha importancia para una mejor comprensión de la misma.

Esta idea de la salud como una necesidad básica y esencial al hombre ha conducido a darle al estudio del desarrollo de la medicina un carácter atemporal, por un lado, y lineal, por el otro.

Atemporal en el sentido de que, siendo esa necesidad una constante en todo tiempo y lugar y siendo el médico el encargado de atender esa situación, aparece como lógico que tenga un prestigio especial y ocupe un lugar privilegiado en la sociedad. No tiene en cuenta el hecho de que en ciertas sociedades la “necesidad de salud” no ha sido satisfecha por una persona en especial como en el caso de sociedades en las que no existe la profesionalización o existe en formas particulares.

Prescinde del hecho de que no existen necesidades básicas en abstracto, sino necesidades producto de circunstancias sociobiológicas muy precisas. Por ejemplo, aceptamos que el comer en abstracto es una necesidad biológica absoluta y básica. Pero la forma de satisfacer esa necesidad depende del tipo de sociedad y su organización para la producción. Qué se come, cómo, cuándo, son elementos que pasan a ser más importantes y determinantes que el hecho biológico mismo. Entre nosotros una persona puede morir de hambre por no tener acceso social a ciertos alimentos.

De otro lado se habla de necesidades accesorias o suntuarias como el complemento a las básicas ya mencionadas. Pero si negamos la importancia de asignar el calificativo de básicas debemos negar también la importancia del otro calificativo. Tal es el caso del uso de cosméticos, por ejemplo, tradicionalmente considerado como no básico. Pero esta consideración no resiste como la anterior el más mínimo análisis. Así, una secretaria necesita de los cosméticos para sobrevivir como secretaria, y esa necesidad se convierte en

básica para ese caso concreto, aún por encima de la necesidad de comer. Así la secretaria de marras preferirá y *tendrá* que utilizar los cosméticos recomendados por “la moda” así no pueda comer esa semana.

La distinción entre lo básico y lo no básico tiene algún piso en el terreno de lo biológico, pero no es demasiado útil para explicar los procesos sociales y, al contrario, conduce a equívocos e incomprensiones. Decimos que esto conduce a un análisis *lineal*, pues lleva a creer que el desarrollo de la medicina va siempre en sentido ascendente y que este cada vez es necesariamente mejor. Esto, sin embargo, puede ser cierto a nivel de algunos individuos y de algunas enfermedades, pero en su conjunto resulta una afirmación, por lo menos fuerte, decir que la medicina es mejor hoy, cuando esta medicina muestra una sorpresiva incapacidad para resolver el problema de la salud de la comunidad, a pesar de sus avances en la corrección de cierta patología individual.

Esta confianza acrítica en el hecho de que la medicina es cada vez mejor “naturalmente”, es uno de los factores que nos han impedido cuestionar esa medicina e intentar comprenderla en toda su complejidad.

A quién se consulta

Continuando en esta línea de análisis, o sea, tratando de desentrañar los orígenes y los determinantes de comportamientos específicos, podemos decir que si bien esta necesidad, ya condicionada como tal, lleva al hombre a consultar o, mejor, a tratar de satisfacer esa necesidad, no necesariamente lo ha de llevar a consultar al médico. Para que esto ocurra, son necesarias otras condiciones diferentes que están determinadas por la forma dominante de organización social y, sobre todo, por la forma en que el individuo o el grupo estén vinculados a ella.

En el caso extremo, a nadie le extraña que una comunidad indígena cerrada y aislada requiera satisfacer sus necesidades a través de la organización misma de la comunidad. Concretamente, es el hechicero o curandero el encargado de “resolver” los problemas de salud. En igual forma, sectores sociales ubicados en un polo de la relación de dominación de la sociedad que ha desarrollado determinada tecnología médica, sometidos al proceso político y de la propiedad, tienen dificultades para buscar en esa tecnología (no desarrollada para ellos) la solución a sus problemas y tienden, por el contrario, a solucionarlos con los elementos de su propia organización, de su

propio nivel, con quienes lo comparten todo, su miseria, su aislamiento, su enfermedad.

No curará el curandero la tuberculosis, la desnutrición, entre otras cosas, porque estas condiciones no son detectadas por él como anormales, sino por el contrario, como característica inherente al medio en el que se desenvuelve, cosa que le ocurre con frecuencia a los médicos, quienes prácticamente no hacen un diagnóstico de desnutrición, por cuanto eso es algo muy común y en cierto sentido por esa razón no es una enfermedad.

Están determinadas socialmente no solo la necesidad de salud sino también los pasos que se deben dar para satisfacerla. Se consulta, sí, pero no necesariamente al médico, puede ser al curandero, al farmaceuta, al amigo o, por qué no, a sí mismo.

Este breve análisis nos lleva no solo a especificar la necesidad, la demanda, sino la medicina misma... Debemos pues hablar de una medicina que corresponde al tipo de organización social dominante, a la que llamaremos por ahora *medicina institucional* y de otras formas que intentan resolver el problema de la salud como *medicina no institucional o medicina informal o popular*. Puede consultarse en la bibliografía recopilada al final una serie de textos que la describen en algún detalle, a pesar de que ninguno la estudia como elemento de toda una estructura social.

Aunque el interés del presente trabajo está en la primera forma de medicina, conviene hacer algunos comentarios sobre las otras formas mencionadas, a causa de su íntima relación con lo que algunos denominan “demanda real” y “desarrollo potencial” y que tienen una posibilidad real de comprensión en los términos que proponemos.

Una sociedad como la nuestra que, desarrollándose en términos del capitalismo mundial, margina y explota a amplios sectores de la población y que tiene como expresión necesaria la conversión del mundo en un arsenal de mercancías, ha convertido también la salud en una de ellas. Esto nos obliga a analizar el problema de la salud del ejercicio de la medicina y de la enfermedad misma, en el marco de las leyes generales del capitalismo, con sus aspectos económicos, políticos e ideológicos y, específicamente, en el marco de las características concretas de una sociedad dependiente en todos sus aspectos de ese sistema capitalista y muy especialmente de la tecnología allí desarrollada.

En la medida en que este marco conceptual sea correcto, mientras persistan sectores de la población explotados por el proceso social dominante y mientras en los sectores vinculados a dicho proceso, la salud, o mejor, la atención a la enfermedad, sea una mercancía que debe ser adquirida en el mercado, con altos costos, existirá un terreno abonado para la subsistencia de

lo que hemos denominado medicina informal. Así los curanderos, yerbateros y comadronas, seguirán siendo no solo un problema como lo consideran algunos, sino una necesidad de la población, al igual que en otros medios lo es la automedicación, la consulta a los familiares, a los amigos, al farmaceuta, la consulta telefónica, (de la cual se cuidan muchos médicos de prestigio), la consulta a las abuelas para tratar a los niños, etc.

En resumen, la medicina informal es la respuesta primaria a la necesidad de combatir la enfermedad y la medicina institucional es la forma de satisfacer esa necesidad para los sectores ubicados en una forma concreta de organización social.

Partamos de una afirmación: *la medicina institucional ha sido siempre una profesión de élite*. Para formarnos una idea más clara de lo que quiero decir con esto, recurramos a la historia de la humanidad y de nuestra sociedad latinoamericana, así sea muy brevemente.

La medicina en la historia¹

En la antigüedad, concretamente, en las formas esclavistas de la sociedad, la medicina institucional estaba vinculada exclusivamente a quienes no fueran esclavos. Los primeros médicos se formaron al pie de los dioses y ejercieron en compañía de ellos. No está de más recordar que cuando hablamos del esplendor de Grecia, olvidamos fundamentalmente que este solo se logró a costa de la dominación y el trabajo de miles de esclavos.

Debemos tener en cuenta que por aquella época se les prestaba a los esclavos alguna forma de atención médica que pareciera contradecir la proposición inicial.

Precisemos entonces un poco más el hecho. Resulta lógico sostener que, en una sociedad en la que los medios de producción están directa y brutalmente identificados con el hombre, al dueño de estos medios —esclavos— le interesaba que se reprodujeran, que se mantuvieran vivos, etc.

Recordemos además que estos esclavos no eran considerados hombres. Así Platón al hablar de su comunismo, se refería exclusivamente a los ciudadanos.

¹De la extensa bibliografía sobre el tema conviene citar la obra, ya mencionada en este libro, de Henry Sigerist, *Civilización y enfermedad*.

Esta observación nos permite establecer una nueva proposición. Se presta atención médica institucional por múltiples razones. No se presta atención médica solamente porque es un derecho. Las motivaciones para dar salud pueden ser de origen político o económico simplemente.

En la Edad Media, cuando hay un primer distanciamiento físico entre el hombre y los medios de producción, el esclavo pasa a ser siervo, con lo que ya tiene que velar por su salud y la de su familia.

La medicina formal se encierra en castillos y conventos y la medicina informal (brujería) se desarrolla de tal manera que es necesario perseguirla y tratar de exterminarla, por cuanto constituía una fuente de poder diferente a la del señor feudal.

Los médicos más famosos surgen en las cortes, no solo europeas sino del medio oriente y, en forma muy especial, en los conventos y monasterios, donde no solo ejercen su profesión sino que la aprenden. No es otro el origen de la universidad. Es decir, esta tiene su origen formal al amparo de las cortes y los conventos.

En la medida en que las primeras formas de mercantilismo irrumpieron en Europa, encarnadas en la clase emergente de los mercaderes, la medicina salió de los castillos para ubicarse en los hospedajes o postas, donde se desarrolló en la forma de antiguos hospitales u hoteles. Esto, indudablemente, implicó modificaciones no solo en la formación y extracción social del médico, sino en una ampliación de la base demandante de servicios de salud.

Cuando se consolidó una forma de producción capitalista en la cual hay una mayor diferenciación entre el medio de producción y el hombre, dando la idea de que se está explotando a la máquina y no al hombre, el siervo pasa a ser trabajador libre, para que esta libertad teórica dé la apariencia de una total desvinculación con la máquina.

Esta nueva modificación en la estructura de la producción produjo la emergencia de una nueva clase a cuya demanda se plegó la medicina institucional, adoptando la forma de una carrera liberal, en la que la palabra “liberal” da la idea de desvinculación de la medicina con una clase o grupo en especial.

Dentro de esta nueva organización, cabe esperar que los mayores esfuerzos por dar salud estén dirigidos a los medios de producción y no a los trabajadores, lo que se corrobora en la creación del mantenimiento de las máquinas, a las cuales se les presta cuidados preventivos si es necesario (se les coloca aire acondicionado, por ejemplo). Otro ejemplo a este respecto es el trato preferencial que recibe el ganado en las grandes fincas, con respecto a los empleados y sus familias. Es fácil encontrar en ellas niños enfermos de diarrea o desnutrición, pero si hay algún animal enfermo, este tiene los cuidados inmediatos del veterinario, del zootecnista, del práctico local.

No vacilo en afirmar que, en este sentido, el mejor sistema de mantenimiento de salud en nuestro país no es el de los hombres sino el de las máquinas y el del ganado.

Claro está que, en la medida en que los obreros se organizan como un nuevo cliente, ya sea en número o por calificación, tendrán cada vez mayores servicios de salud y esto por dos factores principales: 1) La necesidad de mantener una mano de obra activa y 2) La presión de un sector organizado y cada vez más consciente de su papel esencial en la producción.

El mero análisis cronológico, si bien agrega elementos al estudio, no es suficiente². Se corre el peligro de interpretar la sucesión cronológica como un proceso de desarrollo natural e irreversible, olvidando que la historia es, fundamentalmente, el producto de largas y penosas luchas de grupos emergentes y en disolución y que, de acuerdo al tipo de lucha planteada, podemos reencontrar en el transcurso del tiempo, episodios que se creían ya superados, como la esclavitud, por ejemplo.

Como atravesamos una etapa predominantemente capitalista, enfocaremos el estudio en nuestra realidad tratando de encontrar los elementos que permitan una visión clara de la sociedad y del papel de la medicina en ella.

Puntualizando: es obligatorio comprender la forma como nuestras sociedades latinoamericanas se han vinculado al sistema capitalista, por cuanto esta forma ha de ser diferente a la de otras regiones o países y, por ende, los desarrollos sociales deben tener también cierto dinamismo propio, dentro del dinamismo del capitalismo en general.

Dada la importancia de los procesos sociales en el desarrollo de la aplicación de la tecnología, creemos que la especificidad del proceso social latinoamericano ha de tener influencia en el desarrollo de la aplicación, evolución y utilización de la tecnología médica.

Esto nos permite plantear una nueva proposición. Si bien las motivaciones y determinaciones de la tecnología médica —medicina institucional— corresponden a principios generales relacionados con el deseo del hombre por sobrevivir (demanda) su desarrollo se modifica de acuerdo al desarrollo de cada tipo de sociedad específica. En este caso se trata de la sociedad dependiente (oferta) (Cardoso & Falleto, 1969).

² En la obra del doctor Benjamín Viel se da una visión histórica de tipo cronológico que, aunque no posee riqueza de análisis, permite concluir a su autor que la medicina se ha adaptado y seguirá adaptándose a las formas de organización social vigentes, cosa que aún muchos médicos se resisten a aceptar.

Su estudio permitirá una mayor especificidad en la comprensión y explicación de los procesos estudiados y nos alejará de conceptos “universales” que, debido a su alto grado de abstracción, permiten que cualquier realidad encaje en ellos.

Concretamente decimos entonces que la *medicina en una sociedad como la nuestra es una medicina de clase*. Para desarrollar este punto analicemos la medicina tal como se ha presentado entre nosotros.

Capítulo 5

Se dice que la medicina es una profesión liberal¹

Con esta afirmación se están haciendo una serie de implicaciones no siempre bien comprendidas e interpretadas. Trataremos de destacarlas ubicando en primer lugar una profesión liberal dentro de una sociedad liberal.

Al hacer referencia a una sociedad liberal, surge la necesidad de intentar al menos su ubicación histórica, por cuanto la sociedad liberal no ha existido siempre (quizás nunca) y, por lo tanto, las profesiones liberales tampoco.

Vimos en el capítulo anterior de qué manera la emergencia de nuevas clases en la época feudal representaba modificaciones profundas en las relaciones sociales existentes. Los mercaderes europeos, con un excedente apreciable acumulado, acometieron la producción de artículos en grandes cantidades, para lo cual debieron liquidar la antigua producción artesanal, contar con una mano de obra libre, modificar la tecnología de la producción, derribar las barreras comerciales.

Todas estas modificaciones, cambios, libertades, se consolidaron en una imagen ideológica resumida en lo que algunos denominan una “sociedad de tipo liberal”.

Decíamos, sin embargo, que esta ideología nunca se dio como tal, que solo se fue y se es liberal respecto a otras sociedades, países o personas. Nunca hubo país más proteccionista que Inglaterra en su época más “liberal”.

Al hablar de una sociedad liberal, entendida en estos términos, estamos hablando, en realidad, de una sociedad en la cual el naciente capitalismo ha modificado la estructura socioeconómica y de manera muy especial la ideológica.

En estos cambios debemos referirnos específicamente a una serie de aspectos que están relacionados con la medicina.

¹ Ver la obra de Henri Halsted (1965), *La crisis de la medicina liberal*, en la que se estudian diversos aspectos de este problema.

La aparición del trabajador libre en el mercado de trabajo, en el cual vende su fuerza de trabajo como cualquier mercancía, la aparición de una serie de intermediarios entre los dueños de los medios de producción y los que los trabajan y que se encargan de algunos aspectos no relacionados directamente con la producción, la pequeña burguesía, configuraron un amplio sector con cierta capacidad de compra que se mueve en la sociedad con una cierta “libertad” basada en y determinada por esa capacidad de compra (obtenida al vender su fuerza de trabajo). Todo ello coloca a la medicina en una situación enteramente diferente.

La salud, una mercancía

La salud, materializada en el conocimiento médico y su aplicación, es convertida por esta sociedad en una mercancía más y como todas las mercancías está destinada única y exclusivamente a quienes puedan comprarla.

Por esta razón, la relación médico paciente, entendida como una transacción más, debe estar y está regida de hecho por las leyes del mercado, por las leyes del capitalismo.

Estas leyes del capitalismo imperantes en la denominada sociedad liberal no solo condicionan la relación médico-paciente², sino que requieren una serie de situaciones, de creencias, de ideas que permiten y justifican esa relación específica.

La aparición del trabajador libre hace aparecer a los hombres como iguales entre sí y toda una ideología se desarrolla para materializar esa imagen (hombres iguales y libres; participación de todos en el gobierno a través del voto), ocultando las diferencias de clase.

El médico percibe así a sus pacientes como seres iguales que pueden o no solicitar sus servicios y los pacientes ven a los médicos como diversas

² Sobre este aspecto, ver la obra de Lain Entralgo (1969), *El médico y el enfermo*, en la que se describen los diversos aspectos que inciden en dicha relación y la forma como esta ha evolucionado a través de la historia. No sustenta a fondo el porqué de estos cambios y las razones por las que esta relación ha perdido su “sentido humano” en el marco de la llamada medicina socializada. Tampoco profundiza en los requerimientos, sociales e individuales, necesarios para que esta relación pueda darse en forma real, es decir, que favorezca al paciente, al médico y a la sociedad.

posibilidades en las cuales pueden esperar la satisfacción de su demanda siempre y cuando, claro está, tengan con que pagar³.

El mercado

El médico aparece entonces en el mercado ofreciendo su mercancía, la salud. A ese mercado acuden miles de personas que necesitan esa mercancía.

Es esta condición la que hace que la medicina se ubique como una profesión liberal, es decir, aquella que puede ofrecer *libremente* su mercancía en el mercado, a diferencia de otras profesiones que necesitan más condiciones para aparecer en dicho mercado.

Se trabaja, como se dice vulgarmente, por cuenta propia, se es dueño de su propio negocio, se puede abrir o cerrar a cualquier hora, atender al que se quiera, cobrar en cualquier forma, etc. Estas mismas razones posibilitan que ese mismo médico atienda gratuitamente a ciertos sectores de la población en sus “horas libres”, es decir, en aquellas en las que ya su aspiración social y económica ha sido satisfecha, horas que pasan a reforzar el contexto ideológico de la medicina como una carrera destinada a “hacer el bien”.

Pero se plantean los elementos que hacen que la medicina no sea solo una carrera liberal, sino que además aparezca como una vocación, una profesión noble, que está por encima de esas aparentemente rígidas e inhumanas leyes del mercado. Este aspecto es uno de los pilares sobre los que descansa justamente esa posibilidad de cobrar.

Notemos aquí que los médicos no cobran un sueldo (estos médicos “liberales”), sino que cobran lo que se denomina “honorarios”, lo que contribuye a acentuar las diferencias entre las carreras liberales y los demás trabajos y oficios, fomentando lo que se conoce como el “prestigio” de la medicina.⁴

³ Sobre este tema hay alguna discusión en la obra de Halsted (1965), *La crisis de la medicina liberal*. Es uno de los pilares de la ideología médica y por él han luchado los sindicatos médicos en todos los países y en todos los tiempos. Se trata de la famosa libertad de elección. Si los médicos entendiéramos a fondo el problema que subyace, es decir, que esta libertad de elección requiere, para que sea real, una transformación enorme en las relaciones entre los hombres, habremos dado un gran paso en el campo de la salud, en el mejoramiento de la sociedad misma.

⁴ Como curiosidad, debe recordarse que estos honorarios permiten que, al morir un paciente, el único dinero que se puede retirar de la sucesión es el destinado al pago de ellos.

Neoliberalismo

Esta sociedad liberal (capitalista) regida por una “mano invisible”, en el decir de Adam Smith, encontró pronto serias limitaciones para su desarrollo, limitaciones atribuidas por los ideólogos justamente a esa libertad excesiva. Fue así como luego de las primeras grandes crisis, y debido al desarrollo mismo del sistema, aparecieron modificaciones no solo del sistema económico (Keynes), sino del orden jurídico e ideológico. El Estado pasó a ocupar un lugar, ya no solo en la vida política, sino como instrumento esencial en la economía, dentro de la cual debía reglamentar en alguna forma el mercado y dedicarse a las obras de infraestructura, a capacitar mano de obra y a satisfacer ciertas necesidades de la “nueva población”. Es lo que se denomina el neocapitalismo. En él, la medicina ha encontrado un nuevo contexto que modifica seriamente la concepción de la atención médica, el ejercicio de la profesión, etc.⁵

Esto nos previene contra la tendencia a considerar ciertos procesos del desarrollo de la medicina como procesos de socialización o como procesos que atentan contra la medicina tradicional. La idea fundamental, por el contrario, es que dichas modificaciones son solo el resultado del paso de formas capitalistas liberales a formas no capitalistas, neoliberales, del desarrollo de la medicina y que, lejos de ser un atentado contra ella, es precisamente la única salida que esta tiene como detentadora de un cierto poder y prestigio en la sociedad.

Este burdo cuadro es válido solo para la sociedad en su conjunto, siendo necesario hacer algunas especificaciones referidas a situaciones concretas, al papel de nuestra sociedad latinoamericana en ese contexto general. La condición de país dependiente, económica, política e ideológicamente del capitalismo mundial, afecta de manera especial las posibilidades reales del ejercicio de la medicina, de su desarrollo, del tipo de enfermedades predominantes, etc.

Por esto es necesario estudiar su manifestación específica entre nosotros, a pesar de que, en cuanto a la medicina y la salud, prevalece la idea de que son conceptos universales con validez absoluta, con desarrollo natural y de aplicación eficaz en cualquier contexto. Cuando analizamos la sociedad, y la enmarcamos dentro del capitalismo y por lo tanto dentro de la lucha de clases que le es propia, percibimos que la medicina, como parte de ese sistema,

⁵ A este respecto, la obra del doctor Viel comprueba este tipo de cambios, pero no explica el porqué de ellos, dando la idea de una simple adaptación mecánica de la medicina al proceso social.

necesariamente debe tener una ubicación. Entonces, comienza a adquirir sentido nuestra afirmación de que la medicina es una medicina de clase.

Profundizando en el estudio, debemos explicar qué hace que el médico pueda participar en el mercado como oferente de determinada mercancía y, sobre todo, qué es lo que le permite tener ciertas características de “dueño de su propio negocio”, tener un prestigio determinado, etc. Para ello debemos emprender el estudio de qué es la medicina en sí misma, cómo es el médico trabajador, qué significa el conocimiento médico como mercancía, etc.



Capítulo 6

La medicina es un trabajo

Esta afirmación aparentemente sencilla y clara es el meollo de toda una ideología mítica creada alrededor de la medicina y del médico, ideología que ha redundado en beneficio de algunos médicos y de un tipo de medicina.

Llegar a este punto requiere conocer por qué entre nosotros la medicina es un arte, por qué el médico ha tenido tradicionalmente una posición de privilegio, por qué cobra honorarios y no sueldo.

El valor

Subyacente a lo anterior encontramos una teoría del valor propio del capitalismo liberal y que se basa fundamentalmente en tres aspectos:

- a) El valor está dado por la utilidad.
- b) El valor está dado por la escasez.
- c) El valor está dado por la capacidad individual, el genio, etc.

Todo lo anterior implica, además, que el valor se traduce directamente en el precio y este se traduce en dinero, (valor = precio = dinero).

Aquí obtenemos la siguiente igualdad en lo que a la medicina se refiere.

- a) Utilidad o necesidad.
- b) Escasez = Valor = Honorarios.
- c) Habilidad, ingenio.

Analizando esta igualdad, podemos comprender los elementos sobre los que descansa la ideología de una carrera liberal y sus repercusiones en cuanto a las posibilidades económicas de aquellos que la ejercen.

Por el lado de la utilidad y de la necesidad, dada la característica de la profesión médica, íntimamente ligada a la necesidad básica de subsistir, hay un

consenso generalizado de la necesidad de que ciertas personas se dediquen al mantenimiento o al logro de dicha necesidad.

Según esto, la medicina es útil y necesaria; por lo tanto, la medicina “tiene un valor”; ergo, el tener conocimientos médicos tiene un valor en sí que debe ser retribuido por la sociedad.

Con respecto a esto conviene puntualizar lo siguiente. Desde el punto de vista de la división del trabajo, es aceptable que algunas personas sean las encargadas de determinadas labores, en la medida en que estas necesiten algún grado de dedicación y tengan cierto tipo de complejidad.

Sin embargo, en estos términos, esta actividad no tiene por qué tener más o menos valor que otra actividad con cualidades semejantes, es decir, que necesite alguna dedicación y que tenga cierta complejidad. Por lo tanto, debería existir una igualdad en la representación de dichas cantidades de valor. En este sentido, el trabajo de un médico sería igual al trabajo de un ingeniero, por ejemplo; o de cualquier otra actividad.

En esta misma argumentación y aceptando la tesis pura de la división del trabajo como una necesidad social, llegaríamos a decir: trabajo de un médico igual al trabajo de un agricultor, de un obrero, de un comerciante.

Pero sucede que la realidad no se adapta a dicho razonamiento, sino que, por el contrario, lo contradice abiertamente al retribuir en forma diferencial a distintos trabajos.

Pareciera entonces que hay algo en los trabajos que los diferencian, no solo en su apariencia sino en su valor intrínseco.

Tratando de encontrar ese algo, no podemos dejar la complejidad y la dedicación. Cuando hablamos de complejidad nos estamos refiriendo generalmente a una serie de ideas no muy precisas, por lo que la complejidad se hace a sí misma compleja.

Se dice por ejemplo que la medicina es compleja por cuanto necesita una gran cantidad de conocimientos, una responsabilidad muy grande, un arte para comunicarse con el paciente, además de destrezas manuales, etc.

No parece ser que el valor de la medicina se deba a los dos últimos aspectos (el “arte” de comunicarse y la destreza en el manejo de instrumentos) por cuanto estas cualidades, si se estudian diferencialmente, son necesarias para cualquier actividad humana, se requieren en cualquier tipo de trabajo y a cualquier nivel.

La responsabilidad es un factor sin ninguna duda importante, y más tratándose de la vida de una persona. Tal parece que esta responsabilidad recae fundamentalmente sobre el médico. Sin embargo, trataré de demostrar que esto no es cierto y, además, que esta idea hace parte del complejo de justificaciones ideológicas sobre las que reposa el prestigio de la medicina.

En primer lugar, la responsabilidad de la vida humana es ante todo una responsabilidad que compromete necesariamente a toda una sociedad en todos sus componentes y a todos sus niveles, por lo tanto; toda actividad humana tiene, en una forma o en otra, una repercusión en la salud del conjunto.

En una sociedad individualista por excelencia como es la sociedad capitalista, el concepto de responsabilidad social no cuenta, en la misma forma en que no cuentan los costos ni los beneficios sociales. De esta concepción individualista, se aísla el momento en que el médico se enfrenta al paciente o mejor, este se enfrenta a aquel y a esto se le denomina “el momento en que se da la salud”. Esto no se compadece ni con nuestra afirmación previa ni con el proceso de una entidad patológica por cuanto esta se desarrolla debido a múltiples causas, en un período más o menos largo de tiempo y se cura o no, con los esfuerzos del mismo organismo más la oportunidad y acierto del doctor, todo ello unido al conocimiento humano acumulado en ese médico, más todo lo que implica el desarrollo de la farmacología, la terapéutica, la técnica, etc.

Nosotros insistimos en considerar al médico como aquel que da la salud y que responde por ella. Es como si la vida de un soldado, herido en una batalla de una guerra declarada por cualquier motivo, fuera responsabilidad directa y única del médico al que le tocó cerrarle los ojos.

En resumen, pareciera que por razones que dependen de relaciones sociales de tipo individualista y liberal, la medicina se hubiera echado sobre sus espaldas una responsabilidad que no le pertenece, sino que es de la sociedad. Esto no nos aclara, pues, que la medicina en sí tenga más valor que el resto de los trabajos, pero sí nos explica por qué aparenta tener más valor.

En este sentido dicha responsabilidad no es una carga sobre la espalda del médico sino, al contrario, un soporte sobre el que descansa.

Nos queda el aspecto de la gran cantidad de conocimientos necesarios para ejercer la medicina.

Repetiremos el argumento básico del numeral a—: La medicina es necesaria, por lo que tiene valor; luego, el conocimiento médico tiene “un valor”; de esto se deduce que, a más conocimiento, más valor. Este silogismo debe ser negado desde sus bases por cuanto el valor no está dado por la necesidad o la utilidad de algo, a pesar de que en un momento dado esto le pueda fijar un precio en el mercado.

La conclusión es negada no solo por la falsedad de la premisa, sino por cuanto se incluye un elemento diferente y muy importante como es el del conocimiento. Es en este último elemento en donde radica a mi modo de ver el meollo del asunto. No se reclama más valor por la utilidad, sino directamente por el grado o el monto de los conocimientos adquiridos.

En este sentido, es innegable que la medicina requiere una serie de conocimientos de relativa complejidad para ser ejercida correctamente; pero, vimos, hay otros conocimientos quizás más complejos y muchas veces no tan bien remunerados. Recordamos la igualdad: trabajo de un médico igual al trabajo de un ingeniero.

De acuerdo a esto tenemos que aceptar que no es la medicina por la medicina lo que “tiene valor”, sino que es la medicina por el conocimiento y eso permite que podamos igualar el trabajo de un médico al trabajo de un ingeniero. Lo que sucede realmente es que la igualdad es:

Trabajo de un médico

Trabajo de un ingeniero = Conocimiento

Trabajo de una enfermera

Ante esta igualdad pareciera que, si obtenemos un incremento en el conocimiento, el trabajo ejecutado con dicho conocimiento tiene más valor y, por lo tanto, el ingreso del poseedor del conocimiento debe ser mayor.

Al sacar esta conclusión hemos introducido una distinción entre el valor en sí y el precio, en este caso el ingreso, distinción que es muy importante por cuanto se refiere a dos niveles de análisis diferentes.

Introducimos además la idea de posesión de un conocimiento, lo que nos obligará a: 1) definir más precisamente el conocimiento; 2) intentar la comprensión del problema de la posesión.

Cuando hablamos de conocimientos no solo nos estamos refiriendo a una serie de nociones más o menos coherentes con respecto a un tema, sino a las habilidades que permiten utilizar dicho conocimiento. En especial, cuando hablamos de medicina, que es fundamentalmente un medio para curar y recibir por esto un ingreso determinado (aunque es bastante difícil determinarlo a veces). Pero al hablar en estos términos encontramos la dificultad de saber quién tiene más conocimientos, qué tipo de conocimientos son más “valiosos”, etc.

Resulta incluso contradictorio hallar un conocimiento que se considera invaluable para la humanidad pero que puede encontrarse en un libro, sea comprado o prestado. Lo curioso es que, en todos los casos, se trata del mismo conocimiento. Parece, pues, que el conocimiento como tal no tiene

un valor y que su precio depende de factores diferentes a dicho conocimiento. El conocimiento tampoco puede ser valorado por su utilidad ya que resulta harto difícil pronunciarse sobre si el conocimiento médico es más útil que el conocimiento nutricional o el ingenieril. Además, llegaríamos a decir que tal conocimiento vale más porque es más útil (necesario) y que lo es porque vale más, lo que no nos dice nada respecto al problema que nos interesa.

Esta dificultad que, como vemos, es insalvable, lleva a considerar el valor de dicho cuerpo de conocimiento y, concretamente, el de la medicina, por el número de años requeridos para completar los conocimientos y habilidades que una sociedad considera necesario en un momento dado.

Según esto, nuestra igualdad queda en los siguientes términos: el valor del trabajo de un médico es igual a sus conocimientos en la materia, estos solo pueden representarse en general, en el tiempo promedio invertido para adquirir tal conocimiento. Según esto aparece ante los ojos del observador empírico que, a más tiempo dedicado a la adquisición del conocimiento, más valor tendrá el trabajo realizado con ese conocimiento. Así, el trabajo de un médico con siete años de estudio, tendrá más valor que el de una enfermera con cuatro años y menos valor que el del especialista que ha estudiado diez años.

Al obtener esta nueva igualdad, nos enfrentamos a la necesidad de explicar el contenido de esos años de estudio y el significado de dicho contenido.

Lo primero que haría una persona que ha hecho cierta cantidad de años de estudio sería poner énfasis en el esfuerzo que hizo a través de ese tiempo, el gasto que tuvo que hacer para poderse dedicar al estudio, gasto que no solo fue de él mismo, sino de su familia, los trabajos que pasó, las vicisitudes y contratiempos y, en el caso de los médicos, sus noches en vela, sus turnos heroicos, etc. Todo ello explicaría el valor de su trabajo como médicos.

Esta descripción resulta tanto más curiosa, cuanto más énfasis se hace en ella: lo que se está diciendo es que el valor *fue creado* en el esfuerzo hecho a través del tiempo de estudio.

Es como si al contemplar a un niño prendido al pecho de su madre, pensáramos que en sus succiones, respiraciones y cabeceos el niño estuviera creando la leche, olvidándonos de que solamente está sacando la leche producida anteriormente no por él sino por la madre.

Con esto queremos decir que el proceso de estudio no está creando valor, sino extrayendo el valor, valor que por lo tanto está dado ya en lo que nosotros llamamos “alma mater”.

No podemos, sin embargo, dejar así el análisis, por cuanto no habría mucha diferencia, desde el punto de vista práctico, entre crear el valor o tomarlo. Es por eso por lo que hemos dicho que es necesario analizar el problema de la posesión.

Al hacer la observación anterior aceptamos entonces que el estudiante, en este caso de medicina, no crea valor en el proceso de estudio, sino que lo toma.

Debemos entonces estudiar por qué lo toma, de dónde, quién lo produce y cuál es el significado de todo esto.

En primer lugar, todos estamos dispuestos a aceptar que la universidad es el resultado de lo que comúnmente se considera un esfuerzo de la sociedad y que no es otra cosa que el trabajo de esa sociedad en su conjunto, con un destino específico.

Decimos de una sociedad “en su conjunto”, por cuanto no solo debemos tener en cuenta a aquellas personas que trabajan en docencia propiamente tal, sino al personal administrativo, al personal de mantenimiento y, además, a quienes construyeron los edificios y equipos, los profesores de los profesores, los inventores, los que producen los alimentos para haber mantenido a todos los anteriores y mantener a los actuales. En suma, es parte del trabajo de toda la sociedad lo que se destina a través de la universidad, a la llamada “educación superior”. Por esta misma línea, aceptamos que algunas ramas profesionales reciban más tiempo de trabajo social que otras, o mejor, que la sociedad invierta más de su tiempo de trabajo en preparar un médico que una enfermera o que un barrendero. Por lo tanto, hay que aceptar que la medicina tiene un mayor costo social que la enfermería o que las actividades del tornero o del barrendero. Lo importante es subrayar que ese costo social es justamente eso, social y no particular, y que por lo tanto si al salir de la universidad el estudiante es “dueño” de una profesión y de una habilidad que antes era social, es porque se ha apropiado de ellas. Quizás esta apropiación quede más clara si hacemos algunas modificaciones a nuestra anterior igualdad.

El trabajo de un médico especializado en términos de ingreso, es igual al trabajo del dueño de cierto número de camiones en términos de ingreso, o al trabajo del dueño de una fábrica o al trabajo del dueño de algunas acciones o al trabajo del dueño de medios de producción, y mayor que el trabajo de un médico no especialista o el trabajo de una enfermera.

El médico, y el profesional en general, luego del proceso de estudio, queda en poder al menos de la posibilidad de realizar en términos de ingreso un valor semejante al de un industrial, un hacendado o un banquero. Este valor

no es otra cosa que trabajo social acumulado y apropiado. En otras palabras, un valor de uso¹.

Una vez establecido que el valor de la medicina radica en el trabajo que la sociedad ha gastado en desarrollarlo en un momento determinado y que el estudiante hace en la universidad una apropiación de dicho valor, conviene analizar algunas otras “fuentes de valor”, sobre las que descansa el desarrollo no solo de la economía burguesa sino de la medicina burguesa y que, de paso, nos ayudan a comprender el mecanismo de la apropiación.

Una de las teorías que ya mencionamos es la de la escasez. En economía se dice vulgarmente que el diamante tiene valor por su escasez. Un análisis más profundo muestra que al ser escaso requiere mayor cantidad de trabajo social para su localización, extracción y pulimiento. En el caso del diamante esto se debe a una determinada distribución de este material en la corteza terrestre.

Trasladándonos al campo de la medicina se dice que la medicina es costosa porque es escasa, pero indudablemente esa escasez no se debe a una distribución “natural” de los médicos en la corteza terrestre, sino a que un determinado tipo de relaciones sociales impone limitaciones al desarrollo y proporción de las actividades que se ejecutan bajo dichas relaciones, a la vez que cada grupo social tiene que valer por la famosa escasez, para poder mantener cierto nivel socio-económico.

De ahí la persecución que se hace contra todas las formas de medicina no institucional, bajo las banderas ideológicas del peligro para la salud del “hombre que se pone en manos de un charlatán”. De ahí que a la enfermera no se le permita el acceso al conocimiento médico, recurriendo a la ideología de la división del trabajo².

De ahí el lenguaje misterioso de los médicos. De ahí su celo profesional y el cuidado que tienen de no interferir, por lo menos aparentemente, con los clientes de sus colegas, pese a que en el fondo piensen lo contrario. De ahí la enorme diferencia en sus hábitos y modas, las trabas que las facultades de medicina imponen con respeto a sus similares de otras profesiones y de ahí también la necesidad de todas las profesiones de mantener una escasez permanente en aras de un perfeccionamiento y un cientificismo.

La idea de posesión individual de un conocimiento que es un producto social, es algo que no solamente se apropia en la universidad, sino que se

¹ Una discusión a este respecto se encuentra en el artículo de E. Cano & A. Vasco (1973), en el *Boletín de Aconsap, Seccional de Antioquía*.

² Una concepción diferente de la división del trabajo en salud puede leerse en la obra de Edgar Snow (1972), *La China contemporánea*.

consolida en el “ejercicio profesional”, se impone y se perfecciona a través de las asociaciones gremiales, de las luchas formales e informales con otras profesiones, o al interior de una misma profesión, a nivel de lucha entre especialistas.

En medicina es clásica la encarnizada lucha de las diferentes especialidades por quedarse con una porción del cuerpo del paciente, (en biología se llama “rapiña”). Los ginecólogos se disputan las mamas con los cirujanos generales, estos el estómago con los gastroenterólogos, estos las hernias diafragmáticas con los cardiovasculares, etc.

Es más clásica aún la lucha por impedir el paso a las enfermeras o a cualquier otra profesión al conocimiento médico.

Del análisis anterior resulta que, al hablar de la escasez como origen de valor, en el caso concreto y tratándose de una escasez “provocada” por un tipo específico de relaciones sociales, lo que se está haciendo, en términos reales, es una justificación ideológica de una apropiación.

Podemos, aparte de lo anterior, encontrar justificación de esta apropiación a niveles individuales: el médico bueno o mala persona o el médico inteligente o bruto. A este respecto hay que señalar que se trata de un nivel de análisis diferente, por cuanto se refiere a aspectos individuales y no a aspectos de grupo como los tratados hasta el momento.

Hasta aquí hemos hablado del valor de un conocimiento profesional y de su apropiación individual durante el período universitario y aún en el período del ejercicio profesional para aquellos que en una forma o en otra siguen estudiando.

Sin embargo, esto no es suficiente para explicarnos ciertas diferencias. Puede darse el caso de que un país invierta cierto costo social en la formación de un médico y este no ejerza la medicina o la ejerza en forma gratuita, a través de un salario o a través de un sueldo o de unos honorarios. Estas diferencias incluso pueden variar, bien sea por diferencias geográficas o bien por diferencias en el tiempo o por ambas, obrando conjuntamente de acuerdo a como varíen las relaciones sociales dominantes. Por ejemplo, si se trata de un médico rural o urbano. Por esto es necesario emprender el estudio de la materialización de la apropiación, o el valor de cambio existente en el conocimiento médico como mercancía.



SEGUNDA PARTE



Capítulo 7

Análisis de la materialización del valor (trabajo social) apropiado

A este respecto, es necesario comenzar por la delimitación entre el nivel del valor tal como fue someramente estudiado anteriormente y el nivel de la forma del valor, su representación material, aquello que hace que determinadas cantidades de valor puedan ser cambiadas entre sí, o por otras. El valor de cambio.

Esta advertencia es importante por cuanto las formas de valor cambian de acuerdo a circunstancias histórico-sociales, de acuerdo al tipo de relación social dominante, representada por una forma de producción, de acuerdo a un sistema jurídico político y de acuerdo a una ideología.

Inclusive el uso dado a la medicina y al conocimiento médico, a pesar de que en términos generales responde a una “necesidad vital”, sufre modificaciones importantes de acuerdo a ciertas costumbres, modas, etc. Esto, aunque aparentemente superficial, nos puede ayudar a comprender y explicar ciertas situaciones que, analizadas bajo una perspectiva empírica positivista, solo serían situaciones “anormales”, “problemas”, “errores” o “curiosidades”.

Para este propósito y en este nivel de trabajo, abandonamos todo tipo de postulados generales, modelos ideales y grandes teorías generalizantes y pasamos al estudio de las especificidades de sistemas de relaciones sociales dados.

Recurrimos a una delimitación de ciertas formas específicas de desarrollo de la profesión médica, especificidad dada, como dijimos, por el tipo de relaciones sociales dominantes y que se presentan en la realidad bajo forma de vida diferente en un mismo momento cronológico. Por ejemplo, la materialización de la apropiación es diferente en el campo que en la ciudad, o en diferentes momentos cronológicos, es decir, no es igual la forma en que se desarrolla la práctica o se realiza la materialización de la apropiación ahora que hace 100 años.

El estudio de esta especificidad nos lleva a intentar un análisis diferencial de la práctica médica y de su desarrollo como profesión en los países (formaciones sociales), que desde su origen estuvieron vinculados a un tipo de

relaciones capitalistas (dependencia) y de esa práctica médica y desarrollo profesional en los países en los que dichas relaciones capitalistas surgieron.

No queremos decir con esto que exista una ciencia nacional ni mucho menos. Decimos que la práctica médica entendida como la materialización una apropiación de valor, se desarrolla diferencialmente de acuerdo al medio social, el que determina inclusive las formas de apropiación y materialización.

Con esta perspectiva debemos ahora hacer algunas puntualizaciones con respecto a la formación económico social latinoamericana, marco en el que desarrollaremos nuestro análisis.

América Latina

- 1) América Latina, como estructura de relaciones sociales, sufrió modificaciones fundamentales en la época de la conquista, que la determinaron dentro de un sistema capitalista mundial con un carácter específico, que algunos autores han denominado “dependiente”.
- 2) La dependencia ha hecho que en estas formaciones sociales se haya reproducido un sistema de relaciones sociales de tipo capitalista.
- 3) Esta dependencia no es por lo tanto solamente económica, sino que caracteriza también la esfera jurídica e ideológica.
- 4) La dependencia, en este sentido totalizante, hace que el desarrollo tecnológico en todos los aspectos, incluyendo la medicina, haya sido inducido desde afuera.
- 5) Pero no solo ha sido inducida desde afuera la tecnología médica, lo cual en abstracto no sería problema, sino que han sido tomadas como naturales las condiciones en las que la medicina es ejercida y por lo tanto el sistema de relaciones que se tejen alrededor de la práctica médica, tales como el cobro de honorarios, las relaciones de dominación entre el médico y la enfermera y entre aquel y el resto del “equipo de salud”, el “prestigio” del médico como algo inherente y natural a la profesión en sí, la capacidad del médico de adquirir medios de producción a través del ejercicio de su noble profesión (ganado, acciones, fincas, taxis, etc.)

Esto es la medicina y no solo el hecho de aplicar una tecnología en un caso individual y ya va, como hemos dicho, la penicilina cura, es buena aquí y en cualquier parte, pero el análisis de la medicina hecho solo en base al uso bueno o malo de la técnica, no solo es insuficiente, sino inadecuado.

- 1) La introducción de formas externas de relaciones sociales configuró en estos países un sistema de estratificación social definido. En un primer momento, los conquistadores constituyeron la élite con respecto a negros e indígenas. Luego los criollos, dueños de la tierra o de los sistemas de comercialización vinculados a la metrópoli, con respecto a los no vinculados y a los no dueños. Posteriormente los dueños de las primeras formas de producción configuraron una clase vinculada al centro dominante a través del comercio, la producción, las finanzas, la técnica, como clase dominante, y una gran masa vinculada a esa metrópoli a través de dicha clase dominante.
- 2) Esta estructura clasista no solamente se reproduce en el nivel jurídico e ideológico sino a nivel del ejercicio de las profesiones bajo formas claras de dominación.
- 3) Esta estructura clasista es concentradora del ingreso, y con él, del poder político. Esta concentración determina que cualquier modificación tecnológica, social o económica gire alrededor de esta clase dominante y de sus intereses, de lo cual no podemos excluir el proceso que ha sufrido la medicina (medicina de clase).
- 4) La concentración del ingreso determina una diversificación del consumo, lo que es válido tanto para personas como para grupos y países. Este hecho histórico tiene repercusiones importantes en la forma de producir, en lo que se produce y en para quién se produce.
- 5) Cambios importantes en la metrópoli generan cambios en las áreas dependientes, que corresponden a fenómenos de acomodación. Se puede considerar la posibilidad de cambios autónomos dentro de los países dependientes, que en ocasiones incluso podrían inducir ciertas modificaciones en la metrópoli, pero que generalmente solo implican cambios en la estructura de poder de estos países.

Primer momento: la producción de medicina afuera y su importación

Podemos remontar el proceso de desarrollo de la medicina a aquellos profesionales que vinieron con los primeros conquistadores y cuyo único fin era el de velar por la sobrevivencia de estos y sus soldados.

Generalmente retornaban a España cuando habían acumulado una cantidad de oro, obtenido no por el ejercicio de la medicina, sino por ser miembro de las expediciones saqueadoras.

Al instalarse en América las primeras formas de administración relativamente estables, que obligaban a algunos españoles más o menos ilustres a permanecer un tiempo prolongado, se originó una corriente de bienes de consumo hacia América, en la que se incluía a algunos médicos destinados a mantener la salud del personal al servicio de la corona.

Estos médicos, por lo demás, estaban dedicados exclusivamente a la atención de este personal y les estaba incluso prohibido traspasar límites geográficos que los alejaran de las localidades en donde este residía. Leemos en una ley de Felipe II lo siguiente:

Es nuestra voluntad que sean obligados a residir en una de las ciudades en que hubiere audiencia y chancillería, cual escogieren los dichos protomédicos, y han de ejercer oficio en aquella ciudad, con cinco leguas alrededor y no fuera de ellas.

Pero además de esta selectividad y aislamiento en el ejercicio de la medicina, encontramos el interés oficial por apoderarse de cualquier conocimiento, práctico o hallazgo de utilidad.

Así encontramos en la ley de Felipe II la siguiente orden para los médicos españoles:

Primeramente se embarcarán en la primera ocasión, de flota a galeón, según la parte de donde fueren enviados.

Se han de informar donde llegaren de todos los médicos, cirujanos, herbolarios, españoles e indios y otras personas curiosas de esta facultad y que les pareciere podrán entender y saber algo, tomar relación de ellos, generalmente de todas las yerbas, árboles, plantas y semillas medicinales que hubieren en la provincia donde se hallaren.

Otros se informarán, qué experiencia se tiene de las cosas susodichas, y del uso, facultad y cantidad, que de estas medicinas se da; cómo se cultivan y si se dan en lugares secos o húmedos.

Y más adelante dice: “De todas las medicinas, yerbas o alimentos que hubiesen por aquellas partes, y les pareciere notables, harán enviar a estos reinos si acá no las hubiere”.

Estos dos aspectos resumen bien el carácter de la medicina española durante esta primera época.

Vale la pena anotar que esta medicina era la “buena medicina” más por su carácter institucional, oficial, que porque fuera realmente mejor que la medicina indígena, por ejemplo.

El conocimiento médico apenas sí podía diferenciarse de otras formas de conocimiento sobre la enfermedad y lo hacía mediante su lenguaje, el latín, por ejemplo, ya que no por su avance. Este avance en el conocimiento ya se estaba gestando en Europa, pero es improbable que hubiera podido llegar a América en la medida en que casi siempre había ido a parar a las hogueras de la inquisición.

Los indígenas y los esclavos, por su parte, acudían a sus propias formas de medicina que en aquella época no estaban reglamentadas ni perseguidas.

El desarrollo libre de estas formas de medicina indígena y negra, a la que se sumaba la medicina popular propia de los españoles que no podían acceder a la medicina oficial, configuró una rica y amplia gama de actitudes, creencias y prácticas populares que hoy hacen parte de lo que denominamos la medicina popular.

Pero esta libertad era relativa y duró poco tiempo. Ya en 1535 el Rey Carlos II prohibió el ejercicio de la medicina sin el respectivo grado.

Esta oficialidad del ejercicio de la profesión médica se ha constituido en condición indispensable para su desarrollo en todos los países occidentales y especialmente en América.

A medida que, aparte de los servidores directos de la corona, aumentaba el número de inmigrantes atraídos por el sueño de El Dorado o expulsados de la metrópoli por problemas políticos, religiosos o económicos, el limitado número de los médicos de las cortes virreinales dejaba una demanda no satisfecha de personas que ya tenían un cierto ingreso. Por ello los criollos estimularon a quienes querían viajar a Europa a adquirir dichos conocimientos, para luego retornar a América y aplicarlos. Estos obtenían un ingreso relativamente alto para la época, entre otras cosas debido a las condiciones monopólicas de su ejercicio, emanadas de la situación descrita.

Aquellos criollos formados en Europa, sin embargo, recibían una formación muy específica. No les interesaba tanto el estudio científico de la medicina, el origen de las enfermedades, etc., sino el aprendizaje de prácticas médicas que les permitieran principalmente atender una demanda no satisfecha.

Igual cosa puede decirse de los profesionales que ya se comenzaban a formar en América a partir de 1646 cuando Felipe II nombra dos protomédicos para las universidades de Lima y México respectivamente.

Si podemos darle el carácter de científicos a algunos europeos que llegaron a América con el interés de estudiar su flora y su fauna, tenemos que aceptar que regresaron con sus estudios y conocimientos, sin beneficiar para nada a esta tierra.

Caracterizando nuevamente este período podemos decir que:

- 1) Existía un grupo de médicos españoles vinculados a las cortes virreinales.
- 2) Había también un grupo de médicos españoles o criollos vinculados a las nuevas clases que se formaban en América.
- 3) La característica común a todos ellos era la de satisfacer una demanda cada vez más creciente, para lo que necesitaban fundamentalmente conocimientos prácticos de medicina.
- 4) Había un desestímulo de todo conocimiento en profundidad, por las razones descritas y por la ausencia total de instituciones que lo permitieran.
- 5) Se producía la marginación completa de los indígenas y esclavos a quienes no había que curar, sino solo reponer.
- 6) El ingreso de los profesionales era alto debido al aumento de una clase con capacidad de consumo y a la ausencia de formación profesional adentro. Estas condiciones configuran el terreno propicio para la transición a una nueva etapa.

Segundo momento: la producción de medicina adentro (la universidad)

Si bien es cierto que el análisis es válido, principalmente para la medicina, hay algunos elementos que resultan importantes para la comprensión de la formación de nuestra universidad, y, por lo tanto, de la formación de otras profesiones.

La consolidación de una estructura clasista en América, basada en una incipiente burguesía vinculada a la metrópoli y un amplio y diverso sector sin vinculación directa a ella, y, el hecho de que esta burguesía se hubiera constituido en un núcleo con características nacionales, que propiciaba la independencia respecto a España y favorecía un nuevo tipo de vinculación con Inglaterra, produjo una serie de modificaciones en la estructura social.

Al romperse las relaciones con una metrópoli y consolidarse con la otra, se produce una ruptura en los flujos de abastecimiento y en lo que atañe a nuestro caso concreto, especialmente en la importación de prácticos médicos. Surgió entonces la necesidad de organizar adentro la producción de personal que atendiera la demanda de salud de la nueva clase.

Los requerimientos fundamentales de esta burguesía, si así podemos llamarla, eran fundamentalmente de tipo práctico. Les interesaba reproducir los prácticos médicos para su consumo, lo cual, por lo demás, no era difícil ni costoso por cuanto el conocimiento médico —escuela inglesa y luego francesa (Bronsais, Laennec)— era bastante simple en aquella época y no requería de montajes especiales sino solo de un aula y un profesor que contara sus experiencias prácticas a los discípulos, para que estos salieran a practicarlas.

No interesaba iniciar un proceso de investigación médica ni de búsqueda de conocimientos, por cuanto el mismo desarrollo previo había ubicado, de manera que parecía como “natural”, el centro de investigación y cultura al otro lado del mar.

Iniciar este proceso era además un tanto difícil, por cuanto no se contaba con una tradición de estudio e investigación ni con personal capacitado y formado en estas disciplinas, por las razones arriba mencionadas.

Estas características de nuestra universidad, es decir, la no investigación, la asimilación directa de técnicas y prácticas como un medio utilizado por los alumnos para vincularse a un mercado de trabajo, la falta de interés por impulsar un verdadero proceso de producción de conocimientos, son características determinadas por el tipo de estructuración de nuestros países con respecto a la metrópoli y por la forma como dicha estructuración repercute en el sistema de relaciones sociales interno.

Son estos dos rasgos fundamentales que han orientado el posterior desarrollo de una universidad eminentemente profesionalizadora, de un tipo determinado de estructura profesional y de una forma específica de desarrollo de la profesión médica, en la que aún hoy nos encontramos.

Se configura, además, otra característica específica de la universidad: la de ser excluyente y concentradora.

La producción de prácticos médicos y de las demás profesiones llamadas liberales estaba dirigida fundamentalmente a satisfacer el consumo de una clase y por lo tanto resultaba absolutamente necesario, o tener los mismos valores, gustos y refinamientos de esa clase o asimilarlos rápidamente.

Imaginémonos lo absurdo de esta escena. Una elegante dama, amante de la ópera y de finos modales es visitada por un médico que, en vez de besarle la mano, le palmea la espalda, mientras escupe en el suelo. Tiene un apellido que la dama no puede identificar, o mejor, identifica como ajeno a su clase. La examina bruscamente sin preguntarle por la familia. Al sentarse a la mesa a tomar el té, utiliza mal los cubiertos, hace ruido y luego se marcha sin dar las gracias. Podemos asegurar que este buen señor no volverá a esa casa aunque sea un excelente práctico médico. La buena señora preferiría seguramente

otro al que pueda considerar culto y refinado o sea como perteneciente a su propio nivel.

Este grupo de profesionales se enfrenta pues a un mercado restringido compuesto por aquellas personas que cuentan fundamentalmente con capacidad de pago.

El médico de la familia

Quedamos por ahora con una capacidad de pago en dinero que a este nivel es suficiente.

Debido a una serie de factores —el desarrollo bastante limitado de la técnica médica en el centro, las posibilidades también limitadas de diversificar el consumo—, este consumo de salud se satisfacía fundamentalmente con un solo médico para todos los problemas tanto personales como familiares. Se trata del famoso médico de la familia.

La familia, por esta época, no solo cumplía el papel fisiológico de la reproducción y de la crianza de los hijos, sino que en ella descansaba la organización económica y el poder político.

En estas circunstancias la concentración del ingreso recaía en algunas familias, las que se constituían como foco de atracción para los médicos, por su capacidad de pago.

En determinados momentos, estas familias resolvían sus problemas de salud, trayendo directamente de Europa algún médico o en su defecto yendo a consultar allá y en tal caso, ocasionalmente se hacían acompañar por un médico local quien hacía las veces de enfermero. En otros momentos y según la capacidad económica, acudían a los servicios de un práctico médico criollo, el cual debía atender todas las necesidades de salud a excepción, en algunas ocasiones, de los casos de maternidad que eran atendidos por comadronas o incluso por médicos dedicados exclusivamente a este oficio.

Los médicos con esta vinculación, estaban en la posibilidad de percibir un alto ingreso y se configuraban como una élite.

Por otra parte, y debido a la concepción “familiar” de la economía y de la política, esta medicina llegaba a amplios sectores como los esclavos, la servidumbre, etc. Esto no ocurría por una idea de caridad, como algunos piensan, sino entre otras cosas porque era necesario mantenerlos en servicio.

Este tipo de organización de la medicina, permite al gremio médico en su conjunto tener un ingreso que llamaremos “promedio social esperado”, permite satisfacer las necesidades de la burguesía y permite mantener en un

nivel no crítico las constantes frustraciones de “los desposeídos”. Esta podría ser una buena definición de lo que es la práctica médica.

Los hospitales

Habría que agregar, para ser exhaustivo, que el papel de mantener en estado no crítico, las frustraciones de las clases explotadas, es una función que ejerce fundamentalmente el Estado y solo secundariamente la práctica médica.

Por eso es necesario señalar que además de la atención “gratuita” de algunos médicos a ciertos sectores de población, se comenzaba a configurar un aparato estatal destinado a cumplir la labor mencionada.

Entre 1600 y 1700 comienza a aparecer en toda América y también en Colombia una serie de hospitales distribuidos por todo el territorio, encargados de “atender las pésimas condiciones de salud de la población”, según reza en la mayoría de las cédulas de fundación respectivas.

Estos hospitales, sin embargo, no servían para el ejercicio de la medicina institucional, ya que esta se ejercía en los conventos, palacios y casas de familia.

Eran más bien lugares destinados a bien morir, en donde se recogía “caritativamente” a los indigentes, cumpliendo así una función puramente ideológica, sin relación próxima con los aspectos asistenciales.

Los hospitales más que instituciones para dar salud, aparecieron entre nosotros como instituciones para los pobres. Incluso y muy frecuentemente, se encontraban en ellos mezclados locos, enfermos, indigentes, presos políticos, etc.¹

Una expresión de este fenómeno se encuentra por ejemplo en la renuncia del administrador del Hospital San Carlos, en Santa Fe de Antioquia en 1975 “...por no disponer de recursos para nombrar médico ni cirujano, ni poder adquirir varios implementos esenciales”; a pesar de ser esta una de las principales ciudades del reino.

¹ En Francia ocurría lo mismo antes de la revolución. Por esta razón la furia popular los destruyó durante ella, liberando a los “pacientes” y, posteriormente, en la república, se hicieron esfuerzos por acabar con los hospitales y para orientar la atención médica hacia los domicilios exclusivamente. Esta orientación tuvo gran importancia en el desarrollo de nuestra práctica médica familiar.

Por lo demás la existencia o no de los hospitales dependía más de las condiciones políticas reinantes que de las “necesidades” de salud de la población, cosa que no ocurría con la atención médica privada. Durante la guerra de la independencia, primera mitad del siglo 19, los hospitales fueron cerrados, al ser acusados los religiosos que los cuidaban de “realistas”. Posteriormente en la reconquista española en 1816 fueron reabiertos, para cerrarse luego durante la primera era de la república, ya que los “patriotas criollos” no tenían tiempo para esos menesteres, dedicados como estaban a consolidar las nuevas formas de dominación.

Su preocupación por estos aspectos era eventual y solo cuando el problema era de tal magnitud que amenazaba la salud de las clases dominantes.

En 1834 por ejemplo, durante una epidemia de disentería en Medellín, se nombró una junta de salud, la que imprimió un aviso público en el que se autorizaba a la población a acudir a los consultorios de los médicos graduados, quienes los atendían gratuitamente.

Como expresión clara del significado que tenían los hospitales durante el siglo 19 se puede leer la siguiente frase en el pórtico de un pequeño hospital de la población de Girardota (Antioquia): “abierto para la salud corporal de los pobres y para la salud eterna de los ricos”.

Capítulo 8

Ingreso promedio socialmente esperado

Antes de seguir adelante definamos lo que entendemos por Ingreso Promedio Social Esperado (IPSE): se trata fundamentalmente del nivel en el cual la sociedad burguesa coloca a sus servidores, nivel que no solamente podemos materializar en dinero, sino también en gustos y modales, prebendas sociales, prestigio, asequibilidad a la información, facilidad para contraer nupcias con miembros de la burguesía, admisión a clubes, etc.

No se trata de una concesión sino de un tipo de sometimiento ineludible. Sometimiento que, claro está, es diferente y subjetivamente mucho mejor que el de los obreros, sobre todo porque, como veremos, crea no solo la esperanza sino la posibilidad real de pasar a la burguesía.

El ingreso promedio socialmente esperado presenta una gran dificultad para su medición, no solo por su complejidad sino porque varía históricamente de acuerdo a como varía la estructura de una formación social: esta dificultad hace que aquellos amigos de medir y cuantificar todo, no lo consideren como algo “objetivo” y por lo tanto como algo científico.

Es pues el IPSE una aspiración que incluso puede estar en desacuerdo con aspiraciones de tipo personal o individual, lo que dificulta su comprensión como un hecho real, por parte de los individuos aisladamente.

En otros términos, podemos decir que el IPSE es aquel ingreso, no solamente monetario, que le permite a un tipo de trabajador, calificado o no, reproducirse como tal trabajador. Al médico reproducirse como médico, a la enfermera como enfermera, etc.

Sucede, sin embargo, que por lo dicho anteriormente, en el caso de los profesionales, este ingreso tiene la característica de que, le permite a dicho profesional, la posibilidad de acceder a los medios de producción, debido como vimos, a que se apropia como individuo de un valor producido por toda la sociedad. La misma medicina liberal es consciente de esta diferencia cuando llama al ingreso no profesional, salario y al ingreso profesional, honorarios. Analicemos ahora lo que denominamos capacidad de pago. En

un primer instante aceptamos que esta capacidad de pago era únicamente el pago en dinero. Sin embargo, al definir el IPSE comprendemos que el problema es mucho más complejo, cuando describimos la gran cantidad de elementos de tan diversa índole que lo componen.

Para fines analíticos y de exposición vamos a hacer una primera distinción entre la capacidad de pago social y la individual.

- 1) La social comprende la institucionalización y reconocimiento por parte del grupo social de la apropiación hecha por el grupo de profesionales de la medicina, a cambio de un servicio que es imprescindible ya que la mantiene en un cierto nivel de salud. Este tipo de pago tiene que ver con la aceptación implícita de que la medicina es difícil, heroica, sacrificada y noble y se manifiesta en el lugar que un grupo social le da al médico y a la medicina: prestigio, capacidad de ascenso social, etc.
- 2) La individual tiene que ver con la aceptación de los individuos de todo lo anterior, pero se traduce en formas de pago directas que, de acuerdo a condiciones históricas y sociales dadas, puede estar por encima del valor real de la formación médica o por debajo de él.

Esta condición aparentemente sin importancia adquiere relevancia al aparecer en la realidad múltiples y variadas formas de pago directas.

Entre estas ya hemos mencionado la forma dinero y, como variaciones importantes, el crédito, el pago en “regalos” de aquellos a los que por razones sociales no se les cobra (amigos, parientes, etc.); pago directo en especies bien sea en acciones, ganado, gallinas, etc., y, por último, en servicios “equivalentes” como el caso del taxista, el farmaceuta, la prostituta, que no le cobran a su médico.

Un tercer tipo de pago, que es solo una forma compleja del anterior, es el pago que hacen diferentes sujetos unidos en agremiaciones o instituciones en las que al médico no se le paga directamente, sino a través de la institución ya sea el seguro, el servicio nacional o seccional, la central, etc.

El tipo de forma de pago aceptado por un médico dependerá de varios factores a saber:

- 1) La forma de pago usual en el medio en que se mueve;
- 2) El nivel de ingreso del médico según esté por encima o por debajo del IPSE.

Cuando está por encima del IPSE, no aceptará sino la forma de pago en dinero, inclusive no recibéndolo directamente, sino a través de su secretaria

y algunas veces por adelantado, en un esfuerzo por hacer aparecer la consulta como algo diferente a un comercio de mercancías. En la medida en que el médico se acerca al IPSE, acepta dinero directamente del paciente sin ningún problema.

En ambos casos aquellos pacientes que no poseen dinero, o son atendidos gratuitamente, o son remitidos al hospital general o universitario donde seguramente nuestros amigos trabajan. En ambos casos se configura la imagen del médico caritativo y buena persona.

Sin embargo, aquellos que están por debajo del IPSE tienen la necesidad de aceptar dinero de los pacientes con capacidad de pago y, además, cualquier cosa de valor con la que los retribuyan aquellos pacientes que no tienen dinero. Lo curioso es que esta aceptación de formas de pago diferentes al dinero es muy mal vista por los médicos que no tienen necesidad de hacerlo. Y esto porque ven en ella claramente lo que ellos pretenden ocultar distanciándose del pago de su consulta. Esto no es otra cosa que el momento en que el médico materializa su apropiación.

El tiempo excedente

Estamos ante el famoso médico de familia del cual decíamos que tenía un alto ingreso, un gran “espíritu caritativo y bondadoso”, unos excelentes modales.

Este grupo de médicos utiliza su tiempo excedente, o sea el tiempo que queda luego de haber asegurado su ingreso por sobre el IPSE, en una serie de actividades que fundamentalmente le ayudan a reproducir su situación ventajosa:

- a) La atención de pacientes gratuitamente bien sea en su consulta personal o a través de instituciones lo que, como vimos, cumple la múltiple función de tranquilizar su conciencia y el espíritu de los desposeídos, fortalecer su imagen de buen médico por atender a muchos pacientes y de médico buena persona por hacerlo gratuitamente.
- b) La institucionalización de todo el cúmulo de costumbres, gastos y refinamientos de su clientela en términos de una llamada “ética profesional”. Veamos este punto con más detenimiento.

Las academias y la ética profesional

Dada su vinculación estable a un sector de altos ingresos, el médico no tiene demasiados problemas con sus colegas especialmente con aquellos de su mismo nivel. Es más, para evitar estos problemas se establece una especie de código que limita y previene el hecho, por ejemplo, de que un médico vea pacientes de otro, pues todos tienen el compromiso tácito de averiguar quién los ha tratado y no tratarlos sin previa consulta. Se tiene, además, todo un protocolo para el trato mutuo en el cual el “respeto y la admiración” son la nota dominante, en la misma forma en que los sacerdotes se incienzan mutuamente en las grandes ceremonias.

Una pieza que refleja esta mutua admiración es parte del discurso que el Dr. Emilio Robledo, prestigioso médico de Medellín, pronunció a la muerte de un colega, el Dr. Francisco A. Uribe, a principios del siglo XX.

Cuanta bondad irradiará el Dr. Uribe, como será de abundante la vena de beneficencia que brote de su alma, cuando este antiguo alumno del seminario de Medellín, guarde en su memoria aromas inextinguibles, producidos por las virtudes y por el trabajo de aquel varón eximio...

Hay también todo un cuerpo de criterios para que la relación médico-paciente sea lo más prima posible, de tal manera que las informaciones sean realmente exclusivas. El secreto profesional, la reserva de la consulta, etc., comprenden estos aspectos que entre otras cosas tienen mucho que ver con el concepto de enfermedad como pecado y el pecado como enfermedad, muy aceptado en nuestra ideología religiosa dominante.

- a) Florece en estos personajes un cierto espíritu curioso, por no decir investigativo, que los lleva a analizar, no los aspectos esenciales de la enfermedad como hecho social, sino como algo curioso, extraño y ocasional. Se refieren pues sus investigaciones a las entidades más raras, a los casos más estrambóticos y a las costumbres más apartadas.

Aceptan estudiar con detenimiento, por ejemplo, los fenómenos de la medicina no institucional, las tribus indígenas más apartadas, las plantas más exóticas.

Estos dos puntos anteriores confluyen en el espíritu y el objetivo de las llamadas academias de medicina, esas nobles y antiguas instituciones dedicadas

a encauzar el ocio de los médicos más ilustres, es decir, los que más ingreso tienen.

Se dedican estas academias a velar por el respeto a la ética y moral profesional y a fomentar la “investigación científica” que, para el caso, es la que versa sobre asuntos extraños e inocuos.

- b) Algunos de ellos se dedican a incursionar en campos ajenos a su profesión, sea para disfrutar del producto de su arduo trabajo que, como premio, les permite tener una quinta; o a mejorar la finca o negocios que “han levantado con sus propias manos”; o a hacer política, arte, historia, literatura, música, lo que hace aparecer al gremio inquieto, lleno de intereses, humanistas, etc.
- c) Finalmente estudiaremos una de las formas más importantes de utilizar su tiempo excedente.

El profesor universitario

Surge este personaje de entre los profesionales que, como vimos, han logrado un ingreso determinado, por tanto son médicos de cierta edad en adelante, edad que además de infundir respeto a los alumnos, les permite decir con una lógica aplastante: “El que sabe tiene éxito. Yo tengo éxito. Luego, yo sé”. Este médico se beneficia entonces de esta situación ante la idea formada, de que sabe tanto, que por ello es profesor. Esta actividad le permite tener una práctica extra que, en el caso de la medicina que es sobre todo práctica, lo coloca en una cierta ventaja sobre sus colegas, sin contar con la posibilidad de hacer algunos experimentos de vez en cuando.

Este profesor, a más de cumplir una función para sí mismo, que le permite mantenerse en la cumbre del éxito, produce un efecto importante con el tipo de docencia que hace.

Hemos dicho que su saber es el fruto del éxito obtenido en su práctica y por lo tanto su enseñanza va a ser la reproducción de esa práctica que, según su creencia, fue la causa de su éxito.

Se limitará, por lo tanto, a comunicar su experiencia produciendo en sus alumnos el deseo de salir a repetir ese tipo de práctica, con la esperanza de repetir también el éxito, lo que desestimula cualquier visión crítica, cualquier intento de investigación, cualquier propósito siquiera de pensar sobre la sociedad en la que la medicina se desarrolla.

Este profesional reproduce pues, la universidad profesionalizadora acrítica y sin investigación formada en lo que llamamos el primer momento.

En Colombia, los primeros médicos formados en el país lo hicieron asistiendo a una práctica de varios años con un médico famoso, a pesar de existir formalmente solicitudes para abrir cátedras de medicina en Bogotá y Medellín, estas permanecieron vacías. En 1851 existía un consejo examinador, formado por los médicos más prominentes, quien expedía el título correspondiente.

Esta forma artesanal de reproducir cierta medicina a partir de la relación individual del maestro y el discípulo, persistió así a través del siglo XIX.

Solo en 1865 se inscribieron algunos alumnos en las facultades aprobadas varios años atrás, y hasta 1872 se inicia la educación médica formal en la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia. En otras ciudades del país este paso se había dado unos años antes.

Pero el hecho de formalizar la educación médica, el llevarla a la universidad, no implica necesariamente que esta educación no siga siendo selectiva, elitista y concentradora, como lo es, aunque en menor medida, en el día de hoy.

Esta sociedad, en la que el capitalismo liberal era la forma de producción y la ideología, permitió el desarrollo de una carrera liberal como hemos visto.

Sin embargo, dada la concentración del ingreso, no todos los profesionales pueden acceder a un mismo nivel social para mantener su IPSE.

Hemos hablado de aquellos que lo mantienen cobrando mucho a pocos. Otra forma de lograr ese IPSE es cobrando poco a muchos, lo que configura un tipo de profesional, que participa de toda la concepción liberal, pero que tiene algunas características específicas que conviene anotar.

Por moverse en un medio diferente, su IPSE es también diferente, al igual que sus formas de cobro. Este medio es el campo, las ciudades poco importantes o incluso los barrios apartados¹.

Dispone de menos tiempo excedente por cuanto tiene que atender a un mayor número de personas para alcanzar su IPSE y por este mismo hecho, cumple un papel fundamental en la satisfacción de las exigencias de un amplio sector de la población que sin tener liquidez económica, sí puede en algunas otras formas de pago.

¹ Muy bien sabe esto el autor de un artículo aparecido en la revista *Médico Moderno*, en el que se recomienda a los médicos tener un consultorio en un barrio burgués y otro en un barrio de obreros o empleados.

La medicina liberal cumple pues una función específica en la formación social latinoamericana para el período en estudio, llenando así los requisitos que permitan dicha formación social reproducirse como tal.

Las características generales en las que se desarrolla este tipo de análisis podemos resumirlas así:

- 1) Economía exportadora de bienes primarios.
- 2) Un sector de comercialización amplio y poderoso.
- 3) Bajo desarrollo de la tecnología.
- 4) Una concentración del ingreso creciente pero con una base de cierta amplitud.
- 5) El resto de la población en formas de esclavitud, servidumbre o exclusión.
- 6) Estructura social de familia tradicional
- 7) Propiedad familiar de la tierra y reproducción de ciertas actitudes “familiares” en las formas de dominación.
- 8) Una estructura ideológica con una concepción englobante de toda la realidad y justificadora de todo lo anterior con gran arraigo en la historia y las costumbres.
- 9) La medicina por lo tanto gira alrededor de la clase burguesa (terratenientes, banqueros y comerciantes) y se proyecta socialmente a través de las mismas estructuras de dominación: la familia, la hacienda, la iglesia. Esta proyección hasta ahora es secundaria y constituye más bien un adorno, en parte por la misma estructura social, y en parte, por una cierta escasez relativa de médicos.

Cuando esta estructura social sufre modificaciones debido a cambios en el sistema capitalista mundial y a la dinámica interna de sus grupos sociales, varían las formas de producción, las relaciones sociales, la estructura interna de las fracciones de clase y comienza a resquebrajarse la estructura ideológica; todo lo cual hace que las formas de atención médica y las relaciones de clase de los médicos, por ser partícipes en el proceso general, se modifiquen en forma substancial.

Esta modificación no responde, como vemos al esquema mecanicista, A produce variaciones en B.



Capítulo 9

Nuevas formas de medicina

Al análisis de estos cambios y estas modificaciones las llamaremos Tercer Momento: nuevas formas de la medicina.

- 1) La crisis del sistema mundial capitalista (económicas, bélicas, etc.) afectan al comercio mundial y por lo tanto a los países primarios exportadores. La crisis económica afecta a la economía, pero en compensación estimula la producción de ciertos artículos en esos países (sustitución de importaciones). La guerra mejora los precios de los artículos primarios, lo que genera un ingreso que encuentra en la incipiente industria un foco, al menos potencial, de inversión adentro.
- 2) Grandes avances tecnológicos en todos los niveles, modifican no solo las relaciones de producción, liberando una gran cantidad de mano de obra, especialmente en el campo, sino la tecnología utilizada en la medicina. Esta deja de ser únicamente clinicoterapéutica. De no utilizar prácticamente ninguna tecnología se pasa a usar las más avanzadas y complejas.
- 3) La concentración del ingreso se acelera rápidamente debido a las formas más eficientes de producción y explotación, lo que hace que muy pocos tengan mucho más.
- 4) Esta concentración del ingreso recae sobre un sector de clase emergente, la burguesía industrial, aunque beneficie también los sectores financieros y aún el comercial.
- 5) Esta nueva industrialización modifica las relaciones sociales, incluyendo a la familia, la cual va perdiendo poco a poco las características que la configuraron en otras formas de producción. Este proceso se da en todas las clases comenzando por la burguesía. Así los obreros industriales pasan a ser libres y a no tener ningún vínculo con sus patrones (antes existían como vimos el vínculo de esclavitud) a excepción de un contrato por horas de trabajo. En el campo, la inclusión de una agricultura técnica y capitalista libera mano de obra, rompiendo, por un lado, la forma de hacienda tradicional (convirtiendo a los empleados

en obreros agrícolas) y por otro expulsando del campo al resto, concentrándolos en las márgenes de las ciudades¹.

- 6) Dentro de las formas del capitalismo, el Estado pasa a ocupar un lugar importante en la economía al participar activamente en la producción, sobre todo en obras de infraestructura y en la prestación de servicios.
- 7) La emergencia de nuevas clases y la estrechez cada vez mayor del mercado de la burguesía, hace que la atención se vuelva hacia obreros y campesinos ya no como objeto secundario de la atención del médico o como adorno, sino como nueva fuente de pago².
- 8) Estas profundas modificaciones se acompañan de un deterioro de las formas ideológicas tradicionales que son reemplazadas por formas más sutiles y más efectivas de dominación (técnica, publicidad).

Con estas nuevas puntualizaciones pasamos ahora a estudiar detenidamente los cambios sufridos en la profesión médica, en su práctica profesional, en su justificación ideológica y en el nivel de atención médica prestado a la población.

Las posibilidades reales de los profesionales médicos de acceder a altos niveles de ingreso, el prestigio obtenido por esto mismo y por los factores de identificación con las clases más poderosas a través del médico de familia, creó una corriente mayor de atracción a la carrera de la medicina y un estímulo y ampliación de las facultades del ramo, aumentando así el número de prácticos médicos. Este aumento acelerado superó la distribución del ingreso que generaría clases con una capacidad de pago aceptable. Se produce así una segunda saturación del mercado.

Tratemos de analizar y comprender las formas en que la burguesía y la medicina han tratado de superar dicha situación.

Si bien en un momento dado existía una saturación por falta de personas con alto ingreso, posteriormente la alta concentración del ingreso generó una diversificación del consumo inclusive para el área médica.

¹ Esta desintegración de la familia es lo que hace ridícula la proposición de algunos ministros y profesores universitarios de volver al médico de familia como solución a los problemas que encuentra no solo el ejercicio profesional sino, y sobre todo, el paciente.

² Tampoco lo hace por una mayor conciencia social, o por los avances morales de la sociedad.

La especialización

Por esta vía, encontramos una primera forma de superar el estancamiento. Una misma persona con alto ingreso no necesitará dos médicos, a menos que los médicos no sean iguales. En el momento en que se logre establecer diferencias entre los médicos y entre las áreas de la medicina, entonces una misma persona podrá tener varios médicos o, dicho en otra forma, irá cada vez donde uno diferente lo que es lo mismo. Analicemos este proceso en forma más detenida. Dos factores contribuyen a configurar esta diversificación de los médicos:

- a) Los avances de la medicina en el centro, colocan fuera del alcance de una persona el dominio de la totalidad del conocimiento médico y, sobre todo de la práctica médica, no solamente por la profundidad y elaboración de las teorías fisiológicas y patológicas, sino también por el desarrollo de la tecnología de diagnósticos y tratamientos.
- b) La concentración del ingreso lleva a que una sola persona pueda pagar varios tipos de médicos y, por lo tanto, permite a su vez que los médicos adopten una especialidad.

En esta forma tiene sentido el análisis del surgimiento de las especialidades. Estas en una primera aproximación se refieren fundamentalmente a grupos etarios y por sexo: la pediatría, la obstetricia, la cirugía y la medicina general. Bajo estas formas de especialización los médicos lograron captar el ingreso de las personas, al mismo tiempo que seguían el desarrollo de la ciencia médica en el centro. Para acceder a este conocimiento médico, los profesionales nuevamente se vieron obligados a hacer sus estudios fuera del país, por cuanto la organización de las facultades de medicina, estaban destinadas solamente a formación de prácticos médicos generales.

Estos profesionales, con estudios de especialización en el exterior, que fluctúan entre 1 y 3 años, regresan a un mercado prácticamente abierto y con muchas posibilidades económicas. Estas circunstancias llevan a que un buen número de médicos sigan este camino. En un momento posterior este tipo de especialistas pasará a ser formado dentro del país, bajo la justificación de que había que ponerse al día en los avances de la ciencia. Esta producción de médicos especialistas adentro, mediante cursos trianuales permitió completar la actividad de los especialistas con prácticas universitarias, conformando intereses académicos y económicos muy diferentes a los anteriores profesores.

Esta producción de especialistas en el país, sumado a la concentración creciente del ingreso, fue lo que desarrolló una nueva estrechez relativa del mercado. Por las mismas razones antes descritas, es decir el desarrollo de la ciencia médica y la concentración del ingreso, los médicos desarrollaron el camino de la especialización a límites que hoy están muy cerca de la caricatura.

La superespecialización

Esta superespecialización es, en resumen, el resultado de un doble esfuerzo: el de aprender a dominar al máximo un terreno de la medicina (factor individual) y el de satisfacer la emergencia cada vez mayor de una burguesía que está en capacidad de pagar grandes sumas para obtener lo mejor para su cabeza, su riñón, su piel, etc., (factor social).

El primero de estos esfuerzos corresponde a la esfera ideológica de justificar este desarrollo de la medicina como la forma natural de hacer ciencia.

El segundo corresponde a la necesidad del médico de reproducirse en las condiciones que esa burguesía le ha impuesto.

Esta superespecialización tiene grandes implicaciones para nuestras sociedades generando fenómenos como la fuga de cerebros y la dependencia tecnológica. Además, orienta el desarrollo de los servicios y los niveles de atención de salud de estos países hacia modelos que nada tienen que ver con ellos.

Ante la producción de especialistas en el país, aquellos que van a especializarse afuera, estarán en desventaja frente a los que se especializaron en el país, por cuanto estos mantienen vinculaciones con instituciones y con otros médicos que les permiten vincularse más rápidamente al mercado. La consecuencia es que quien va a estudiar afuera, debe especializarse cumpliendo uno de estos requisitos:

- a) Por más tiempo del máximo que se puede dar en el país³.
- b) En una rama que no puede desarrollarse dentro del país.

³ Hoy en día, si un cirujano se especializa afuera, tiene que tener mínimo cinco años de especialización para competir con ventaja sobre el cirujano de tres años formado en el país.

Los caracteres definitivos de lo que llamamos *superespecialización*, serían entonces:

- a) Un tiempo prolongado de estudios afuera, que produce entre otras cosas un efecto importante de acomodación a nuevas formas de vida, de consumo, nivel de ingreso, costumbres, etc. Esta acomodación explica en parte el que estos profesionales no regresen a su país de origen.

En otras palabras, mientras más tiempo permanezca fuera, más probabilidades tendrá de quedarse. Este tiempo de permanencia en el exterior no está dado como se cree por el amor a la ciencia, por el progreso de esta, sino que está fijado por el tipo de medicina que se produce en el país de origen y por la saturación del mercado de tecnología médica. Esta necesidad de estudiar más con la esperanza de vincularse a un mercado cada vez más estrecho produce pues un efecto expulsador creciente (“Brain Drain”).

- b) Sin embargo, el punto anterior no nos explica la totalidad del problema de la llamada fuga de cerebros.

Al estudiar una rama no desarrollada dentro del país, con el fin de traer la novedad científica o técnica, lo que se hace es intentar captar el ingreso excedente de la burguesía, que como hemos visto está cada vez más concentrado en menor número de personas.

Esta realidad hace que un individuo que trae por ejemplo una bomba de cobalto, encuentre vinculaciones tales que le permitan obtener un ingreso apreciable, lo que atrae a la rama de radioisótopos a nuevos profesionales, pero estos no van a encontrar estas vinculaciones, ya ocupadas por el primero de ellos, encontrándose en una encrucijada que tiene solo una salida. Están altamente capacitados para labores muy específicas y no las pueden realizar en el país de origen. Solo les queda la alternativa de buscar un sitio donde puedan realizar esa preparación que les ha “costado” tanto.

Es este otro poderoso mecanismo expulsador de cerebros, íntimamente relacionado con el problema del desarrollo tecnológico diferencial entre la metrópoli y la periferia, y con la concentración del ingreso en esta, como reflejo del tipo de estructura social dominante.

Aunque en el análisis de la fuga de cerebros los dos puntos anteriores son fundamentales, resulta necesario referirnos a categorías más generales que permitan una mayor comprensión del fenómeno⁴.

El concepto de mercado internacional de trabajo⁵. Es de gran utilidad por cuanto nos refiere a un análisis totalizante del sistema capitalista que conforma, en algunos campos, sistemas por ejemplo de mercado que prescinde de las “barreras” nacionales. Se ve que, en realidad, es para este mercado para el que produce todo el sistema capitalista, incluyendo el área dependiente.

En el caso de los profesionales, concretamente, se crea la ilusión de que se le produce para el país por el hecho de la ubicación geográfica de un edificio llamado Facultad, y por esto cuando el profesional sale del límite geográfico de la nación se habla de “fuga”. Lo que ocurre en realidad es que el profesional va a su verdadero destino.

El mercado internacional de trabajo

En términos de un análisis de valor como el que hicimos en un principio, lo que sucede se puede resumir en dos aspectos fundamentales:

- 1) La medicina y la especialización se producen a un alto costo en términos del trabajo social que es necesario invertir en la formación de un médico del país. Se produce entonces, con la fuga, una transferencia más de valor hacia el centro dominante.
- 2) Como ese el trabajo total de la sociedad el que da el valor a una mercancía y no el trabajo concreto de una sociedad nacional, el profesional lo único que hace es ubicarse allí donde puede materializar el valor de cambio del cual se ha apropiado. La ubicación depende de las posibilidades de llevar a efecto dicha materialización, posibilidades que pueden ser personales y de las diferentes sociedades. De la confluencia de ambas resulta la ubicación individual. Así, hay individuos que aspiran a realizar cierto valor, o sea, aspiran a cierta posición y para lograrla, se

⁴ Decimos “fenómeno” y no “problema”, por cuanto consideramos que el análisis en términos de la última acepción implica la idea de que es algo que ocurre en contra de la sociedad o en forma anormal. Lo que ocurre, por el contrario, es una manifestación necesaria a un sistema social dado.

⁵ Véase la obra de Inés Rea (1970), *Algunos problemas de la conceptualización del Brain Drain*.

ubican donde ellos consideran que es posible tener éxito.

Encontramos así infinidad de combinaciones posibles: 1) alta aspiración con posibilidad de realizarla en su ciudad natal por vinculaciones familiares y sociales; 2) alta aspiración con posibilidad de realizar en el exterior por su facilidad para el idioma o por su “inteligencia” o porque tiene donde costearse los estudios o porque recibió una beca, etc. 3) “Baja” aspiración realizable en la ciudad natal o en un pueblo cercano. (En realidad no hay aspiraciones bajas por cuanto esto depende de la posición de cada individuo y, por lo tanto, sus criterios de realización no pueden clasificarse en altos y bajos).

Hasta el momento hemos supuesto que la saturación se da únicamente en los países dependientes, supuesto válido por cuanto los fenómenos de concentración del ingreso y dependencia tecnológica son irrefutables en dicho medio.

Sin embargo, se puede decir con propiedad que en los países dominantes existe también una super producción de profesionales⁶, lo que deja intactos los mecanismos de expulsión de los países dependientes, pero dificulta su recepción en otros medios. Para comprender esta situación es necesario referirnos a dos aspectos esenciales.

- a) La cifra global de profesionales sin empleo de acuerdo a su ramo en un país, no puede ser analizada sino en términos cualitativos, considerando si se trata de profesiones en expansión, en receso o en decadencia. Sabemos que esto varía históricamente con el tipo de relaciones sociales, con la tecnología usada, con el momento económico del país, con el tipo de desarrollo que está impulsando en un momento dado, etc. Sabemos además que esta variación no solo se da en el tiempo en un país, sino entre diversos países de acuerdo a las razones ya mencionadas. Así es posible que un país teniendo exceso de profesionales en términos globales, necesite determinado tipo de ellos.
- b) Esa demanda selectiva de profesionales por parte de los países dominantes o mejor, del mercado internacional, permite comprender la “generosidad” de los países dominantes y de los institutos internacionales en cuanto al otorgamiento de becas.

Los dos efectos principales de este sistema internacional de becas son:

⁶ *Revista Uno en Dos*, No. 1, Medellín, 1971.

- 1) Fomentar el interés por las disciplinas que necesita el mercado internacional mediante el ofrecimiento selectivo de becas. Esto se puede hacer a través de diversas formas que van desde, dar mejores facilidades y mayores estipendios para determinadas disciplinas, por ejemplo, la demografía, o simplemente el ofrecimiento único de determinado tipo de becas, como sucede en el caso de las ofrecidas por el Reino Unido. Por este medio se satisfacen pues las necesidades específicas del mercado internacional, o de un país determinado.
- 2) Seleccionar el personal de mejor calidad intelectual, evitándose el patrocinar estudios para ineptos, lo que se asegura por los requisitos exigidos para obtener la beca (Council en medicina). Recordemos que es una moda de la burguesía enviar sus hijos a estudiar a los países dominantes, pero este personal no le interesa a dichos países por cuanto no siempre tienen la calidad intelectual necesaria. Ello hace que generalmente retornen al país de origen a continuar la explotación hecha por su familia.
- 3) Realizar un negocio lucrativo y muy seguro mediante la preparación de exceso de profesionales con respecto al mercado interno, por parte de los países dominantes. El mecanismo es el siguiente: Se dan diez becas para especialización en radioisótopos e incluso se donan bombas de cobalto al país dependiente; el país dominante obtiene así diez profesionales que han requerido además de lo necesario para subsistir, seis años de primaria, seis de bachillerato y otros seis de universidad. Invierte en ellos uno, dos o tres años de especialización. De estos diez, no pueden retornar al país dependiente más que dos, por cuanto solo hay dos bombas de cobalto. Los restantes ocho se quedan en el país que “regaló” las becas y las bombas.

Se calcula que el flujo de médicos de América Latina a EEUU es el 35% del total de médicos extranjeros y que estos constituyen un valor transferido a ese país de US\$400 millones anuales, cifra muy superior a los US\$20 millones de ayuda gringa anual a estos países (Navarro, 1974).

Hasta el momento, hemos analizado la manera en que la estructura misma de la sociedad dependiente determina necesariamente dos fenómenos que en la medicina son muy importantes: la superespecialización y la fuga de cerebros y pudimos ver que ellos no pueden ser estudiados separadamente.

Cuando se habla de fuga de cerebros, debemos hacer referencia a un aspecto que es ya tradicional en el estudio sobre los recursos para salud, cual es el de la famosa escasez.

En primer lugar, es curioso que, habiendo escasez de personal, este salga del país; que faltando recursos, estos se estén exportando. Sobre este punto

vale la pena mencionar que el fenómeno no se presenta solo en el área de la salud, sino también en otras áreas profesionales en las que existe una escasez teórica de recursos y pese a ello los profesionales no encuentran cabida en el mercado nacional, saliendo al exterior.

Un punto esencial para proporcionar una idea más completa, alrededor de este fenómeno, lo constituye la evolución de nuestras facultades de medicina.

Durante el siglo XIX (hegemonía europea), la medicina de la escuela francesa era la que se transmitía en la forma ya descrita. A partir de la primera guerra mundial el papel de EEUU en el ámbito mundial fue cada vez más importante hasta quedar consolidado definitivamente después de la segunda guerra.

En Colombia, durante el siglo XX, se produjo una transferencia de la dependencia de Europa hacia EEUU en todos los aspectos de la llamada vida nacional. En el campo que nos interesa ahora, conviene anotar que ya a principios de siglo varios médicos colombianos se encontraban estudiando en EEUU y no en Europa como era la costumbre. Estos médicos, portadores de los últimos descubrimientos técnicos marcan toda una época en la medicina local.

Por una parte, utilizando la técnica gringa recién desarrollada, sentaron las bases para el nuevo concepto de hospital y de hospitalización, fundando las primeras clínicas privadas, ya en este caso “para la salud corporal de los ricos”.

Por otra parte se constituyeron en los pioneros de la medicina moderna, iniciando un movimiento progresivo de asimilación de los conocimientos y desarrollos de la medicina en EEUU.

Este movimiento culminó triunfalmente en 1948. Para principios de este año las revistas médicas norteamericanas, especialmente el *Journal of the American Medical Association*, publica una serie de artículos sobre medicina en América Latina y particularmente en Colombia. En noviembre del mismo año, llega al país la Misión Médica Unitaria, misión que habría de visitar otros países y que tenía como fin hacer las recomendaciones necesarias para orientar la formación de médicos en Colombia, y hacerla similar a la de EEUU. Sin lugar a dudas esto constituye un avance para la medicina local, avance en el sentido de facilitar el acceso a la nueva tecnología, pero sin lugar a dudas también constituyó el momento en el que se crearon las condiciones para iniciar el éxodo de profesionales hacia ese país.

Ya en 1955 las facultades de medicina colombianas son una fiel réplica de sus similares norteamericanas, manteniendo con ellas una relación total que incluye financiamiento, programas de intercambio, estudios de laboratorio, etc., y que hace además que, a los médicos latinoamericanos, nos “vaya bien” en EEUU. El 20% de los médicos de EEUU son extranjeros y de formación

Tabla 1. Distribución de población y número de médicos por 10.000 habitantes en algunos países de América Latina.

País	Año	Médicos x 10.000 habitantes	Ciudades de menos de 20.000 habitantes		Ciudades de 20.000 a 99.999 habitantes		Ciudades de más de 100 mil habitantes	
			Médicos x 10.000 habitantes	Población (%)	Médicos x 10.000 habitantes	Población (%)	Médicos x 10.000 habitantes	Población (%)
Colombia	1970	5,4	0,78	63,9	2,10	9,5	15,1	26,6
Perú	1969	5,2	1,6	76,0	1,6	16,8	14,5	7,2

Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones cudriales de OPS, 1971.

básica en sus respectivos países⁷. Se calculó en 1971 que engrosaron las filas médicas en ese país, un número igual de profesionales provenientes de los países dependientes, que el egresado de las 120 escuelas de medicina gringas (Williams & Lockett, 1973).

Se exporta lo que es escaso. Esto parece contradictorio y solo puede ser explicado a la luz del análisis que se propone.

Este fenómeno se presenta, además, en el nivel interno del país, bajo la forma de concentración de profesionales en algunas regiones o ciudades, lo que lleva a intentar soluciones, que, por no tener en cuenta los factores mencionados, siempre resultan estériles.

La concentración de profesionales alrededor de las grandes ciudades y su “abandono” del campo es solo la forma como se presenta el fenómeno real, que es la vinculación alrededor de un mercado con capacidad de pago y más que capacidad de pago, con capacidad de materializar el IPSE (Tabla 1). En otras palabras, los motivos por los que se produce la famosa “fuga de cerebros” están íntimamente ligados al fenómeno interno de cada país, de la concentración de profesionales en ciertas regiones y ciudades.

Dentro de las soluciones destinadas a corregir esta situación hay una que merece la pena comentarse, y que veremos a continuación.

⁷ *New York Times*, septiembre 16, 1973, p. 79.

La formación de personal intermedio

En el campo de la medicina concretamente, se ha pensado varias veces en formar un médico menos que general, que pueda desarrollar algunas actividades. Esta posibilidad ha recibido fuerte oposición por parte del gremio médico que, con argumentos de tipo académico, defiende en última instancia un mercado del cual recibe fundamentalmente su ingreso. Es el caso de las consultas “sencillas”, parasitosis, etc., que en el plano teórico pueden ser solucionadas por otro tipo de profesional, pero que en la práctica son el sustento de la gran mayoría de los médicos.

Orientada por esta misma concepción, como alternativa, está la formación del médico general, del médico de familia, a la que ya nos hemos referido. En el campo de la odontología, ya ha aparecido el auxiliar de odontología con la oposición de los odontólogos por idénticas razones. En el caso de la enfermería están las auxiliares que han pasado a ocupar amplios sectores de la labor de enfermería.

A este respecto es conveniente anotar que, en cualquier caso, los problemas de la concentración de personal y la saturación del mercado, reproducen los problemas que se han querido evitar con este tipo de soluciones.

La razón fundamental está en la concentración del ingreso y de la capacidad de pago, inherente a nuestra formación social, que obliga constantemente a que se modifiquen las políticas de formación de personal. Estas modificaciones siempre están sustentadas en argumentos académicos que señalan la necesidad de dividirse el trabajo y que, en el fondo, pretenden resolver el problema de la repetida y constante saturación del mercado, sin lograrlo, claro está.

Por otra parte, la formación de personal auxiliar e intermedio, si no se acompaña de toda una serie de condiciones físicas y sociales, solo conducirá a que ese personal intermedio sea el responsable único de la salud de los sectores de bajos ingresos (VASCO, 1973).



Capítulo 10

Efectos de las nuevas formas de medicina

Veamos ahora qué efectos produce este tipo de medicina superespecializada. El médico superespecializado, caracterizado por la gran cantidad de valor que la sociedad ha invertido en su formación, aunque él personalmente crea que la labor ha sido suya, puede trabajar en su país de origen o en el mercado internacional. En ambos casos obtiene un alto ingreso y realiza una trayectoria que ha pasado a llamarse “científica”, que lo convierte en el modelo de realización personal para cualquier individuo.

Al estudiante se le proponen de entrada metas muy específicas. Prácticamente se le especializa antes de salir y, por lo tanto, su interés se vuelca al estudio de entidades que no corresponden al diagnóstico global de su sociedad. Las mismas escuelas de medicina dedican la mayor parte de su esfuerzo a entidades y programas que tampoco están de acuerdo a dicho diagnóstico, bajo la justificación de un cientificismo rebuscado y sin posibilidades de superar la simple copia de los avances o experimentos hechos en otros países. Este tipo de “avance” en nuestras facultades solo es el puente ideológico a través del cual se lleva al médico a una superespecialización, constituyendo el foco que capta grandes sumas de dinero que no llegan a producir efectos sino para unos pocos.

Estos “avances” son introducidos justamente por aquellos profesionales con estudios en el exterior, quienes tratan de reproducir aquí, las condiciones en las que ellos aprendieron allá, trasplantando íntegramente toda una tecnología, toda una forma de desarrollo de la medicina que, como hemos dicho, solo tiene en cuenta los intereses de la clase de más altos ingresos y carece de relación con el diagnóstico hecho para la mayoría de la población.

Con el proceso de superespecialización configuramos entonces dos tipos de profesionales: los llamados cerebros fugados y los *superespecialistas que pueden volver al país*.

Estos últimos, a más de ser los abanderados de la innovación tecnológica por la tecnología misma, captan los ingresos de las clases más altas y a ello

dedican la mayoría de su tiempo, no sin dejar algunas horas para el Hospital Universitario donde tienen no solo pacientes para practicar, sino algunos aparatos que no han podido traer individualmente por su elevado costo, pero que el Hospital, gracias a sus buenos oficios, sí ha traído para “introducir avances en la ciencia médica”.

Estos profesionales se caracterizan por ser “apolíticos”, “científicos”, “liberales” y muy dedicados al estudio y a su profesión. Todo lo que interfiera con estas cualidades pasa a ser considerado por ellos como un problema, como algo que hay que corregir, pero se limitan solo a apoyar moralmente a los encargados de hacerlo.

Sus consultorios responden a las modas y gustos de la burguesía para quien están diseñados. Un detalle interesante es la práctica de no pagarle al médico sino a su secretaria, en un esfuerzo por descomercializar la relación médico-paciente.

Dentro de este grupo caben algunas distinciones. Se distinguen, por ejemplo, aquellos que fundamentalmente aprenden a manejar un aparato y que fincan su ingreso en el valor de este, más que en el de sus conocimientos, cobrando bien sea una cantidad tal que le permita en un tiempo fijo amortizarlo, o cobrando un porcentaje de lo que cobran los profesionales que atienden directamente al paciente. Tal es el caso por ejemplo de los radiólogos, de los anestelistas o de algunos laboratoristas. Para todos ellos, el problema del valor queda aclarado al identificarse simplemente al valor de la máquina utilizada. En esto no se diferencian en nada de aquellos que tienen una máquina para transportar, o para tejer, etc. El ingreso del dueño de una bomba de cobalto debe ser igual al que percibe el dueño de dos bombas de gasolina, o de 400 telares en una fábrica o de 20.000 acciones de una compañía importante.

Una segunda división puede destacar a quienes aprenden una práctica, la cual ejercen directamente sobre el paciente, como es el caso de los cirujanos. Estos no realizan su ingreso por el valor de la máquina, sino por el tiempo empleado en la operación que han aprendido a hacer, aunque en algunos casos, si el instrumental utilizado muy específico, también lo amortizan, (es el caso de los cirujanos de tórax, cirugía extracorpórea, broncoscopia, etc.). Para estos, siete años de estudios equivalen a haber comprado una bomba de cobalto o dos de gasolina o 400 telares o 20.000 acciones.

Dado que su actividad es tan práctica como la de los anteriores pero que, a diferencia de ellos, es tan directa sobre el paciente, asumen para sí toda la responsabilidad del caso y hacen gran hincapié en ello, lo cual es visto por la sociedad como una cualidad propia de la cirugía, que los hace merecedores de un prestigio adicional, que por supuesto también va incluido en la cuenta.

Esta responsabilidad que recae sobre una persona hace que, cuando surge una dificultad con el paciente, se busca inmediatamente un culpable, por cuanto el aceptar la culpa personal va en detrimento del cirujano. Por esta razón la culpa la tiene el ayudante o el anestesta o la enfermera o la auxiliar. Toda esta búsqueda del culpable y la necesidad de ocultar lo que ocurrió, tiene su origen justamente en el hecho de que el problema de la salud no es de un individuo, sino de toda la sociedad; pero esto no lo pueden aceptar por cuanto entonces la que debería cobrar sería esta y no el individuo.

Por último, puede distinguirse a aquellos que aprenden una práctica que se ejerce en una forma indirecta, a través de recomendaciones o de drogas; es el caso de los internistas (nefrólogos, cardiólogos, etc.). Cifran su ingreso también en el tiempo de aprendizaje como los anteriores. Sin embargo, como su práctica no es manual, no ven enfrentados tanto con el problema de la responsabilidad directa, por lo cual, están más dispuestos a trabajar en equipo y no buscan la culpabilidad en otras personas, sino que buscan razones más analíticas explicando el suceso ocurrido al paciente, por una deficiencia de potasio, o un desequilibrio electrolítico o una interrupción de un ciclo metabólico, etc.

En resumen, estos profesionales superespecializados desempeñan un papel específico en el desarrollo de la medicina en nuestros países:

- 1) Atienden fundamentalmente a la burguesía.
- 2) Introducen los últimos avances tecnológicos y los imponen como el modelo ideal de la medicina.
- 3) Tratan de reproducir las condiciones en las que aprendieron en el exterior, imponiendo así una orientación determinada a la profesión sobre todo en la universidad.
- 4) Tienen una concepción ideológica que les permite apegarse a su posición pseudocientífica como si su aporte personal a la solución de los problemas del país, mostrándose en otros aspectos como “apolíticos”, “objetivos” y “trabajadores”.
- 5) Tienen diferencias entre sí de acuerdo a la especialización escogida, lo que permite distinguir según estos criterios:
 - a) No atención al paciente (laboratorio, investigación, rayos X, anestesia).
 - b) Atención al paciente a través de drogas, etc., (psiquiatras, etc.).
 - c) Atención manual al paciente (obstetras, cirujanos).

De estos superespecialistas no todos pueden vincularse al mercado de la burguesía, ni “fugarse” por las razones ya citadas, por lo que es necesario tratar

de estudiar cuáles son las posibilidades reales de aquellos que no logran hacer ni lo uno ni lo otro.

Especialmente los del grupo a), encuentran de entrada que el mercado de la burguesía no les satisface plenamente, bien sea por el alto costo de los equipos o por lo selectivo de la técnica aprendida que no encuentra en la burguesía un número suficiente de casos que les permita ocupar todo su tiempo (entendiéndose “por ocupar el tiempo”, la posibilidad de materializar el valor). En el caso de los grupos b) y c), la dificultad se presenta especialmente porque son demasiado con respecto a la población de altos ingresos.

El hecho es que se configura un grupo de superespecialistas que no pueden vincularse a la medicina privada, por lo menos en todo el tiempo deseado, convirtiéndose en un poderoso grupo que ofrece servicios de salud y demanda de ingresos.

El seguro social

Esto ocurre al mismo tiempo que surgen en el país nuevas formas de economía de industrialización debido a la sustitución de importaciones, lo que significa una masa de obreros con un ingreso escaso, pero mucho más numerosa que la burguesía. Estos nuevos sectores comienzan a exigir servicios de salud a través de su creciente organización sindical, servicios que además son del interés de la burguesía industrial, a la que le interesa un trabajador sano que le dé gran rendimiento.

La aparición del fenómeno económico de la industrialización no es sin embargo suficiente para que aparezca el seguro social.

En sus orígenes en la Alemania de Bismark, las condiciones sociopolíticas de finales del siglo XIX, obligaron con sus tensiones a que se dieran las condiciones de su aparición formal.

En Colombia concretamente, a pesar de haberse iniciado la industrialización tradicional desde principios de siglo y su posterior incremento y desarrollo a partir de 1930, solo hasta 1946 se aprobó la ley que estableció el seguro social.

Sin embargo, esta ley no tiene sentido en sí misma, aisladamente, sino enmarcado en el auge del sindicalismo de esa época, de gran beligerancia (CTC), la presencia nacional de partidos de izquierda (partido comunista), la aparición de centrales patronistas impulsadas por la iglesia (UTC), la declaración de ilegalidad del partido comunista, la persecución laboral y el

establecimiento de un gobierno férreo para tratar de frenar las conquistas de los sectores populares.

No pudo la ley sobre el seguro social, evitar ese avance de los sectores populares y fue solo a través de la represión abierta del 9 de abril de 1948, como se logró “controlar” la situación.

El seguro social comenzó a funcionar en Medellín en 1947, por ser esta la ciudad de mayor concentración industrial del país en aquella época.

Los objetivos formales del seguro social fueron desde un principio:

- 1) Prevenir los riesgos que supriman o limiten al trabajador su capacidad laboral.
- 2) Reponer la fuerza laboral cuando se presenten limitaciones en la aptitud del trabajador.
- 3) Procurar las medidas de existencia en caso de cesación temporal o definitiva de la actividad laboral o profesional del asegurado.

Surge entonces el sistema del seguro social, que debe ser entendido fundamentalmente como la respuesta a una necesidad económico-política del sistema y como una nueva forma de pago a un grupo social potencialmente emergente de la burguesía, como es la de los médicos.

El tipo de atención médica dado en el seguro, reproduce en parte el tipo de medicina privada, no porque esta sea la mejor medicina, sino porque aquellos encargados de administrarla tienen una orientación y unos estudios similares a los de la medicina privada, donde la única limitación para una reproducción completa de ella, se encuentra por el lado de los recursos económicos. Las características principales de esta atención son su alto costo, su elevada sofisticación y el otorgarse a muy pocas personas¹ (su poca cobertura).

Logran además los médicos, captar una nueva fuente de ingreso, proveniente en este caso de los obreros, quienes, a pesar de no tener un alto ingreso, sí son bastante numerosos.

Sin embargo, no parece tan claro este argumento ante la “realidad” del financiamiento tripartito del seguro social, por parte de patrones, Estado y obreros. Analizándolo más detenidamente podemos llegar a la conclusión de que este oculta el hecho de que son realmente los obreros y las gentes de bajos ingresos las que financian el seguro social.

Los patrones aportan teóricamente una tercera parte del capital de la institución. Sabemos que ellos tienen una tasa de ganancia, que debe ir

¹ El seguro social en Colombia atiende aproximadamente a un 7% de la población.

en aumento para que el negocio sea rentable y en caso de que esta tasa de ganancia disminuya, lo que hará el industrial o el patrón será cambiar de ramo o declararse en quiebra. El mantenimiento de esta tasa de ganancia implica que cualquier erogación extra del capitalista, se extraiga, sea del trabajo del obrero, aumentando su explotación, sea del producto vendido, aumentando su precio, pero nunca de las utilidades personales del capitalista. En ambos casos el valor destinado al seguro social sale del bolsillo del obrero y del consumidor².

En cuanto al Estado ya sabemos de dónde proviene el pago de impuestos del capitalista y solo nos queda entonces la gran masa de contribuyentes.

No nos queda pues, sino el aporte de los obreros, que sí es extraído directamente de su salario diario, en forma coercitiva por lo demás.

En términos reales, el seguro es una organización que permite y obliga a una clase de bajo ingreso, a pagar por los servicios de salud ofrecidos por un grupo de profesionales de la práctica médica, favoreciendo de paso a los patrones interesados en mantener una mano de obra activa.

La relación médico-paciente

En el “paso” de la medicina privada a la medicina “socializada”, muchos autores señalan la pérdida de la llamada relación médico-paciente.

Lain Entralgo (1969), en su libro sobre el tema, *El médico y el enfermo*, hace importantes disgregaciones que indudablemente enriquecen este aspecto de la medicina. Una de las pérdidas señaladas es puntualizada por Benjamín Viel (1964) en varios aspectos, entre los que destaca el elemento de deshumanización que conlleva la relación médico-paciente en la medicina de seguridad social.

Por último y sobre el mismo tema, psicólogos y sociólogos hacen esfuerzos por diseñar cursos en las facultades de medicina para mostrar a los alumnos cómo deben establecer en la mejor forma esa relación.

Sin demeritar la importancia de los aspectos individuales y psicológicos propios de toda relación, parece haber elementos en el área social que afectan esta relación y que la determinan: son justamente los elementos que surgen

² En Colombia, la tasa de ganancia de los patrones es de un 30% a un 40% del producto de la industria, mientras que en Europa, por ejemplo, esas tasas de ganancia no pasan del 20% de dicho valor.

del desarrollo del presente trabajo y que pueden aportar a la comprensión de estos problemas.

Analizado el origen de clase de los médicos tradicionales o liberales, y en general de los que ejercen en el mercado de la medicina privada, obtenemos los primeros elementos que nos permiten hablar, más que de una relación abstracta entre un médico y un paciente, de una relación que se da enmarcada dentro de una solidaridad de clase.

Esta solidaridad de clase, se expresa en el idéntico origen y contenido de las costumbres, los modales, los gustos, maneras y modismos, en el nivel cultural de los componentes de esa relación, de tal manera que ella se da en excelente forma, a pesar de no existir para la época una cátedra formal en la facultad, que transmita ese famoso humanismo que parece sustentar dicha relación.

Cuando, por condiciones generales ya señaladas, los médicos se ven enfrentados a nuevos y amplios sectores sociales, no es que pierdan la excelente relación que tenían con sus pacientes, sino que establecen una nueva, con un sector social diferente, con el cual nunca se habían enfrentado.

En otras palabras, no es que la relación médico-paciente se haya “des-humanizado” en esta nueva forma de prestación de servicios, sino que la aparición de esa relación no tiene por qué suponer ese humanismo, al no participar de lo que lo sustenta, es decir, la solidaridad de clase. Podemos incluso agregar que, no solamente no existe esa solidaridad de clase, sino que, al contrario, la nueva relación médico pequeño-burgués - obrero paciente, que es lo que aparece en la seguridad social, está enmarcada en un contexto diferente, cual es el de la dominación de clases, en la medida que los intereses en torno a la seguridad social, trascienden el dar salud por dar salud y se refieren a aspectos más complejos como ya señalamos.

No es pues cierto, que la medicina moderna se haya deshumanizado. La medicina que se le da a la burguesía es cada vez más “humanista”, en el sentido de darle toda la consideración posible al paciente burgués, que ya no es solo el producto de la espontánea solidaridad de clase, sino, de sofisticadas técnicas psicosociales que facilitan las relaciones interpersonales. Al mismo tiempo y posiblemente el mismo médico, sostiene deficientes relaciones con los pacientes de la seguridad social, cosa que por supuesto él detecta, pero que explica por razones diferentes a las expuestas aquí, es decir, lo explica por el exceso de pacientes, por el incómodo edificio, por la falta de educación de los afiliados, etc., sin detectar los elementos que determinan esos datos, sin poderlos ubicar en su verdadero significado.

El método empiricista lleva pues, a abstraer la relación médico-paciente, tratando de estudiarla solo en esos términos, sea cual sea el paciente y sea cual

sea el médico: en el caso concreto, impide la comprensión del hecho de que la relación médico-paciente en el seguro social, esté determinada por una relación más importante, cual es la relación obrero-patronal, la relación de dominación de clase.

La universidad

Otra fuente de ingreso para estos profesionales especializados es la universidad, la cual recibe en un principio un impulso de expansión, ante la necesidad del sistema de preparar personal que le permita mantenerse al día en el desarrollo tecnológico. Esta fuente de ingreso es limitada, por cuanto la expansión de los empleos ofrecidos, es mucho menor que el número de egresados. En la Universidad de Antioquia, el número de alumnos admitidos apenas si varió de 50 entre 1942 y 1962, y solo en la década del 70 pasó de 100 y esto a pesar de la famosa “escasez de médicos que hay en el país”.

De todas maneras, aquellos médicos que al terminar su especialización logran ingresar directamente a la universidad, se encuentran en situaciones enteramente diferentes a los antiguos profesores³.

En primer lugar, los antiguos profesores vienen de vuelta del éxito a la universidad, a trabajar en los “ratos libres” a diferencia de los nuevos, que llegan a ella como su única fuente de trabajo, al menos en un principio, lo que los coloca en contacto más directo con la institución, los hace participar de su organización y los hace depender de ella más íntimamente, aunque estén allí solo para adquirir prestigio y aspiren a trabajar particularmente.

Esta posición diferente los coloca muchas veces, en abierta contraposición, en una lucha que aparenta ser generacional, pero que en realidad es una lucha de nuevo sector emergente contra uno ya establecido.

Esta lucha lleva a estos profesionales a buscar alianza con los estudiantes y con otras agremiaciones, tratando de imponer en la universidad y en la facultad, sus intereses de grupo⁴.

³ Véase el *Informe sobre la U. de A.*, de Alberto Vasco (1972), mimeografiado de la Asociación de Profesores.

⁴ Idéntico enfrentamiento se ve en otras carreras tradicionales como Derecho, Economía e Ingeniería, aunque en grados diferentes. En las carreras más “jóvenes”, el fenómeno se enmascara al no existir profesionales del primer tipo, sino tecnócratas, como sucede en las carreras técnicas, sociológicas, etc.

Como sus oponentes basan su prestigio en la práctica médica, los profesores “nuevos” tienden a menospreciarla y a sustituirla por una mayor dosis de academicismo, enfatizando la especialización y la tecnología, lo que los lleva incluso a posiciones completamente alejadas de la realidad y de toda práctica, sirviendo de motores a las corrientes actuales del desarrollo de la medicina especializada. En oposición, los otros profesores tienden ingenuamente a oponerse a esta tendencia tratando de reimplantar la medicina general, el médico de familia, etc., llevando la discusión a terrenos completamente improductivos. Así, se analiza el médico que necesita el país, la especialización en medicina general, etc., sin cuestionarse en cambio, el qué hace que tengamos una medicina así, y qué tipo de sociedad es la que necesita un buen médico.

El sindicalismo médico

La ocupación de los especialistas en el seguro social o en la universidad tiene una característica común. La de ser un empleo por horas, que permite redondear el IPSE que estos profesionales no consiguen con la sola consulta privada, a la que dedican la mayor parte de su tiempo.

De todas maneras, el hecho de verse enfrentados a una clase patronal dispuesta a defender sus intereses económicos, coloca a los médicos del seguro social en una posición diferente, obligándolos a organizarse en tal forma que puedan hacer más efectiva su demanda por un pago adecuado a sus servicios.

Surgen entonces las Asociaciones Médicas o Sindicatos Médicos, nuevo tipo de agremiaciones que ya no tienen las características de las anteriores Academias de Medicina o Colegios Médicos, sino que surgen con nuevas formas y actitudes orientadas a nivelar su IPSE con el de los médicos dedicados exclusivamente o predominantemente a la consulta privada. Adoptan, entonces, actitudes enérgicas, inclusive reñidas con las pautas de ética y moral médicas establecidas por las Academias de Medicina, tales como la formulación de pliegos de peticiones, la realización de paros médicos, etc. Además, utilizan la agremiación para conseguir consumos más baratos, considerados necesarios para mantener un nivel de vida acorde a la posición, tales como importación de vehículos, seguros sociales, etc., que les permiten vivir de la manera más parecida posible a los usos y costumbres de la burguesía.

Este cambio de actitud con respecto a ciertas normas éticas y con respecto al tipo de agremiación, solo puede ser entendido a partir de la existencia de un número considerable de profesionales que están por debajo del IPSE y

que sienten su situación como debida a una circunstancia social y no a un problema individual y, por lo tanto, como algo válido para todos los médicos que se encuentran en circunstancias similares.

Debido a que, en estas asociaciones, e incluso en el seguro social, hay médicos especializados que no ejercen todo su tiempo como tales junto a médicos generales y a pesar de que, en términos generales, pertenecen a una misma clase, presentan entre sí contradicciones que es necesario tener en cuenta para una mayor comprensión del problema de la medicina.

Además de estas contradicciones, los sindicatos médicos tienen otras muy importantes que es preciso mencionar.

Una de ellas es que, en su seno, hay médicos que no trabajan en el seguro social, especialmente los médicos generales a los que nos referimos a continuación.

Otra muy importante es aquella que se refiere a lo que estos sindicatos identifican como el patrón.

En este sentido, hacen abstracción de las políticas generales del gobierno con respecto a salarios y sueldos, no tienen en cuenta la situación de los obreros para conducir su política sindical y se refiere al director de la Caja como al patrón. Debido a esto, y a una especial concepción del sindicalismo, frecuentemente se ven enfrentados a los obreros, respaldan acriticamente al gobierno y la emprenden contra los directivos de la Caja, como individuos, todo ello a un mismo tiempo y sin considerar las íntimas relaciones de los tres aspectos y, además, sin identificar su enfrentamiento real que es con la burguesía, la que en realidad controla la vida económica y social del país.

Capítulo 11

La medicina general

Hemos mencionado a los médicos generales. Estos son los que no se han especializado, por no tener dinero, por tener obligaciones de tipo familiar, que los obligan a trabajar recién egresados, o por otras múltiples causas.

Estos profesionales, no están pues vinculados al mercado de la burguesía, viéndose obligados a optar por la vía de atender mucha gente a poco precio, para lograr el IPSE.

La asistencia social

De otro lado, el Estado neocapitalista, se ve en la obligación de ampliar los servicios de infraestructura y entre ellos la salud, a sectores de población que por su número, o por su organización, lo demandan con tal vehemencia, que pueden llegar a alterar el llamado “orden público”, si no ven satisfechas, así sea solo en parte, sus demandas. También influye en esa ampliación, la presión de terratenientes y políticos locales que exigen la construcción de un hospital a cambio de los votos de sus dominados.

Estas múltiples razones, (la organización de los médicos, los intereses políticos de clase a través del Estado, las demandas de amplios sectores de la población y las presiones de la clase dominante tradicional), explican los planes sobre los que se estructuran los servicios estatales y las entidades de beneficencia dedicados a la salud.

Estos servicios están destinados, ya lo dijimos, a ciertos sectores de la población de bajo ingreso, pertenecientes a una organización social predominantemente rural, aunque en la medida en que el fenómeno de migración del campo a la ciudad aumente, estos servicios también deberán aumentar en las ciudades.

Si bien en estos servicios actúan predominantemente los médicos generales, es necesario hacer una distinción entre los que lo hacen como su trabajo

y los que lo hacen por el cumplimiento de un requisito que les permita continuar su carrera, esto es, los médicos generales que hacen su *año rural*.

Antes de entrar en la discusión sobre si el año rural obligatorio es una exigencia desmedida para los médicos o es un sacrificio, conviene preguntarse ¿cómo es posible que de la pobreza del campo estos médicos logren financiar una especialización? En otras palabras, ¿cómo logran extraer riqueza de la pobreza?

Esta segunda expansión al campo, ya no se debe a una saturación del mercado, sino a un factor político que obliga al Estado a enviar recursos al campo, así sea transitoriamente, ante la demanda violenta a veces; y a la colaboración de los médicos, quienes saben muy bien que no se trata de un sacrificio.

Dentro del análisis general, creo que es importante analizar por separado al profesional de la salud pública.

La atención médica y su administración cobran una importancia grande dentro de las bases del actual sistema que les proporciona una nueva fuente de empleo y la posibilidad de una especialización.

La salud pública

Esta doble circunstancia, la especialización y la fuente de empleo, atraen profesionales, no solo de los que no pueden especializarse y necesitan empleo, sino de los que no pudiendo hacerlo optan por la salud pública como rama de especialización, generándose así un grupo diferente dentro de la profesión médica que por lo arriba mencionado, tiene posibilidades reales de vincularse al poder y por lo tanto promete ser muy importante.

Si a esto agregamos que tal posibilidad, no se abre solamente para los médicos, sino para casi cualquier otra profesión, (ingenieros, economistas, abogados, sociólogos, enfermeras, odontólogos, etc.) queda aún más clara la importancia de esta nueva rama de la profesionalización.

Según este análisis, debe quedar claro entonces que la salud pública no surge como la especialidad para dar la salud a la comunidad, sino como el resultado de una coyuntura política y socioeconómica, en la cual los profesionales en general los médicos en particular, juegan un papel importante.

Pienso que solo bajo esta perspectiva, es posible analizar las posibilidades de la salud pública entre nosotros, para no caer en posiciones ideológicas que llevan a análisis, propuestas y planes imposibles.

Dentro de este marco general, podemos ubicar la discusión acerca de los planes de educación en salud pública, los criterios de prioridad en cuanto a programas y las posibilidades de crear un Servicio Nacional de Salud para el país.¹

Es bueno también determinar un poco el aspecto de la beneficencia mencionado en estos párrafos.

La idea central que orienta este análisis, es que la prestación de servicios de salud, está determinada no solamente por la necesidad de la salud o su derecho, sino por factores socioeconómicos, políticos e ideológicos, que se encarnan unas veces en el Estado, otras veces en instituciones “mixtas” como el seguro social, o incluso en la burguesía misma, dependiendo del desarrollo del sistema socioeconómico y de las modalidades que adopta según las condiciones específicas de los países.

En esta línea de análisis, hasta ahora hemos intentado exponer las razones que orientan la prestación de servicios de salud, a través de los aspectos económicos y políticos. Sin embargo, la prestación de servicios de beneficencia o de “caridad”, no parecen acomodarse bien a nuestra explicación. Para pasar a explicar este aspecto, se hace necesario referirnos nuevamente al marco histórico que ha presidido el análisis.

Las sociedades en las diversas épocas, han destinado parte de su excedente para aspectos que aparentemente carecen de relación con los aspectos socioeconómicos.

En la Edad Media, por ejemplo, buena parte del excedente económico, era destinado a la construcción de catedrales, al esplendor de las cortes, etc. En la antigüedad se construyeron pirámides y así sucesivamente. Parte de ese excedente, se ha destinado a revertirlo directamente sobre la población en prestación de algunos servicios, o en la organización de festividades, o en la ayuda a particulares, en lo que se denomina “la caridad”.

Lo importante no es analizar aisladamente estos hechos bajo aspectos abstractos, como el de que la caridad es para tratar de corregir la injusticia, o para ayudar al prójimo, sino vincularlos a una estructura totalizante, que permita conocer cuál es el papel que desempeñan los diferentes aspectos de la realidad en un modo de producción dado.

Así la medicina no solamente tiene qué ver con los aspectos económicos y políticos, sino también con los ideológicos, lo cual es válido para todas las

¹ A estos condicionantes y limitantes de tipo socioeconómico, debemos agregar, retomándolos, los aspectos metodológicos, propios del desarrollo del conocimiento médico, tratados en los primeros capítulos, si queremos estar en condiciones de poder juzgar la actual situación de salud y sus posibilidades.

formas de atención médica mencionadas, pero que, en la específica de beneficencia, desempeñan un papel primordial que nos ha de servir para retomar el papel ideológico de la medicina como mecanismo de dominación.

Como señala Foucault (1967), la caridad es un concepto que florece en las sociedades predominantemente mercantilistas, en las cuales lo fundamental, es el estrato de alto ingreso o sea el que tiene poder de compra. Los sectores que no tienen este poder de compra, son tolerados como tales y se destina para su control, una parte del excedente.

Cuando ese control es ideológico (y no militar, por ejemplo), este excedente se utiliza a través de la caridad y la beneficencia como formas principales.

No ocurre lo mismo en las sociedades capitalistas, en las cuales la indignidad es intolerable, pues la fuerza de trabajo es absolutamente necesaria para el sistema. El concepto de caridad es reemplazado por la sobrevaloración del trabajo y su imposición aún como castigo. Como contraprestación a esta nueva exigencia surge la seguridad social.

En nuestros países, sin embargo, a pesar de que el sector dominante es el sector capitalista, su desarrollo, limitado por condiciones internas-externas, no tiene capacidad de absorber o vincular a toda la población por lo cual no es raro encontrar la coexistencia de sistemas de seguridad social y de beneficencia, aunque con una clara tendencia al desarrollo de los primeros y a un estancamiento de los segundos.

Hay que anotar que este excedente es destinado por la sociedad y no por los médicos, es decir, los médicos están en el sistema de tipo beneficencia pública, como fuente de pago y no como los dadores de salud gratuita, pues cobran salarios y luchan por ellos como en cualquier otra entidad.

En América Latina, y particularmente en Colombia, el concepto de beneficencia o caridad en la prestación de servicios de salud fue bastante anterior al concepto de salud pública.

Teóricamente la idea de salud pública, la debería tener toda sociedad. Así por lo menos lo expresan quienes, intentando hacer un recuento histórico de este concepto, se devuelven a los umbrales de la historia para tratar de demostrar la “evolución” del concepto, sin comprender que solo puede existir un verdadero concepto de salud pública, en una sociedad que tenga como meta la no explotación del hombre por el hombre. Todo lo demás es, principalmente, un mecanismo de soporte económico, político e ideológico al servicio de la clase dominante.

Ya señalamos cómo en un principio la medicina institucional, solo atendía ocasionalmente a los sectores de bajos ingresos. Veíamos también cuál era la mentalidad que ilustraba la creación de hospitales.

Ya en el presente siglo y ante el tipo de desarrollo económico que se abría paso en el país, un capitalismo inducido y dependiente, se configuró con mayor claridad la idea de que, en alguna manera, debía velarse por la salud de la comunidad.

Aparecen a principios de siglo, 1910-1930, las Juntas Departamentales de Salud que debían cumplir, por ley, con esta función.

En las primeras y únicas actuaciones de estas juntas encontramos sin embargo cómo entendían ellas la salud de la comunidad.

Habiéndose detectado en un barrio pobre de Medellín, un foco tuberculoso, la Junta Departamental de Antioquia, ordenó la total destrucción del barrio, lo que fue considerado para la época, un avance en salud pública, para evitar la “contaminación” de la ciudad.

Hasta este momento las fundaciones de caridad funcionaban en forma independientes unas de otras y también de estas Juntas Departamentales, no existiendo una entidad a nivel nacional encargada de esta responsabilidad.

Luego de la década del 40 y ante el desarrollo de la producción industrial en el país, comienza un proceso de nacionalización, de consolidación de un mercado nacional, que a su vez demanda la existencia de organismos estatales a nivel nacional.

La unificación de la policía hasta ese entonces municipal, el establecimiento del Ministerio de Salud Pública, marcan los primeros intentos para lograr este objetivo.

A partir de este período, quedan definidos los llamados subsectores del sector salud, es decir, el subsector privado, el subsector oficial y mixto y el subsector de asistencia pública.

Esta definición está incluso formalizada en la Constitución Nacional, en la que, previo el reconocimiento de que la salud es un derecho, dice en el artículo 190 lo siguiente: “La asistencia pública la deberá prestar el Estado a aquellos que no teniendo derecho están en incapacidad de adquirirla”

Esto quiere decir que la asistencia pública, está dirigida a los que no tienen derecho y no pueden exigirlo, la seguridad social o subsector oficial y mixto a los que tienen el derecho y pueden exigirlo y el sector privado de los que pueden satisfacer sus propias necesidades en salud.

A partir de esto el proceso de consolidación nacional, se ha hecho más fuerte, produciéndose la integración nacional en una serie de áreas de la economía, necesarias para el desarrollo de la “libre empresa”. Así se unifica el sistema de transporte, de mercadeo, de electrificación, de educación superior, de comunicación, etc.

Los últimos movimientos que se dan en el sector salud, tanto en la seguridad social, como en la asistencia pública, obedecen a esta necesidad

histórica. De allí el intento, cada vez más cercano, para formalizar un sistema nacional de salud y la decisión de quitar autonomía a las Cajas Seccionales del seguro social, mientras la medicina privada continua su propia evolución, refugiada en las facultades de medicina, y en las clínicas privadas, evolución que a su vez, y por lo que hemos visto, está determinada por el desarrollo de la medicina en EEUU y es determinante, en buena parte, de la forma como hasta ahora se han desarrollado el sector oficial y mixto y el de la asistencia pública.

Esta influencia se expresa, por ejemplo, en el hecho de que solo ha existido uno o dos ministros de Salud con formación en salud pública y ningún gerente o director del seguro social con esta formación. Todos pertenecen a especialidades médicas, que nada han tenido que ver en el país con algo diferente a la atención privada de la población de altos ingresos.

Corolario

El estudio de la medicina, de la salud y la enfermedad, ha sido hecho hasta ahora bajo una metodología francamente empiricista y, por lo tanto, con un alto contenido ideológico que ha permanecido oculto bajo las apariencias de neutralidad y objetividad proporcionadas por el método.

Ante esta situación, es necesario iniciar el estudio de estos aspectos bajo una perspectiva que vincule a la medicina y a la salud a la realidad social, no ya como un sector, sino como un componente estructurado y dinámico, que se modifica ante cambios en dicha totalidad social y viceversa.

Esta alternativa exige:

- 1) El replanteamiento de todos y cada uno de los aspectos que tradicionalmente han sido el objeto de estudio por parte de la medicina, como el paciente, la enfermedad, el significado de la sintomatología, el papel de un agente etiológico en un contexto social y el médico mismo.
- 2) El estudio de esta totalidad social, no como algo extramédico, sino como el conjunto del cual la medicina, la salud, la enfermedad, el médico, hacen parte en una forma necesaria, activa y estructurada. Para lograr esto se tropieza evidentemente con muchas dificultades.

La magnitud del problema propuesto, el poco desarrollo de una metodología que permita superar las limitaciones actuales, la resistencia desencadenada

por intereses específicos de grupos en contra de estudios totalizantes, son solo algunas de ellas.

Fundamentalmente he tratado de entender la medicina y su ejercicio, como un conjunto de realidades de tipo ideológico, político, económico y científico, tratando de encontrar las relaciones estructurales entre estos aspectos y cuáles de ellos son determinantes con respecto a los demás, en contra de los estudios tradicionales que dan cuenta solamente del aspecto “científico”, o mejor academicista. He tratado de estudiar no solo lo que se hace, es decir, el dar salud, sino el cómo se hace y sobre todo por qué se hace, no buscando la respuesta en el mismo contexto en que es planteada, el contexto mismo de la salud, sino en la totalidad social que condiciona necesariamente dicho aspecto específico.

Para esto, he tratado de estudiar la participación de los médicos en la producción, analizándolos en los aspectos de su profesión desde el punto de vista de su forma de vivir, de acuerdo a una situación de clase y no solo como los agentes sociales encargados de dar salud. De estudiar a la medicina, en su doble papel de arma ideológica y “necesidad” social.

Esto obliga a distinguir, por una parte, cuáles son los determinantes ideológicos de los servicios de salud y de la atención médica y, por otra parte, cuáles son los determinantes de tipo científico, y cuáles las condiciones generadas en la demanda por un servicio esencial, aspectos no siempre bien analizados y las más de las veces confundidos en una sola idea de lo que es la medicina. Desde otro punto de vista, hemos explorado cuáles son los aspectos específicos que aparecen en una sociedad dada, que hacen que los determinantes del desarrollo médico, sean diferentes en países con un desarrollo capitalista hegemónico y en países de tipo capitalista independiente.

Haciendo énfasis en estos últimos, se ha intentado establecer un marco teórico general que permita luego hacer análisis más concretos en términos, de un país o de una región, de tal manera que las diferencias encontradas entre unos y otros, no sean explicadas como simples grados de desarrollo o como ciertas equivocaciones, sino más bien, como resultados de los condicionantes económicos y socio-políticos de cada uno de ellos.

Así, por ejemplo, la existencia o no de servicios nacionales de salud, no es simplemente, adelanto de algunos países si lo poseen y atrasos en aquellos que no los poseen, sino más bien, el resultado de cómo se configuró dicho país como un estado nacional, cómo se desarrolló la hegemonía de una determinada clase, cómo se implantó y en qué grado la sustitución de importaciones y la industrialización, cuáles fueron los vínculos con el centro hegemónico, etc.

Esto es válido también, para estudiar la evaluación y desarrollo de los sistemas de servicios sociales, servicios de tipo mutual, etc., el por qué son predominantes unos u otros en determinados países, etc.

Permite también, ya a un nivel más restringido, comprender las contradicciones que surgen entre el personal médico, entre estos y otros miembros del llamado equipo de salud, como las enfermeras, por ejemplo.

Permite, además, prever los pasos inmediatos a darse en las políticas de salud, de acuerdo a los intereses de la fracción de clase dominante en un momento dado.

Permite introducir en el análisis de la efectividad y adecuación de determinadas técnicas y de determinados servicios, no solo criterios de tipo académico-administrativo, sino los demás aspectos de la realidad socio-económica, de tal manera que podemos comprender algunas situaciones que, bajo los aspectos académico-administrativos mencionados, aparecen como errores, o como el resultado de malos manejos, hechos que en la realidad total no son contradictorios con el desarrollo de una sociedad contradictoria en sí misma. Tal es el caso por ejemplo de la “fuga de cerebros”, de la adquisición de equipos obsoletos, el exceso de personal en algunas instituciones o regiones y, su ausencia o escasez en otras, la falta de investigación y la aplicación acrítica de tecnologías que no tienen un respaldo científico claro, (el caso del control de la natalidad), pero que sí lo tienen desde el punto de vista político e ideológico.

Permite comprender, cómo el llamado “desarrollo científico” de la medicina se hace en aspectos que no son los problemas principales de la población en su conjunto, sino del sector privilegiado de ella y cómo se llega a justificar esta situación, bajo el pretexto claramente ideológico de supuesto “avance” de un “desarrollo”. Nos muestra cómo las actuales formas de ejercicio profesional, a las que llamamos “medicina socializada”, no son sino diferentes expresiones de una misma concepción de la salud y de la medicina.

Por último, se señalan algunas posibilidades, en cuanto a las condiciones necesarias para que aparezca una nueva concepción del problema social de la salud y sus correspondientes soluciones, las que seguramente tendrán que rebasar el marco mismo de la medicina.

Capítulo 12

La medicina en Estados Unidos de Norteamérica

Pareciera un tanto extraño que incluyamos en este trabajo un capítulo dedicado a la medicina de un solo país, EEUU, cuando hasta ahora no nos habíamos referido de manera especial a ningún país de América Latina, sino que veníamos refiriéndonos al problema de la salud y la medicina en un contexto mucho más amplio, aunque siempre histórica y geográficamente determinados.

Sin embargo, creemos que esta opción no solo es explicable, sino que la consideramos necesaria y por varias razones:

- 1) Lo que hemos pretendido utilizar aquí es un método de análisis, de estudio de los fenómenos sociales, que consideramos mucho más comprensivo y explicativo que los métodos utilizados hasta ahora especialmente en lo que a salud se refiere. En esa línea, bien vale la pena utilizar ese método en una realidad concreta, que tiene además la característica de ser determinante del desarrollo de esos mismos fenómenos en nuestros países.
- 2) Resulta innegable, hasta para los observadores empiricistas, la importancia que tienen EEUU para el desarrollo de nuestros países, no solo en los aspectos económicos y políticos en general, sino en los aspectos del desarrollo tecnológico, de la influencia académica y administrativa y de la presencia como mercado de trabajo, aspectos que en el campo de la salud son particularmente importantes.
- 3) Esa influencia ha sido, o pretendido ser, explicada a partir de una serie de supuestos aceptados como válidos e indiscutibles, acriticamente. Algunos de esos supuestos se basan en el carácter apolítico del desarrollo de la práctica profesional y de la tecnología en una formación social dada. Otros se basan en el carácter positivo de cualquier innovación proveniente de un país más desarrollado. En ambos casos, creo que se trata del resultado de una determinada manera de pensar, a la que hay

que oponer otra, mucho más coherente y que dé cuenta de los aspectos más relevantes.

- 4) Estos supuestos se han expresado entre nosotros a través de una serie de actitudes y lo que es más importante, a través de una práctica profesional. En otras palabras, mucho de lo que pensamos y hacemos en nuestros países en salud, que es lo que en este momento nos interesa, lo hacemos por lo que se piensa y se hace en EEUU. Si lo que pretendemos es entender qué es lo que hacemos y por qué, parece necesario entender qué se hace y por qué, en esta materia en EEUU.
- 5) En EEUU ha venido surgiendo un grupo, poco numeroso pero muy importante, que se ha dedicado a preguntarse hacia dónde va la medicina de ese país, a quién beneficia, a quién no, por qué, etc.¹. Si esta pregunta tiene validez para ellos mismos, ya que es hora de que nosotros comencemos a pensar en ella.
- 6) Los trabajos de algunos de estos autores, a los que nos vamos a referir en este capítulo, nos dan una serie de conceptos y de cifras y datos que no solo nos ayuda a entender su realidad sino también la nuestra.

Al plantear la sustentación del capítulo, aparece no solo la importancia del tema, sino su complejidad, que se hace más severa al no tener un acceso directo y fácil a la información y no estar en condiciones, al menos ahora, de conocer empíricamente el objeto de estudio tratado.

Por esta razón advierto, una vez más, que se trata de un comienzo, de trazar alternativas de estudio, que pueden y deben ser complementadas posteriormente, aceptando incluso que se nos escapen aspectos importantes y aún esenciales en este primer intento.

Desarrollo de la medicina en Estados Unidos de Norteamérica

En el desarrollo de EEUU, tenemos que referirnos necesariamente, como hay que hacerlo en países como Colombia, por ejemplo, al origen y desarrollo diverso de algunas regiones y formas de organización social.

¹ Consultar bibliografía al final.

En el caso gringo, hay que diferenciar entre el desarrollo del norte, en base a comunidades asentadas en territorios extensos y poco habitados en los que se desarrolló, a imagen y semejanza, una sociedad de rasgos europeos, pero con unas perspectivas económicas de grandes posibilidades. Aquí cada familia era para los médicos una fuente de trabajo, que permitió el florecimiento de una medicina particular, diseminada por todo el territorio yanqui. No existía allí una medicina no institucional, en una forma muy explícita, por cuanto las tribus que habitaban esas tierras nunca se sometieron a la dominación blanca y tuvieron que ser exterminadas. Por supuesto que las formas no institucionales traídas de Europa estaban presentes, pero para la época no era fácil distinguirlas de las formas institucionales.

El desarrollo del Sur se hace en cambio, en base a la instalación de una dominación oficial en la que una población blanca, administra para la corona grandes extensiones de tierra por medio de la esclavitud. Allí el mercado para los médicos es mucho más restringido y están dadas las condiciones para el desarrollo de una medicina no institucional en forma clara y muy amplia.

La expansión del Norte, proceso que no se ha detenido hasta el día de hoy, provocó la Guerra de Secesión y con ella la asimilación del Sur y la consolidación de un espacio económico mayor.

En este contexto, se desarrolló la medicina privada de EEUU en una forma no muy diferente a la que conocemos en nuestro país en un momento histórico posterior. También se desarrolla, a partir de este momento, todo un sector de la población que, aún hoy, no tiene acceso a ningún servicio de salud.

A finales del siglo pasado y principios del actual, aún sin ser una potencia mundial, EEUU había comenzado un acelerado proceso de industrialización y de innovación tecnológica que irradió incluso al campo de la medicina.

Concomitante a este proceso de industrialización, se fortalece un gran sector financiero a la vez que se consolida un complejo sistema jurídico que procura delimitar muy bien, al menos teóricamente, las áreas de derecho y deber de cada ciudadano, constituyendo así, ya definitivamente, la estructura capitalista de corte democrático burgués que aún hoy rige a la sociedad estadounidense.

Al terminar la primera guerra mundial EEUU habían tenido oportunidad de mostrar su fuerza imperialista, económica, política y militar, que les daba “derecho” a participar de la repartición del mundo, a la vez que sometieron a prueba, difundieron y ampliaron su tecnología. A partir de la época, EEUU no solo era un centro político, económico y militar sino un centro tecnológico, especialmente en medicina.

El desarrollo tecnológico hizo que la medicina moderna quedara restringida al sector de más altos ingresos, permaneciendo la mayoría de la

población cada vez más al margen de ella. Sin embargo, la crisis capitalista, llamada del año 30, produce una serie de fenómenos muy importantes. A nivel general marca el final del liberalismo manchesteriano que tiene que aceptar una serie de modificaciones estructurales, que incluyen un papel diferente del Estado en la economía y la política del país.

A nivel de mercado, produce una enorme contracción de la demanda que orienta la oferta a nuevas formas que incluyen la masificación de la producción, el desarrollo de nuevas y complejas formas de crédito y la organización de sistemas nuevos de seguros y de formas de prepago (Kelman, 1971).

Estas cuatro formas de desarrollo del mercado, tendientes a restablecer el equilibrio entre la oferta y la demanda y que tienen sentido en la medida en que se trataba de una crisis que afectaba a la sociedad en su conjunto, marcaron rumbos claros al desarrollo de la medicina y de la prestación de servicios médicos en EEUU.

Las compañías financieras adquirieron la importancia capital en la economía que hoy han consolidado y con ella, la posibilidad de orientar la economía de acuerdo a los intereses del capital.

A partir de entonces, se comenzaron a formar los sistemas de prepago que hoy son uno de los pilares de la prestación de servicios. El Blue Cross y Green Cross, por ejemplo.

Este tipo de servicio de prepago es la forma como la medicina trata de mantener cautivo un mercado que se le escapaba debido a la crisis. No se trataba como en América Latina, de captar un mercado nuevo, lo que en estos países condujo a determinado tipo de seguridad social, al seguro social tripartito. No en balde EEUU fue quizás, el único país del mundo que en esta época no estableció ese tipo de seguridad social.

Se configuraron así varios subsistemas de prestación de servicios. El privado individual, para los sectores de altos ingresos de todo el mundo, el privado colectivo o Medicaid, para la llamada gran clase media americana, y el sistema estatal, para sectores de bajos ingresos. Medicare.

A partir de este momento el sistema de salud de EEUU se ha desarrollado en los siguientes términos: 1) Un enorme fortalecimiento de unas pocas compañías de seguros de salud respaldadas por las grandes compañías de seguros del país; 2) Un gran aumento de la inversión en tecnología e investigación; 3) un deterioro del Medicare; 4) una pérdida de control directo de los médicos sobre el sistema de salud; 5) un aumento del costo del servicio; 6) una disminución de la cobertura.

Estos elementos han llevado a un cuestionamiento general de la medicina y de los servicios de salud y a la búsqueda de alternativas. Entre estas alternativas la que actualmente parece abrirse paso, como era de esperarse, es la

propuesta, impulsada en el congreso por las compañías de seguros, de un seguro nacional de salud obligatorio y manejado por ellas.

- 1) El aumento de las compañías de seguros de salud es indiscutible. Según el Patman Report, 4 de los 5 bancos más grandes de EEUU se unieron con 8 de las compañías de seguros más grandes y con la primera y tercera aseguradoras contra accidentes. Si la Standard Oil Co. se considera una compañía muy poderosa, dos de las más grandes compañías de seguros, la Metropolitan Life y la Prudential, manejan cada una 30 billones de dólares en activos, lo que las hace mucho más poderosas que aquella.
- 2) Ya desde comienzos del siglo, la Rockefeller y la Carnagie, fundaciones pertenecientes a los más grandes capitales privados, habían dado impulso a la formación de personal y al desarrollo de la tecnología en salud. Actualmente los más importantes centros médicos, no solo de investigación sino de docencia, pertenecen o están financiados por las industrias dedicadas a abastecer el mercado de drogas y equipo médico. Según Mc Nerney (1972), solo el 35% de la inversión en salud va dirigido a nuevos servicios.
- 3) El deterioro del Medicare ha sido manifiesto y últimamente constituye un motivo permanente de quejas de los contribuyentes. Se calcula que de los 40 millones considerados como pobres en EEUU, el Medicare solo puede atender a 13 millones. Solo un niño de cada tres perteneciente a este grupo social tiene derecho al servicio médico.
- 4) La pérdida de poder y control de los médicos sobre el sistema de salud es relativa. Se refiere a los médicos como gremio y a la incapacidad de la AMA, Asociación Médica Americana, de proteger a los médicos, en su conjunto, a pesar de que últimamente, defiende muy bien los intereses de los médicos vinculados a los grandes consorcios mundiales, en los que desempeñan cargos secundarios pero muy bien pagados. Según Vicente Navarro (1975), muchos senadores americanos han recibido contribuciones electorales de la AMA, interesada en este momento en el Seguro Nacional de Salud. El interés de los médicos en estas compañías, puede ilustrarse con el dato de Krause, de que el producto neto anual de la industria de abastecimiento de salud es de más de 5 billones de dólares. Entre estas compañías se encuentra la Westinghouse, la Phillips Morris, la General Electric, Abbot, AHS American Hospital Supply, Parke Davis, Johnson & Johnson, etc. (Krause, 1971).
- 5) Este fenómeno complejo ha llevado a un aumento excesivo del costo de los servicios de salud, que hace que ya ni los medios de prepago sean

suficientes para cubrir los gastos de salud. Un seguro normal de salud en EEUU no cubre ni la mitad de los gastos reales en este momento.

- 6) La disminución de la cobertura es una consecuencia directa de los puntos anteriores.

Un elemento que es necesario mencionar es el papel que juega el desarrollo jurídico del sistema, que es uno de los elementos esenciales para el desarrollo de las compañías de seguros. Todo médico para poder practicar la medicina en la mayoría del territorio y en casi cualquier institución, debe estar debidamente asegurado para protegerse y proteger a la institución de una posible demanda.

Este hecho ha producido un incuestionable estímulo en la tecnología del proceso de información en salud que se ha desarrollado a niveles increíbles, más por ser la historia y el dato clínico un documento legal de vital importancia, que porque esta sofisticación de la información beneficie al paciente, aunque este beneficio sea innegable.

Cuando se habla de la inversión en tecnología y en investigación, es necesario anotar que no es que esta inversión se considere negativa per se. Al contrario, lo que se apunta es que buena parte de esa investigación y esa tecnología, no está orientada por la “ciencia neutral en abstracto” ni mucho menos por el deseo de mejorar la salud, sino más bien por necesidades político económicas, que no siempre velan por la salud humana. Por ejemplo, la disminución de los programas espaciales de la NASA y la derrota de Vietnam, ha volcado sobre la industria de equipos de salud a una gran cantidad de técnicos, ingenieros, etc., que se han dedicado a elaborar equipos costosos, de difícil manejo, de poca aplicabilidad y de escaso beneficio, que son ofrecidos al mercado, legitimados por el sello de ser lo último y lo más moderno y sofisticado.

Este desarrollo específico de la medicina en EEUU ha llevado a su cuestionamiento por parte de los norteamericanos y de los médicos mismos.

- Ideas como la de que a más dinero, mayor salud deben ser sometidas a un cuidadoso estudio. Parece ser bien diferente el problema, si se trata a nivel individual que a nivel colectivo y sin embargo parece que tal afirmación no es satisfactoria en ninguno de los dos casos.
- Es un hecho que la accesibilidad física no conduce necesariamente a una mayor utilización de los servicios.
- Parece negarse en la práctica que a mayor tecnología de la actual en EEUU, mayor y mejor salud y atención médica. Los hechos parecen demostrarlo.

- La producción de más médicos no ha conducido a bajar los precios de la atención médica, ni ha aumentado la cobertura, sino todo lo contrario.
- La planificación se ha mostrado no solo ineficaz en EEUU, sino contraproducente.
- La información consolidada en grandes cifras promedias parece ser inútil, costosa y ocultadora de realidades socioeconómicas importantes.
- El financiamiento no asegura la mejora del servicio.
- La inversión en investigación y evaluación no se ha traducido en mejor técnica de prestación de servicios (Mc Nerney, 1972).
- Como observaciones más generales, vale la pena mencionar el hecho de que los médicos no se comportan socialmente como médicos, sino como personas vinculadas a un modo de producción en una determinada forma. De acuerdo a lo que venimos diciendo, este último aspecto es el determinante y al que debemos darle mayor atención en el análisis.

Esta es la única forma de entender que ciertas expresiones de la realidad, que a primera vista parecen contradictorias, son expresión fiel de una realidad contradictoria en sí misma. No es lo mismo pensar que la sociedad es buena pero que tiene algunos errores, que pensar que es la sociedad de clases la que produce todos los aspectos de la realidad. Si alguien cree que los “errores” de nuestra sociedad son independientes de sus “logros y avances”, que trate de “mejorar los errores”.

En el análisis de la sociedad estadounidense, como en el de cualquier otra, hay que partir del concepto de clase social referido a la propiedad y control de los medios de producción. Una aproximación hecha desde esta perspectiva, nos muestra una mayor riqueza y grado de composición de las situaciones estudiadas. En el caso del desarrollo de la medicina, este análisis es también esencial por cuanto sin él, no estamos en capacidad de explicar las limitaciones y contradicciones de la realidad, no podemos comprender la vinculación y determinación que el imperialismo tiene con respecto a nuestros países, somos incapaces de adoptar una posición crítica ante los avances y tendencias de la medicina, estamos imposibilitados para seguir nuestro propio camino en la solución de los problemas de salud y aún los más generales de la sociedad.

La constatación de las limitaciones del desarrollo médico en EEUU y su cuestionamiento interno deben servirnos para cuestionar nuestra propia realidad y dejar de dar explicaciones sobre ella, que no conducen sino a perpetuar la actual situación.

No es válido pues cuestionar el sistema de salud de nuestro país, por razón de no haber alcanzado el desarrollo tecnológico de EEUU, por no tener el

desarrollo administrativo, por no conocer las últimas técnicas, por no tener tanto dinero, por no tener su raza, su color de pelo, su lenguaje, su inteligencia.

Las razones de nuestra actual situación parecen superar el plano simplista y aparentemente ingenuo en el que se las quiere colocar.

Claro está que allá como aquí hay quien niega la existencia de clases, la dominación y la explotación. Pero allá y aquí habrá siempre quien colabore a esclarecer ese punto, esclarecimiento que por supuesto no se hace solo a partir de la discusión científica, positivista o académica.

En muchos de los artículos citados, encontrará el lector ampliaciones sobre los diversos aspectos mencionados. La historia de la medicina, el desarrollo de los servicios, la polémica sobre el seguro nacional, las limitaciones y contradicciones del sistema de salud, la estructura clasista de la sociedad y del sector salud, el desarrollo financiero, industrial y tecnológico y su repercusión en el sector salud, etc.

Reproducimos a continuación la Tabla 2 y 3 de Vicente Navarro, en las que se aprecia la estructura piramidal y regresiva del ingreso en EEUU y la forma cómo esa estructura se reproduce en el llamado sector salud.

Tabla 2. Distribución ocupacional y por clase social en EEUU, 1970			
Distribución de la clase fuerza de trabajo		Clase social	Ingreso medio anual estimado (en dólares)
%	Grupo ocupacional		
13%	Propietarios y empresarios de corporaciones	Clase corporada	80.100.000
14%	Profesionales y técnicos	Clase media	18.000
6%	Ejecutivos y negociantes	Alta	16.000
7%	Pequeños propietarios, artesanos, administradores	Baja	8.500
23%	Clero y trabajadores de ventas	Clase media	6.500
35%	Trabajadores manuales	Clase media	6.000
12%	Trabajadores de servicio	Clase trabajadora	4.000
1,8%	Trabajadores del campo	Clase trabajadora	2.600
Fuente: Elaboración propia con base en Vicente Navarro. Temas de la política social: una explicación de la composición, el carácter y las funciones del actual sector de salud en EEUU. Traducidos por Marcia C. Townsend y Alberto Vasco. Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín 1975. M2100.			

Tabla 3. Ingreso medio anual por tipo de trabajo en salud en EEUU, 1971.

Ingreso medio anual	Tipo de trabajo en salud
45.000	Cirujanos generales
40.000	Internistas
35.000	Médicos generales
30.000	Odontólogos
10.000	Farmaceutas
5.000	Técnicos de Salud
4.000	Enfermeras certificadas
3.000	Trabajadores de los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia con base en Vicente Navarro. Temas de la política social: una explicación de la composición, el carácter y las funciones del actual sector de salud en EEUU. Traducidos por Marcia C. Townsend y Alberto Vasco. Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín 1975. M2100.



Bibliografía

- Ackoff, R. L. (1974). La ciencia en la era de los sistemas: más allá de la ingeniería industrial, la investigación operativa y la ciencia de la administración. *Traducciones*, 40, pp. 1 - 31.
- Aguirre Beltrán, G. (1963). *Medicina y magia*. Instituto Nacional Indigenista, s. p. i. México.
- Bellin, L. E. & Kavalier, F. (1974). Abusos y excusas del médico de Medicaid frente a la constrastrategia del Departamento de Salud de la ciudad de New York. *Traducciones*, 42, J 29. Buenos Aires.
- Boguslaw, R. (1971). The Medical Establishment: Two perspectives. *Social Science & Medicine*, 5 (4), pp. 393 - 300.
- Bram, J. (1958). Spirits, Mediums and Believers in Contemporary Puerto Rico. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 20 (4), pp. 340-347.
- Cano, E. & Vasco, A. (1973). Aspectos sobre el salario médico. *Boletín de Aconsap*, 1(1), pp. 3-10. Medellín, Colombia.
- Cardoso, F. H. & Faletto, E. (1971). *Dependencia y desarrollo de América Latina*. 3ª ed. México: Siglo Veintiuno, 166 p.
- Coe, R. (1973). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- Cooper, D. (1971). *La muerte de la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Crítica de la Teoría de Illich, sobre el papel de las burocracias en el estímulo del consumo (o demanda) de servicios de salud, s. p. i.
- Díaz P., S. (1968). Una necesidad emergente; investigaciones sociales relacionadas con la Salud Pública. *Cuadernos Médicos Sociales*, 9(1), pp. 13-19. Santiago de Chile.
- Díaz P., S. (1970). Estudio de los roles en el equipo de enfermería. *Cuadernos Médicos Sociales*, 11(4), pp. 20-32. Santiago de Chile.
- Díaz P., S. (1971). Proyecciones y estimaciones del gasto médico del sector público. *Cuadernos Médicos Sociales*. 10(3), pp. 24-27. Santiago de Chile.
- Díaz P., S. (1971). Las relaciones entre Facultades de Medicina y el Servicio Nacional de Salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 12(3), pp. 25-29. Santiago de Chile.
- Driver, E. D. (1965). *The Sociology and Anthropology of Mental Illness: A Reference Guide*. Massachusetts: Amberts.
- EHO. (1974). *International Center on Psychosocial Factors and Health Information*. Estocolmo.
- Ellis, J. H. (1970). Bussines and Public Health in the Urban South during 19 Century: New Orleans, Memphis and Atlanta. *Bulletin of the History of Medicine*, 44(3), pp. 197-212; 44(4), p. 346, p. 371.
- Fanon, F. (1963). *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fanon, F. (1965). *A Dying Colonialism*. New York: Grove Press.
- Fanon, F. (1965). *Por la revolución africana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fein, R. (1967). *Doctor Shortages an Economic Diagnosis*. Washington: Brookings Institution.

- Foucault, M. (1960) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fuchs, V. R. (1973). Atención de la salud y sistema económico de Estados Unidos. *Traducciones*, 24. Buenos Aires.
- Galtung, J. (1971). *Teoría y métodos de la investigación social*. 3ª ed. Buenos Aires: Eudeba, 2 v.
- García, C. (1964). Comportamiento de las élites médicas en una situación de subdesarrollo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 5(1), pp. 20-25. Santiago de Chile.
- García, C. (1972). *La educación médica en la América Latina*. OPS.
- Garrison, F. H. (1966). *Historia de la medicina, con cronología médica y datos bibliográficos*. 4 ed. México: Interamericana.
- González, A. (1971). *Chile: medicina y socialismo*. Santiago, Quimantú.
- Grimson, W. (1972). *Sociedad de locos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1961). *La medicina popular en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional, Facultad de Sociología.
- Hall, T. L. (1971). Chile Health Manpower Study Methods and Problems. *International Journal of Health Services*, 1(2).
- Hall, T. L. (1971). *Social Security and Health Care Patterns in Chile*. *International Journal of Health Services*, 1(2).
- Hatzfeld, H. (1965). *La crisis de la medicina liberal*. Barcelona: Ariel.
- Health Policy Advisory Center. (1970). *The American Health Empire, Power, Projects, and Politics*. New York: Random House.
- Health Services Research Center. (S/f). *Sample forms and tables on first care visit by physman, health associate and health assistant*, from d. Hopkins.
- Hochman, J. (1972). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Holland, W. (1978). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Horn, J. (1971). *Away With all Pests: An English Surgeon in Peoples China*. New York: Monthly Review Press.
- Hyman, M. D. (1971). La medicina. En: Lazarsfeld, P. F. et al. *La sociología de las profesiones*. Buenos Aires: Paidós.
- Jores, A. (1967). *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*. México: Siglo XXI Editores.
- Kaempffer, A. M. (1968). El rol de la medicina en los países en desarrollo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 9(4), 42-46. Santiago de Chile.
- Kelman, S. (1971). Toward the Political Economy of Medical Care. *Inquire*, 8 (3).

- Krause, E. (1971). Health and the Politics of Technology. *Inquire*, 8(3).
- Lain Entralgo, P. (1961). *La historia clínica*. 2ª ed. Barcelona.
- Lain Entralgo, P. (1961). *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Revista de Occidente.
- Lain Entralgo, P. (1969). *El médico y el enfermo*. Madrid: Guadarrama.
- Lain, R. D. (1964). *El yo dividido; un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Levi, L. (1974). "Psychosocial Stress and Disease: a Conceptual Model". In: *Life Stress and Illness*. Springfield: c. c. Thomas, Cap. 2do.
- Levi, L. (1974). "Stress Distress and Psychosocial Stimuli". In: *Occupational Stress*. Springfield: c. c. Thomas, Cap. 5º.
- Machado de Palacio, Y. (s/f). *Nuevos campos de acción de la medicina moderna, tecnología, farmacología y medicina. Aspectos sociológicos*. Congreso Venezolano de Medicina Interna. Mimeo.
- Machado de Palacio, Y. (1971). La enseñanza de las ciencias sociales en los estudios médicos. *Educación Médica y Salud*, 5 (4).
- Mc Kinlay, J. B. (1971). The Concept "Patient Care" as a Heuristic Device for Making Medical Sociology Relevant to Medical Students. *Social Science & Medicine*, 5(5), 441-460.
- Mc Nerney, W. J. (1972). Reformas en la atención de la salud; sus mitos y realidades. *Atención Médica*, 1(1). Buenos Aires.
- Morris, D. (1969). *El mono desnudo*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Navarro, V. (1973). National Health Insurance and the Strategy for Change. *MMF*, 51.
- Navarro, V. (1974). A Critique of the Present and Proposed Strategies for Redistributing Resources in the Health Sector and a Discussion of Alternatives. *Johns Hopkins*, 12(9).
- Navarro, V. (1974). From Public Health to Health of the Public. The Redefinition of Our Task. *AJPH*, 64(6).
- Navarro, V. (1974). *National Regional and Local Planning in Sweden*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Navarro, V. (1974). The Underdevelopment of Health the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America. *International Journal of health services*, 4 (1).
- Navarro, V. (1974). What does Chile Mean: An Analysis of Events in the Sector Before, during After Allende's Administration. *MMFO/Health and Society*.
- Navarro, V. (1974). *Women in Health Care, Hearings on Women and Health Care of the Governor's Commission on the Status of Women, Commonwealth of Pennsylvania*. Johns Hopkins.
- Navarro, V. (1975). Social Policy Issues: An Explanation of the Composition Nature, and Functions of the Present Health Sector of the United States. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 51 (51), 199-234.
- Navarro, V. (1975). The Industrialization of Fetishism or the Fetishism of Industrialization: A Critic of Ivan Illich. *Social Science & Medicine*, 9(7).

- Parsons, T. (1966). "Estructura social y proceso dinámico; el caso de la práctica médica moderna". En: *El sistema social*. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Polack, J. C. (1971). *La médecine du capital*. Paris: Francis Maspero.
- Ramos, P. et al. (1969). *La proyección social del médico*. México: Pax.
- Read, M. (1968). *Cultura, salud y enfermedad*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Reca, I. (1970). *Algunos problemas de la conceptualización del Brain Drain*. Chile: Flacso.
- Romero, H. (1967). Producción y distribución de médicos en América Latina en relación con las necesidades de salud y el aumento de población. *Cuadernos Médicos Sociales*, 8(3), 5-12. Santiago de Chile.
- Sal y Rosas, F. (1958). El mito del Jani o Susto de la medicina indígena del Perú. *Rev. de la Sanidad de Policía*, 18(3), pp. 167-210. Lima.
- San Martín, H. (1968). *Salud y enfermedad; ecología humana, medicina preventiva y social*. 2ª ed. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Sheps, C. G. (s/f). *Higher Education for Public Health Progress and Potentials* (Breve historia y análisis de los problemas que enfrentan las Escuelas de Salud Pública, modo de elaborarlos). Chapel Hill.
- Sheps, C. G. (1975). *Ideological Characteristics of Three Ideal Types of Interorganization*. Chapel Hill: Mimeo.
- Sidel, V. & Sidel, R. (1973). *Serve the People. Observations on Medicine in the People's Republic of China*. J. Macy Foundation.
- Sigerist, H. E. (1946). *Civilización y enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sigerist, H. E. (1974). *Historia y Sociología de la Medicina, Selecciones* (tr. por Gustavo Molina). Bogotá: Guadalupe.
- Snow, E. (1972). *La China contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sociedad de Médicos Generales de Antioquia, Somega. (1974). *Las industrias farmacéuticas en Colombia*. Medellín.
- Sonis, A. (1968). *Salud, medicina y desarrollo económico social*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sonis, A. et al. (1971). *Medicina sanitaria y administración de salud*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Suchman, E. A. (1971). "La Salud Pública". En: P. F. Lazarsfeld et al. *Planificación sociológica de los problemas sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Tarrés, M. L. et al. (1970). El profesional en la burocracia: el médico en el S. N. S. *Cuadernos Médicos Sociales*, 11(1), 25-32. Santiago de Chile.
- Terris, M. (1973). Necesidad de un programa de Salud Nacional. *Traducciones*, 39, 1-16. Buenos Aires.
- Terris, M. (1975). Breaking the Barriers to Prevention: Legislative Approaches. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. New York.
- The Institute for the Planning and Regionalization of Health and Social Welfare Services (SPRI) (s/f). Facts Sheets on Sweder. s. p. i.

- Trejos Escalante, F. (1963). *Libertad y seguridad; libertad económica y seguridad social*. San José: Asociación Nacional de Fomento Económico.
- Van Langedanck, L. (1974). Seguro social de la salud en los seis países de la Comunidad Económica Europea. *Traducciones*, 44, pp. 1-34. Buenos Aires.
- Vasco, A. (1972). *Informe sobre la U. de A.* Medellín: Asociación de Profesores. Mimeo.
- Vasco, A. (1973). Participación de la comunidad en salud. *Ministerio de Salud RSSC*, 7, Bogotá.
- Vasco, A. et al. (1973). El Servicio Nacional de Salud. *Boletín de Aconsap*, (2). Medellín.
- Ventrevini, G.; Díaz, S. & Palma, C. (1969). Medio Institucional de la asistencia médica en Chile. *Cuadernos Médicos Sociales*, 10(1), pp. 43-45. Santiago de Chile.
- Viel, B. (1964). *La medicina socializada*. Santiago, Universidad de Chile.
- Wegman, M. E. et al. (ed.) (1973). *Public Health in the People's Republic of China: Report of a Conference*. J. Macy Foundation.
- Williams, K. N. & Lockett, B. A. (1973). *Migration of foreign Physicians to the U. S.* [Trabajo presentado a la Conferencia Panamericana de Recursos Humanos]. Ottawa, Canadá.



Obras y documentos de Alberto Vasco Uribe

Libros

- Vasco Uribe, A. (s.f.) *Sociología médica*. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA30/V3-81].
- Vasco Uribe, A. (1979) *Enfermedad y sociedad*. Medellín: Hombre Nuevo Editores. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA31/V3-79].
- Vasco Uribe, A. (1988a). *Desde Heliconia hasta hoy a través del café*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: F2291.H5/V3-88].
- Vasco Uribe, A. (1988b). *Estado y enfermedad en Colombia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA31/V3-88].

Artículos en revistas o boletines

- Vasco Uribe, A. (1995). Aspectos generales de la prevención en salud. *Revista Nuevos Tiempos*, 2 (2), pp. 75-80. Medellín, Colombia: Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN).
- Vasco Uribe, A. (1999). Las úlceras por presión, la piel, el cuerpo y su entorno, un problema del cuidado. *Investigación y educación en enfermería*, 17 (1), pp. 97-111. Medellín, Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.
- Vasco Uribe, A. (2001). Política de frentes. *Lectiva*, (5), pp. 131-135. Medellín, Colombia: Asociación de Profesores de la Universidad de Antioquia.

Documentos metodológicos

- Vasco Uribe, A. *Curso de metodología de la investigación en salud*. Vol. 1-11. Barcelona: Ider. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: Q180/V3-93v1].
- Vasco Uribe, A. *Esquema para diseñar y evaluar una investigación*. Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Vasco Uribe, A. (1965). *Metodología de la investigación, el conocimiento, la representación y la medición*. Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: AV/02341e1].

Otros documentos e informes de investigación o consultoría

- Gómez M., A.; Quijas C., S. O.; Molineros O., B; Sanjuan R., N.; Peniche de S., J. & Vasco Uribe, A. (1975). *Encuesta de prevalencia de sífilis y/o blenorragia a los marinos de buques internacionales que arriban a los puertos de Buenaventura, Barranquilla, Cartagena y Santa Marta*. [Tesis Magister en Salud Pública]. Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WC160/E5-75].
- Moreno Rojas, C. E.; Vasco Uribe, A.; González Echeverri, G., Pelaez de Cock, M. M.; Uribe, J. F.; Pérez Álvarez, R.; Echeverry, L. F. & Pérez de G., M. C. (1984). *Elementos para el diseño de una política farmacéutica*. Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: AV/02582].
- Ramírez Duque, H. & Vasco Uribe, A. (1973). *Rediseño del sistema nacional de salud: documento RSSC-7: resultados y propuestas del grupo de estudio número 11 "participación de la comunidad", en los programas y actividades del sector salud*. Bogotá, Colombia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: W84/C6r-73].
- Vasco Uribe, A. (s.f.) *Salud para todos en el año 2000: Intento de descripción del escenario político y social para su posible realización*. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: AV/00525].
- Vasco Uribe, A. (s.f.) *Participación de la comunidad: resultado de los estudios llevados a cabo por el grupo de estudio No 11 del rediseño del sistema nacional de salud de Colombia*. Bogotá, Colombia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: W84/V3-].
- Vasco Uribe, A. (1973). *Hacia una mayor comprensión de la salud y la medicina*. Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: AV/02321].
- Vasco Uribe, A. (1990). *Estado del arte sobre violencia y salud en Hispano América*. Medellín, Colombia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: JC328.6/V3-90].
- Vasco Uribe, A.; Turizo Callejas, A.; Peláez Vallejo, J. E. & Correa Uribe, F. (1973) *Sistemas de salud. Documento para discusión. Boletín Asociación Colombiana de Médicos de Salud Pública ACOMSAP, 1 (1)*, pp. 19-30. Medellín, Colombia.
- Vasco Uribe, A., Perdomo, G. & Trujillo, E. A. (1980) *Toma de decisiones en salud: su expresión jurídica y presupuestal*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA525/V3-80].

Audios de conferencias y entrevistas

- Vasco Uribe, A. (6 de septiembre de 1983) *Posibilidades de salud para todos en el año 2000*. Series Martes del Paraninfo. Salud y sociedad. [Tipo de material: Audio]. Medellín: Departamento de Extensión Cultural, Universidad de Antioquia. Disponible en: Emisora Cultural UdeA San Ignacio [Signatura topográfica: CAS/MP/00270/1983].
- Vasco Uribe, A. (10 de agosto de 1985) *La salud en Colombia*. Series Martes del Paraninfo. Salud y sociedad; [Tipo de material: Audio]. Medellín: Departamento de Extensión Cultural, Universidad de Antioquia. Disponible en: Emisora Cultural UdeA San Ignacio [Signatura topográfica: CAS/MP/00451/1985].
- Vasco Uribe, A. (10 de septiembre de 1985) *Estado y salud*. Series Martes del Paraninfo. Salud y sociedad. [Tipo de material: Audio]. Medellín: Departamento de Extensión Cultural, Universidad de Antioquia. Disponible en: Emisora Cultural UdeA San Ignacio [Signatura topográfica: CI/MP/00358/1985].

Como asesor de tesis

- Acosta R., P. A.; Llorente Genes, J. J.; Martínez de Eleuteria, G. & Rodríguez, M. S. (1982) *Estudio descriptivo de los homicidios ocurridos en Medellín durante el año de 1981*. [Tesis Magister en Salud Pública]. Vasco Uribe, A. (Editor). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: HV6535/E8-82 e1].
- Calderón R., L. E.; Moran A., F.; Díaz C., J. & Hernández, R. (1974) *Aproximación al diagnóstico de salud en el Departamento del Cesar*. Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis); Bersh Escobar, D. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA100/A6-74 v1 e1].
- Cataño Osorio, L. O. & Escobar Vasco, J. P. (1984) *Encuesta de prevalencia e incidencia, análisis histórico-social y estudio entomológico de la leishmaniasis tegumentaria americana, Amalfi, Antioquia 1984*. [Tesis Magister en Salud Pública]. Mazuera del Hierro, M. (Asesor de tesis); Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WR350/C3-84].
- Franco Valencia, M. C. & Marengo Ardón, S. A. (1987) *Características de la actitud del médico en la relación médico-paciente en cuatro instituciones de salud en Medellín*. [Tesis Magister en Salud Pública]. Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: W62/F7-87e1].
- García, G. P. (1989) *Del mendigo, el menor abandonado, el loco callejero, la adolescencia y la vejez olvidada a la seguridad social*. Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA320/G3-89 e1].
- García Fonseca, R. A. (1984) *Estudio descriptivo sobre farmacodependencia en los pacientes hos-*

- pitalizados en las instituciones oficiales de atención mental del hospital san Juan de Dios de Armenia y hospital mental de Finlandia agosto-octubre de 1984.* [Tesis Magíster en Salud Pública]. Vasco Uribe, A. (Asesor/a de tesis). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WM270/G3-84].
- Gil de Sanctis, B. M. (1987) *La accidentalidad en tránsito y los programas preventivos en educación.* [Tesis Magíster en Salud Pública]. Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública: Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA275/G5-87 e1].
- Jaramillo, D.; Palacio H., F. de F.; Vásquez, C. I. & Hackspiel Zarate, M. M. (1979) *Mortalidad por accidentes de motos, Medellín 1977-1978.* Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA275/J3-79 e2].
- Matallana de Herrera, A. (1983). *Algunas características en la relación médico-paciente durante la ronda médica en los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Quirúrgica de la Clínica León XIII -ISS Seccional Antioquia.* Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis). Bogotá, Colombia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: W85/M3-83e1].
- Morales G., L. F. & Álvarez, W. R. (1974) *Accidentes de tránsito en las E.E.P.P. de Medellín, cambio en las tasas de incidencia por aplicación de controles audiovisuales a los conductores.* [Nota de disertación: Tesis Magíster en Salud Pública]. Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis); Zambrano U., F. (Asesor de tesis); Torres de Galvis, Y. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WA275/M6-74 e1].
- Valverde C., C.; Gómez A., G.; Jaramillo H., G. H. & Beltrán Citelly, G. (1975) *Estudio descriptivo de eclampsia y estado socio-económico en pacientes del I.C.S.S. Seccional de Antioquia 1974.* [Tesis Magíster en Salud Pública]. Bersh Escobar, D. (Asesor de tesis); Zambrano U., F. (Asesor de tesis); Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis) & Ochoa Mejía, G. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: WQ215/E8-75].
- Velásquez de Pabón, E. (1989) *Informe de práctica integrada en servicios de salud mental en un centro de atención primaria: bases para un programa.* Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia.
- Vieira Londoño, S. A. (1990) *Migración rural-urbana y violencia en Cundinamarca y Antioquia 1930-1985.* Vasco Uribe, A. (Asesor de tesis). Medellín, Colombia. Disponible en: Biblioteca de Salud Pública, Campus Medellín [Signatura topográfica: JC328.6/V5-90].

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

24. *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*

Carlos Matus, 2022

23. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*

Mario Testa, 2022

22. *Sentir, jugar, hacer pensar: la acción en el campo de la salud*

Hugo Spinelli, 2022

21. *Salud: cartografía del trabajo vivo*

Emerson Elias Merhy, 2021

20. *Vida de sanitarista*

Mario Hamilton, 2021

19. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*

Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

18. *Método Altadír de planificación popular*

Carlos Matus, 2021

17. *Teoría del juego social*

Carlos Matus, 2021

16. *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*

Sonia Fleury, 2021

15. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*

Jairnilson Silva Paim, 2021

14. *Gestión en salud: en defensa de la vida*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

13. *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

12. *Adiós, señor presidente*

Carlos Matus, 2020

11. *Pensar en salud*

Mario Testa, 2020

10. *La salud mental en China*

Gregorio Bermann, 2020

9. *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*

Instituto de Salud Colectiva, 2020

8. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

7. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*

Eduardo L. Menéndez, 2020

6. *Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*

Josué de Castro, 2019

5. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*

Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

4. *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*

Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

3. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*

Marcelo Luis Urquía, 2019

2. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*

Lilia Blima Schraiber, 2019

1. *Política sanitaria argentina*

Ramón Carrillo, 2018

Cuando nos dedicamos a profundizar sobre los diversos problemas que afectan a la salud, a la medicina y a la sociedad, nos encontramos con amplias fuentes de información sobre los más diversos aspectos: información que, mientras más detallada, más aislada se presenta de la realidad en su conjunto.

Fue así como al dedicarnos a algunos aspectos específicos como la nutrición, la cirugía, y aún la salud pública como especialidad, encontramos cada vez más obstáculos de comprensión, cada vez más la necesidad de recurrir a otros especialistas, quienes a su vez estaban en el mismo problema nuestro. Así surgió la idea de intentar un análisis global de los aspectos relacionados a la medicina y la salud. Este trabajo es el primer fruto de aquella idea. Como tal, se encuentra en un cierto grado de generalidad que puede, en un primer momento, aparecer como superficialidad. Creo que no. Creo que a través de él se revelan problemas fundamentales de cuyo estudio pueden surgir notables avances en el ramo. Creo que se analizan aspectos quizá comunes, pero vistos desde ángulos diferentes a los tradicionales, en un esfuerzo por relacionar cada aspecto específico con la totalidad. Aquí se intenta romper ese aislamiento forzoso producto de una cierta división del trabajo y de una cierta especialización cuya “naturalidad”, cuya “racionalidad”, a pesar de los avances que ha logrado, comienza a ser discutible.

Alberto Vasco Uribe (fragmentos de la Introducción)

