

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ARGENTINA, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL

COORDINADOR:

Dr. Carlos Bloch,

Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario.

PANELISTAS:

Dr. Eduardo Vassiliades, Director Adjunto del Hospital Central de la Pcia. de Misiones y ex-Jefe de Atención Primaria de la Salud.

Dr. Teodoro Puga, Ex-Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Bs. As. y profesor titular de los módulos de Atención Primaria, de la Facultad de Medicina.

Dr. Mario Testa, Investigador del Centro de Estudios Médicos y Sociales.

Dr. Enrique Tanoni, diputado provincial y ex-secretario de Salud Pública de la Pcia. de Salta.

Dr. Aldo Neri, Diputado Nacional y ex-ministro de Salud y Acción Social de la Nación.

Dr. Carlos Bloch: —Dentro de muy poco tiempo se van a cumplir 10 años de la declaración de Alma-Ata donde casi todos los países del mundo se comprometieron con una consigna de “Salud para todos en el año 2000”. Esta consigna esperamos supere aquello del brindis de fin de año, tenía un componente fundamental que establecía que la estrategia más adecuada para alcanzar esta meta tan ambiciosa era la de la Atención Primaria de la Salud. Y ésto dentro de un concepto de desarrollo integral de las sociedades y de un espíritu de justicia social. Faltan algo más de 10 años para alcanzar el año 2000 y ya son pocos los optimistas que creen que ese año 2000, con esta meta de salud tan ansiada por todos entendida como la posibilidad de alcanzar un grado de salud que permita a todo ciudadano del mundo un desempeño, tanto social como productivo, se pueda realizar. Frente a los déficit que el mundo muestra en alcanzar ese objetivo, surgen propuestas alternativas. Durante los años 1984, 85 y parte de 1986 la revista de la OMS, Foro Mundial, da lugar a un conjunto de trabajos donde se cuestiona la

posibilidad de esta estrategia integral de APS y, aquí nos referimos al conjunto de acciones que pasan fundamentalmente por la preocupación por el control de la mujer en toda su etapa productiva, del niño en su etapa de crecimiento, de la nutrición para estos sectores, de la vacunación, de los principales problemas de la salud y de la atención oportuna, eficaz, adecuada de los principales problemas de enfermedad que puede tener una población. Este concepto amplio, que tiene también connotaciones sociales, de cambio en el sistema de salud, de reestructuración, de todo un nuevo lenguaje que se va aggiornando, pero que sustancialmente no supera los primeros conceptos de regionalización, de integración funcional, de regionalización funcional. Este conjunto de acciones que supone un cambio en el sistema de salud, propone un sistema que se llama Estrategias de Atención Primaria selectiva. Esto, en la práctica, significa reducir en programas que son muy costosos por otros mucho menos costosos y que podrían tener un impacto parecido. Hay muchas propuestas, pero la que tuvo más auge por la importancia de la institución que la puso en boga, fue la Unicef en el año 1982, fue el método selectivo que se llamó GOBI-FFF y que sintetizo muy brevemente: implica gráficos de crecimiento para vigilar el desarrollo de los niños, disponibilidad amplia de sales de hidratación oral, fomento de la lactancia natural e inmunización de todos los niños contra el sarampión, tos ferina, etc., suplemento alimentario para la mujer embarazada y niños de corta edad, planificación familiar con énfasis en el espaciamiento de las gestaciones.

Esto todavía es una polémica abierta y todavía no hay suficiente argumentación como para decidir si lo selectivo es posible, si como opción posibilita frente al concepto integral como ambición generosa de lo que, para muchos países, es inalcanzable.

Pero esta APS, que en términos generales desde Alma-Ata ha sido difundida ampliamente en numerosos textos, pareciera que es un término perfectamente acotado en lo conceptual y que hay suficientes elementos de juicio como para decir que no hay dudas cuando hablamos de APS ya sabemos de qué estamos hablando. Sin embargo bastante recientemente, hace un par de años, una publicación de la OPS entendía que al concepto de APS todavía le caben por lo menos tres interpretaciones: considerando, decía, a este documento como un programa, como un nivel de atención o como una estrategia. Voy a leer las consideraciones de cada uno de estos conceptos: cuando se la considera como un nivel de atención, es una concepción de tipo técnico-administrativo y se basa en cómo ha de ser el contacto de los individuos con el sistema y sus tránsitos por él; cuando se la considera como un programa específico, cuando tiene objetivos restringidos específicamente a satisfacer las necesidades elementales de grupos humanos considerados de extrema pobreza, esta concepción de la APS es opuesta al principio de equidad. El resultado concreto de esta interpretación es la definición y

desarrollo de programas marginales para poblaciones marginales. Por último, la concepción a la cual adhiere la OPS, la estrategia comprende a todo el sistema de salud y a toda la población a la que supuestamente sirve este sistema. Acá hablamos de equidad, de eficiencia social y de articulación intersectorial y cooperación entre países.

Dejemos aquí esta cuestión de tipo general que a nivel de América Latina no empieza en el '78, ya que Uds. saben que la primera reunión de ministros de Salud Pública en 1972 define una serie de experiencias y en función de ellas, que la estrategia fundamental para extender la cobertura y llegar a vastos sectores carenciados de los sistemas formales de atención de la salud es la APS. No sólo para América Latina sino para América en general, ya que publicaciones recientes muestran que en USA la APS está sirviendo como forma de financiar los hospitales, que por razones de la crisis están teniendo serios problemas de disminución de pacientes internados. Pero en América Latina la experiencia era lo suficientemente importante, por lo cual en este sentido, en el año '72 se incorpora en todos los documentos oficiales de la OPS y también de los gobiernos que forman parte de este organismo internacional.

¿Cuál es la situación de la Argentina?. ¿Cuándo empezamos a hablar de este problema o de esta cuestión de la APS como una estrategia? Los antecedentes no tan remotos son la experiencia de Alvarado en Jujuy, a fin de la década del '60, de un programa rural que fue un modelo de cómo organizar una atención adecuada a sectores marginales de la sociedad. De allí en más esto va progresando lentamente, y la posición del gobierno argentino en la Conferencia de Alma-Ata, su presentación de cuál es el concepto de la definición oficial de ese momento, la APS era un conjunto de acciones sanitarias programadas de baja complejidad dirigidas a las personas y al medio, que constituyen el punto de contacto con la comunidad y la fuerza derivada del sistema de servicios de salud, regionalizada y estrategizada en varios niveles de complejidad. Es importante retener estas palabras de "regionalizado", "estrategizado" porque éstos son los conceptos que sostienen una de las formas de visualizar esta problemática de resolución de los problemas de salud, vía la estrategia de la APS. ¿Qué significaba, para el gobierno de aquel entonces, la estrategia de APS? Bueno, una filosofía para la acción, un conjunto de acciones programadas de acciones para la salud, también supervisadas; una puerta de entrada al sistema de servicios de salud con mecanismos de derivación escalonados, referenciados, de modo de regular el acceso según sea necesario, a todo el rango de servicios que ofrece el sistema de salud. Pasada ya una década, en un informe reciente del gobierno argentino, se dice que la población a la cual llega el programa de APS es de aproximadamente 2 millones de habitantes en zonas rurales, y no alcanza a los 200.000 ciudadanos en las zonas urbanas y periurbanas. Considerando que somos 30 millones aproximadamente,

la conceptualización teórica es que la APS no es para un sector particular, sino que está dirigida al total de los ciudadanos que se ven comprometidos en su primer nivel de ingreso al sistema de salud, por vía de este programa o estrategia. Coincidente con esta filosofía, el Dr. Neri decía, cuando se producen en el primer documento los lineamientos del plan Nacional de Salud: "Hay que destruir la imagen consciente o inconsciente de que la APS es un servicio de salud para los marginados que no pueden alcanzar el modelo de atención opulenta de los grupos más favorecidos. Hay que reemplazar esta imagen por la de que todo buen servicio en salud, toda buena medicina, se desarrolle desde una base de máximo nivel, de máxima participación de los miembros interesados, y que esto va igualmente para los pobres y los ricos del mundo". Otro de los panelistas al cual voy a citar, no difiere mucho de esta definición de APS; el Dr. Testa, en un documento aparicado en los Cuadernos Médico Sociales, decía: "En los países donde la APS no constituye la puerta de entrada a un sistema regionalizado y dirigido a toda la población y con adecuados mecanismos de referencia, se transforma en atención 'primitiva' de salud, es decir en un servicio de segunda categoría para una población ídem, donde ya no es la puerta de entrada al sistema de salud sino el único servicio disponible para la población a la que está destinado". Voy ahora a abrir un poco esta discusión. La mecánica que vamos a utilizar es de una exposición de los panelistas de 15 minutos y luego Uds. podrán enviar preguntas por escrito, y entraremos en un intercambio de opiniones entre los miembros del panel y luego con el público.

El primer intento es ver si logramos una comunidad de ideas en torno al concepto de APS, al margen de lo mucho escrito y elaborado a nivel nacional e internacional. Veamos qué entiende cada uno de los panelistas por atención primaria. Cuando la mencionamos, ¿de qué estamos hablando?. Eso sería lo conceptual vinculado a la realidad argentina, ya que de lo retórico a la práctica suele haber un largo camino. La otra pregunta, ya más acotada, está referida a la experiencia argentina; ¿qué evaluación hace cada uno de los panelistas de la experiencia argentina en materia de APS? ¿Cuál ha sido el impacto real sobre las condiciones de salud de las poblaciones a las cuales ha sido dirigido este programa?; y particularmente, ¿en qué medida ésto ha provocado un cambio en la conciencia sanitaria, en la ideología de los trabajadores de la salud? y particularmente, ¿qué ha significado la experiencia argentina en materia de modificación de un sistema de salud, que, en mi opinión está muy lejos de un sistema regionalizado, con escalonamientos de niveles de complejidad crecientes y que marca una gran fragmentación donde predominan los intereses del mercado de la salud más que el interés del hombre por acceder a un nivel satisfactorio y a un grado de salud aceptable? Estas serían las dos preguntas que dejo abiertas.

Dr. Mario Testa: —Es bastante difícil para mí responder a estas preguntas que ha planteado C. Bloch. Es difícil porque pienso que el problema no está en torno a una cuestión de distinción entre una cuestión de ponerse de acuerdo entre lo que define o cuál es el concepto que define la APS. En mi sentir, esta cuestión tiene que definirse dentro de un sistema. La definición que parte de entender que es un servicio que se presta a grupos de población marginal, es realmente una mala definición.

Por otro lado la APS sería la puerta de entrada a toda una organización que está destinada a resolver los problemas de salud que se presentan inicialmente en este primer nivel. La definición estratégica que planteó Bloch va más allá de esto, y yo comparto esta idea. Comparto la idea de que se trata de una movilización global de recursos, de algo que tiene que ver con el conjunto de la sociedad. Es decir, que excede lo que podríamos denominar el “sector Salud”. Pero la pregunta que yo me hago es: ¿a quién le importa lo que yo pienso sobre lo que es la definición? Es decir, esta es una manera de expresar que yo no confío en las definiciones, sino que en lo que confío es en la práctica que desencadena esta idea y otras ideas. Esta práctica es la puesta en funcionamiento de conceptos, ideas, de cosas que ocurren en la sociedad. Aquí es donde yo necesito hacer una cierta profundización teórica sobre estas cuestiones, que intente, a su vez, eliminar el teoricismo sobre estos temas. Yo creo que en situaciones muy conflictivas es necesaria una profundización teórica para no hacer algo que puede ser una concreción fuera de lugar. Cuando digo esto quiero expresar que, a veces, el impulso de hacer cosas lleva a hacer cosas que son negativas. Lleva a hacer cosas que, por ejemplo, pueden profundizar la desigualdad, y en ese sentido entiendo que es necesaria una profundización teórica. Yo planteaba que el problema de la definición es un problema que va más allá del sector salud; es un problema que afecta al conjunto de la sociedad. Esto quiere decir que tenemos que tomar en consideración cuáles son las circunstancias sociales en que vamos a desarrollar un cierto poder. Hablar de circunstancias sociales en nuestro país es una especie de broma de mal gusto. El país está enfrentando una situación social con un enorme potencial de conflictividad. Entonces, frente a estas circunstancias, es donde tenemos que pensar cuál es la práctica a la cual conduce la idea de APS. Yo sé que se están realizando enormes esfuerzos, de los cuales van a hablar los otros panelistas, ya que yo no estoy comprometido directamente en ellos. Además sé que esos esfuerzos son positivos, porque son enormemente movilizados y que estos esfuerzos han desencadenado procesos importantes; y la pregunta que me hago es: ¿en qué medida han desencadenado esfuerzos importantes? Creo que lo han hecho en el sentido en que han movilizado fuerzas sociales.

Cuando digo que el país está de mal humor, digo que lo que hay es una sensación de fragmentación en nuestra sociedad, que es consecuencia de los proce-

so a los cuales el país ha estado sometido; una sensación por la cual esa fragmentación ha llegado a extremos increíbles de los cuales hemos empezado a recuperarnos; y parte de esa recuperación depende de lo que se está haciendo en salud. Pienso que la fragmentación de la sociedad argentina ha sido consecuencia, fundamentalmente, de lo que yo llamo la "dictadura asesina", período que a partir de 1976 se oficializó con el gobierno que se llamó del "proceso".

Y esa fragmentación dependió de dos circunstancias fundamentales: una fragmentación que se produjo como consecuencia de las circunstancias económicas que se produjeron e impusieron. Había que salvarse individualmente, y si para eso había que jorobar a la mamá, bueno, pobre mamá, total, está vieja...

La otra circunstancia era que había que aislarse socialmente, porque dialogar podía significar correr peligro de muerte. Entonces eso ocasionó una fragmentación brutal, y de esa fragmentación es de lo que hay que recuperarse.

Entonces, éstas son las circunstancias en las cuales aparece la idea de APS. El valor de este programa, estrategia o proyecto, como quiera llamárselo, es que comienza a restablecer los lazos de solidaridad entre la gente; no sólo entre los trabajadores de la salud sino entre los trabajadores y los que van a ser sus receptores. Yo no creo que la APS resuelva todos, ni siquiera muchos de los problemas de salud. Puede resolver algunas cosas. No creo que ningún proyecto individual, que ningún programa, que ninguna consigna, resuelva los problemas de salud. Creo que los problemas de salud se resuelven en la medida en que se resuelven los lazos de relacionamiento social: creo que en esa dirección, la APS o cualquier otro programa va a ser un aporte significativo en la medida en que ayude a restablecer los lazos de relacionamiento social. Esta es la significación que yo le atribuyo a esta idea-fuerza: que, sea como sea que la definamos, tendrá justificación en cuanto restablezca, en cuanto tienda a reformular y restablecer la intersubjetividad necesaria para desencadenar procesos sociales, y eso que se define por esa "mala palabra" que es concientización. Esto significa traer a la conciencia de cada uno la idea que dice que no podemos resolver los problemas individualmente, porque los problemas de salud son problemas sociales, y si bien se expresa en cada individuo a través de los problemas que padece, no es como individuos que vamos a resolverlo para el conjunto de la sociedad.

Creo que hasta allí he dado como puedo la respuesta a la segunda pregunta.

Dr. Teodoro Puga: —Cuando uno piensa que las cuatro quintas partes de la población mundial no tiene ningún acceso a la atención de salud y la otra quinta parte no está satisfecha, nos damos cuenta que hay que empezar a buscar caminos para mejorar la atención de la salud y eso es la APS como una estrategia, desde mi punto de vista y que tendría que recibir el nombre de Atención Primordial y no primaria, para no confundirlo con atención primitiva. Este sería uno de

los caminos para modificar el derecho a la salud que tiene toda la población del mundo, para mejorarlo. Quiero, con estas palabras, rendir homenaje al viejo médico de barrio, al viejo médico de familia, porque, en otros términos ya que le estamos dando contenido científico a las cosas, este médico hacía Atención Primaria de la Salud denostada por todos y esto ha sido así porque uno lo ha vivido por su propia historia médica, a ellos van estas palabras, porque creo que lo merecen por la historia que escribieron. Mientras tanto, ¿cuál es la historia y cómo está la situación en nuestro país? Bueno, pienso que la formación de los médicos en este siglo XX ha pasado por enseñar a curar la enfermedad y no a controlar la salud. Los resultados están a la vista: el enciclopedismo y todo eso que hablamos en forma permanente. El perfil del médico que salió de esta facultad fue individualista, omnipotente, y todavía sigue saliendo de esta manera. Y, si el perfil del médico era ese, las instituciones de salud fueron el perfil del médico. Los hospitales y las insituciones de salud son así, las sociedades científicas son así. Y los planes de salud también son así. Todo esto implicaría entrar en un estudio de situación, tal como yo lo veo, de todos estos ámbitos. Hay un divorcio entre los formadores de salud y los efectores de salud o sea entre la Facultad y los ministerios o la secretaría de salud. Todo esto ha sido evidente pero lentamente se comienza a revertir. Y si tomamos algunos temas vinculados a la Atención Primordial de la Salud como por ejemplo el equipo de salud, yo diría que, salvo en muy contados lugares, el equipo de salud no existe, que se habla mucho de él, pero en realidad se hace poco. Creo que ha llegado el momento de hacer cosas. Ya sea que se trate de hacer el equipo de salud ampliado, como el equipo de salud restringido a la atención del paciente en forma directa, creo que en ese sentido estamos todavía por resolver muchas cosas. Y creo que si el equipo de salud existe muy poco o no existe, la Educación para la Salud, otro de los temas vinculados con la atención primordial de la salud, yo les preguntaría a todos Uds. en el área metropolitana de salud a que niveles ha llegado. Y también si estamos contentos con esto. Porque, desde mi vivencia, la Educación para la Salud en los hospitales del área metropolitana se hace mal y además en en el último rincón del hospital. ¿Y por qué ha sucedido esto? Yo pienso que no hay que llenar de culpas pero la responsabilidad del médico es fundamental. ¿Estamos dispuestos los médicos, de acuerdo a nuestra formación, a hacer avanzar esto? ¿Realmente, delegamos en los componentes del equipo de salud del hospital las responsabilidades o usamos a esos componentes del equipo de salud? Creo que debemos sincerarnos. Fundamentalmente los médicos debemos accionar y reaccionar para lograr los objetivos que nos hemos trazado en relación a esta estrategia.

Pienso que otro de los temas básicos de la atención primordial, del que tanto se habla y que en el interior se ha logrado mucho más que en el área metropolitana: la participación comunitaria. Cuánto se escucha hablar de esto.

¿Se ha desarrollado realmente o estamos trabados por alguna causa? Creo que tenemos mucho camino por recorrer también en este sentido.

Y refiriéndonos a "Salud para todos" yo solamente he leído un editorial en un libro sobre prevención en salud; este editorial hablaba de peligros implicados en el slogan "Salud para todos en el año 2000". Allí se dice que, en relación a los peligros, se han gastado millones de dólares en el mundo en relación a programas vinculados con atención primaria con muy poco o ningún resultado. Se pregunta en ese editorial qué ha pasado y dice que desde su punto de vista los programas de APS que han dado resultado en el mundo comienzan por ser modestos, por ser locales. Tal vez un poco como lo expresaba Testa: se trata de establecer la interrelación entre los distintos grupos sociales, lo cual da rédito. Entonces programas modestos, muchos de los cuales se van a explicitar en estas jornadas, logran ir formando una conciencia totalizadora. Se dice que los programas deben ser planificados en el lugar y con la gente del lugar y la clarificación debe ser un aprendizaje para la gente.

Debe estar dirigido a toda la población, pero, prioritariamente, por las necesidades actuales, a los más necesitados. Deben ser detectados los líderes de la comunidad. Aquí seguramente había agentes sanitarios, agentes de salud y en buena hora que la Facultad albergue a los agentes de salud si es que estamos realmente por la Atención Primordial de la Salud. Este editorial finalmente dice por qué razón no han tenido éxito esos programas que se hacen desde arriba y en los que se gastan millones de pesos. Porque los expertos, dice; los profesionales y los funcionarios no quieren soltar la rienda. Yo les dejo a Uds. esta reflexión en relación a esta temática.

¿Qué caminos tomar para modificar la situación? Creo que la estrategia de APS y el desarrollo de toda su temática es uno de los grandes temas. Que los ideales del médico no pasen solamente por el monitor ni por la tomografía computada, ni tampoco por una canalización o por una cateterización, sino que estos ideales pasen por la relación médico-paciente, la comunicación familiar, la dinámica social. Es decir, la complementación necesaria a todo esto que ha sido la enseñanza de nuestros profesionales en la Facultad de Medicina.

En la Argentina hay algunas experiencias importantes y que seguramente van a estar explicitadas aquí. Otras que uno conoce. Yo les podría mencionar el caso de INCUPO, en el norte de la Provincia de Santa Fe (Instituto de Cultura Popular) que es muy importante, que empezó modestamente, y se ha ido desarrollando en estos años. La experiencia de los Residentes de Medicina General en Bariloche, que me toca muy de cerca y la experiencia vinculada con la Atención Primordial en comunidades mapuches, la experiencia, o deberíamos llamarlo Plan de Salud, que ha desarrollado uno de los integrantes de esta mesa, el Dr. Tannoni en Salta. La experiencia de Monsalvo, en Castelli, Provincia del Chaco ha-

ciendo un trabajo científico que abarca el crecimiento y desarrollo de los niños **tobas** hace aproximadamente 10 años como para demostrar que lo científico no está solamente en la enzima o en un electrolito, sino que cuando se lo toma con el sentido de difundir sus propios conocimientos y llevar sus propias experiencias a otro, se pueden hacer trabajos importantes, trascendentes, con criterio académico, el que tienen muchos profesionales vinculados al tema Atención Primordial de la Salud. También están las experiencias de Jujuy y de Neuquén.

Quiero decirles, finalmente, que nuestra propia historia médica está vinculada a estas experiencias que hace casi 25 años iniciamos con un grupo en los fondos de Avellaneda, en el servicio de Pediatría del Hospital de Wilde, trabajando en esta dirección y sin que se llamara de esta manera. Trabajando con el servicio de pediatría abierto, con el servicio de pediatría en la comunidad, en la Villa Full, de Wilde, que todavía hoy existe. Y trabajando en Lanús con nuestros residentes, uno de los cuales estará aquí como figura importante: Norberto Liwski. Y los residentes se formaban en la comunidad. Otra de las experiencias es la de la Sociedad Argentina de Pediatría, tratando de transformarla y modificarla, incorporando esta temática. Nuestra labor en la Secretaría de Salud de la Municipalidad también dentro de esta gama de experiencias, donde muchas cosas se hicieron con esta filosofía y con esta conceptualización. En los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en servicios de Adolescencia en los Hospitales Municipales, sectores de internación conjunta en las maternidades. Se crearon áreas programáticas con estas ideas y ahora se está por concretar la modificación de la Ordenanza de los Residentes; Jardines Maternales en los hospitales; becas para todo el equipo de salud por primera vez; carrera de enfermería y, finalmente, pensando en que cuando el profesional está formado ya es muy difícil modificar las cosas, establecer una co-coordinación de los módulos de Atención Primaria en la Facultad. Aquel proverbio chino que dice: "si quieres planificar para un año siembra trigo, si quieres planificar para diez años plantar árboles y si quieres planificar para cien años aprende a educar hombres", está dado en estos módulos de APS para alumnos de primero y segundo año de la Facultad de Medicina, con una conceptualización rápida, una pequeña información, ya que lo que queremos es que vean actitudes más que lectura e informes. Se encuentran aquí durante 12 horas docentes trabajando en temas vinculados con la APS, luego van a los centros de salud durante 8 ó 10 días y observan como trabaja el médico, cómo trabaja la comunidad, la enfermera, viendo qué es la sala de espera, como se intercambian ideas, cual es el nivel de satisfacción, como se hace una encuesta y luego regresan a la facultad para evaluar todo eso. Esto lleva ya más de dos años de experiencia en la Facultad y más de 4.000 alumnos han recibido la impronta de toda esta temática en los módulos de APS. Hemos reconquistado para la Facultad casi 150 centros de salud del Gran Buenos Aires, adonde van nuestros

alumnos de Primero y Segundo Año.

Debo decirles, como pediatra, que si el recién nacido con su madre le da a ese niño la posibilidad de una personalidad futura consolidada, el estudiante que “mama” de entrada esta temática está marcado prácticamente para toda la vida. En algún lugar va a tener toda esta conceptualización como para poder utilizarla. Yo creo que allí es donde tenemos que estar: en la formación.

Todo este desarrollo histórico personal y esta vivencia se integran con el Hospital Nacional de Pediatría. Si pensamos que la estrategia de APS está vinculada a aquel triángulo famoso de la atención de la salud en el cual la punta sería el Hospital de Pediatría. Pero si éste se queda aislado, solo en la punta seguramente que no va a ser lo que nosotros pensamos que debiera ser, pero si miramos para abajo en ese triángulo y vemos Atención Básica en la base y Atención Intermedia y Compleja y todo se coordina y finalmente se intercambia, enfermos en referencia y contrarreferencia, es decir, si miramos de afuera e incorporamos al hospital de alta complejidad en la estrategia de APS yo pienso que ese hospital va a cumplir con las ideas que tenemos y con lo que todos pensamos. Finalmente, Dr. Bloch, yo me inclinaría por esta estrategia de APS porque en cualquiera de los niveles se puede volcar esta conceptualización, ya que los pediatras estamos acostumbrados a la Prevención Primaria, a la Prevención Secundaria y en la alta complejidad a la Prevención Terciaria. Esta es una estrategia de salud totalizadora que va para toda la población y que está introducida en todos los niveles de atención de la salud de nuestra población.

Dr. Vassiliades: —En esta encuesta que nos hicieron a los panelistas un poco antes de empezar, de pronto recordé que hace 19 años en esta misma Facultad de Medicina, recibía en esta misma aula mi diploma de médico, y había pasado durante 6 años sin haber oído hablar nunca de APS ni nada que se le pareciera. Sí sabía bastante de Salazar, del Dr. Noriego.

Lo que voy a decir tiene que ver con mi propia lectura. Hace un año atrás leí algo de Marco Denevi en una revista, donde decía o se hablaba de inteligencia, y estupidez. Decía entonces, en un juego, que inteligencia tenía que ver con el éxito, pero no éxito en tanto y cuanto triunfo de una sociedad de consumo, sino éxito de “exitus” o sea, salida; luego, inteligente era quien encontraba la salida. Del otro lado estaba el estúpido, sin llegar a que sea peyorativo el término, que tenía que ver con “estupefar” o estupefacto, quedarse quieto, sin capacidad de respuesta. En el medio del inteligente y del estúpido estaba el vivo, que es el que parece ser inteligente pero no da respuesta a la cosa estupefacta. Bueno, lo que de alguna manera intento al arrancar con esto, es que usemos la inteligencia en términos de éxito, y éxito en términos de salida.

En la filosofía china hay una vieja frase que dice que: “quien cruza un puente

sobre un río puede caer por la baranda de un lado o por la baranda del otro; pero seguro que va a caer al mismo río". Y creo que con la APS pasó eso.

Definida y consolidada como estrategia, apareció quien dijo: esto es la panacea, la papa, la cosa mágica. Del otro lado, alguien decía que era un modelo de segunda, es para el médico de zona rural que no es capaz de mirar a la gran ciudad. Yo pensé que esto iba a surgir en algún momento acá.

Entonces, propongamos a quienes nos escuchan que no seamos estúpidos y no nos quedemos en una discusión paralizante, ni seamos vivos tratando de mostrar lo que no hacemos, y tratemos de ser inteligentes y ver como se encuentra la salida. Salida ésta que, en base a esta historia de marchas y contramarchas que todos conocemos en nuestro país, obliga a agudizar el ingenio. La APS no arranca con los documentos de la OPS sino que empieza mucho antes. Calculo cuantos hombres preclaros de nuestro país ya tenían claro lo que era esto de APS, y cuando uno revisa su propia historia se ve que, a pesar de haber pasado por una facultad que en aquel momento histórico no nos dejó marca, sin embargo lo hacíamos. Yo empecé a trabajar como médico en zonas rurales en Misiones y miran como era APS lo que estaba haciendo. Un día me tocó trabajar en un Hospital de la comunidad durante la época de Manrique, donde los médicos cobraban honorarios; y sin embargo pudimos hacer APS en la periferia de las grandes ciudades.

Porque es bueno recordar que los instrumentos no son generalmente neutros, ya que tienen ideología en cuanto al uso que uno haga de ellos. Y esto lo digo a propósito de rescatar algo que es muy caro a los afectos de Tanoni, mío, Monsalvo, que son los programas de Salud Rural. Siguiendo con esta metáfora de los chinos podemos decir que hubo gente que se equivocó; que pudo haber pensado que lo que era un simple paso práctico en el desarrollo de la APS se transformó en un fin y en realidad no era así. Era un instrumento para realizar y empezar a cambiar en instancias muy difíciles de nuestro país. A quien le tocó ver la maravillosa experiencia de Alvarado y en la época en que él la inicia, piensen Uds. lo que fue hacer esto en plena dictadura militar. Había que aprovechar los resquicios y se podía hacer esto y era hasta donde podíamos llegar. Sin embargo, si esto se hubiera acabado ahí nos hubiéramos equivocado. Un colaborador del Dr. Ramón Carrillo, Aristóbulo Barrionuevo, en un libro que se llama "Latinoamérica y Argentina entre dos eras" maneja dos palabras fundamentales que son espacio y tiempo. El dice ahí que quien emprenda tareas nuevas en la esfera del saber y pretenda que esto tenga un carácter fundamental, deberá tener en claro dos conceptos: espacio y tiempo. Espacio para saber qué lugar ocupa y tiempo para saber qué distancia lo separa de su propio tiempo. Sabiendo estas dos cosas puede esto transformarse en algo importante. Y esto de espacio y tiempo lo quiero levantar en momentos de una Argentina desgarrada por su realidad, amenazada

por sus fantasmas. El momento en el que aquellos que perdieron su espacio quieren recuperar su tiempo hasta el día que se dan el lujo de anunciarlo con fanfarrias. Entonces uno podría decir ocupemos de nuevo el espacio y no perdamos tiempo. Pero, ¿qué es ocupar el espacio? No es tener la propiedad de conocimiento o la propiedad de determinado estamento dentro del área de la salud. Paradójicamente todo lo contrario: sea la no propiedad. Porque para que esto sea posible habrá que acumular poder en este pequeño espacio donde no podemos perder el tiempo. Para acumular poder esto no tiene que estar en pocas manos sino que esto tiene que ser difundido a la comunidad. Hoy yo hablaba de instrumentos y recordaba la dinámica grupal, investigación operativa, investigación en servicios, todos instrumentos que son válidos, pero no son transformadores per se. Son transformadores en tanto y cuanto sea el uso que hagamos de ellos. Esto pasa con la APS y con la salud rural. Empiezan a ser transformadoras de acuerdo al uso que se les da. Y para ello, vuelvo a repetir, la ocupación de poder vuelve a ser una cosa importante, si ello tiene que relacionarse con el instrumento. Cuando se hablaba de participación comunitaria se ha puesto tan manoseado este concepto que se empieza a confundir participación comunitaria con manipulación. Yo sigo diciendo que en la participación comunitaria se tiene poder de decisión. Si no existe esto no hay participación comunitaria. Todo es cuento. No sirve. Y eso solamente lo podemos hacer desde la posición de escucha. Y en todo caso, sí tenemos que ser una gran oreja para escuchar lo que la gente pretende de los servicios de salud y ver como junto con la gente lo podemos lograr.

Esto de la salud me hace referir a dos personas que también hoy se citaron por aportes que hicieron: ya hace unos años leí unos trabajos de Aldo Neri donde decía que se habían logrado muchas cosas en servicios de salud, pero recién ahora nos estábamos empezando a preocupar por qué es lo que estábamos ofreciendo. Esto creo que es fundamental para que lo tengamos presente.

También recuerdo cosas que he leído de Mario Testa sobre planificación estratégica y sobre los estados de compromiso, donde ya las relaciones de poder no se manifiestan en las formas tradicionales sino que tenemos que volver a rescatar todo lo que de comunitario esto nos guía a salud.

Tal vez sí con esto esté dando uso a lo que planteaba el moderador de la mesa. Creo que en APS sigue siendo fundamental la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Creo que esto es lo que me preocuparía a mí haciendo APS. Que yo pueda permitir que la gente tenga más y mejores servicios de salud pero que también esta propia gente defina que es lo que quiere como servicio de salud. Cuando venía para acá confieso que tenía la preocupación de no irme en lo teórico y veo que me estoy yendo. Vuelvo al cable a tierra. En la experiencia que hemos tenido uno puede preguntarse que pasó en la Argentina en todos estos años haciendo APS. En salud Rural, para tomar un área hubo provincias en don-

de desapareció pero hubo muchas otras que tomaron el sentido táctico que esto tenía y fueron transformadoras.

En nuestra provincia, en Misiones, empezamos con zonas muy chiquitas, con un grupo muy reducido de agentes sanitarios. Hoy hay muchísimos. Pero en esa época no teníamos áreas programáticas, no teníamos directores de establecimientos que creyeran que la esfera del trabajo salía de las cuatro paredes.

Hoy son responsables de un área programática y hay muchas más acciones en salud. No teníamos médicos con dedicación exclusiva y hoy los tenemos.

En el orden nacional no teníamos estos fervorosos encuentros y ya hace varios años que venimos participando de una forma o de otra en todo esto que ha impregnado, esto que tiene que ver con el trayecto. Sin duda que la APS es una estrategia, pero tiene que ver con la impregnación de todos los sectores y los estamentos. Aún los que tienen con el sector o son extrasectoriales.

Cuando hablábamos de agente sanitario había quien decía que era algo así como un gendarme de zonas rurales, un enfermero agrícola. Aparecían los representantes de la dictadura militar y decían "qué bueno esto para registrar a los clandestinos que se cruzaron de Brasil a Argentina". Todo esto hubo que defender y se aprovecharon los pequeños espacios. Cuando se abren mejores campos esto crece y sigue siendo una estrategia fundamentalmente válida.

Estas jornadas tienen la invocación de grandes personas que figuran en el programa: Ramón Carrillo, José Ingenieros, Alicia M. de Justo, Oñativia, García Alvarado, Pichón Riviere. Aunque la lista es incompleta, repasen esos nombres y la concepción que ellos tuvieron del área de salud.

Me parece prudente ya volver a Marco Denevi. No sé que les pareció lo que uno pudo haber dicho, si tuvo mucho de estupefacto o de vivo: de todas maneras estoy buscando una salida de mi inteligencia así que aquí termino para que hablen los que saben.

Dr. Tanoni: —Quiero agradecer a los residentes del Hospital de Niños, los organizadores, el esfuerzo de traernos desde tan lejos para exponer algunas ideas. El tema que vamos a desarrollar es descripción de la situación actual y un poco la prehistoria. Me hubiera gustado más estar en otro punto, o sea el de hacer un pronóstico y planear un poco y no hacer la historia que es bastante conocida. La primera vez que vine a esta aula en mi vida fue en 1974 donde salíamos a contar un trabajo sobre salud y condiciones de trabajo de los obreros mineros y esta segunda vez, en otro momento de actividad, en otro momento de sueños y de esperanza de todo un pueblo.

Voy a tratar de traer la experiencia. Yo soy simplemente un trabajador que se jacta, para poder preservar su ideología, de resistirse sistemáticamente incluso a leer toda intelectualización que se efectúe sobre esto que se llama hoy APS. Me

cuesta resignarme a leer como se intelectualiza, como se teoriza sobre las cosas que son tan simples y tan elementales.

Tuve la suerte de tener un maestro que, no sé si por viveza o inteligencia, supo interpretar desde muy temprano en la vida profesional como era este tema de la salud del pueblo. O sea que parto de cosas absolutamente simples.

La APS es simplemente hacer lo que el pueblo necesita, es hacer lo que hay que hacer primero, aunque parezca de goyete, es aplicar ciertas lógicas elementales de raciocinio humano a la salud y a los recursos del pueblo.

La APS tiene una lógica elemental en su concepción filosófica, doctrinaria, política, práctica. Entonces tanto se ha dicho y publicado, tantas toneladas de interpretaciones en una maraña casi psicoanalítica de tratar de ver que más podemos aportar.

Voy a tratar de, en mi experiencia de trabajador de la salud, plantear cuales son mis reflexiones después de tantos años de estar en esto.

Hay cosas asombrosas. Después de muchos años llego a ser el responsable de la administración de la salud de un estado y llego a conclusiones tan elementales y tan sorprendentes que tengo que contarlas.

En estos cuatro años que fui Secretario de Estado de Salud Pública, tratando con el pueblo de interpretar lo que ellos necesitaban, ya que yo por mis informaciones sabía de qué se morían y de qué se enfermaban, no hubo ninguna exigencia, no hubo ninguna propuesta que partiera del pueblo que no respondiera a la más estricta lógica y al sentido común. No pidieron ninguna otra cosa que esto que hoy, en los ámbitos académicos se llama APS. Nos pedían la resolución inmediata de los problemas primordiales que nos acosan, que nos enferman y que nos matan. Y lo piden con una precisa ubicación espacial; allí donde ellos viven y donde trabajan. Querían tener acceso a los servicios de salud para no enfermarse y no morir y no pidieron en ningún momento cosas complicadas, no pidieron otros niveles de atención, ni pidieron ni entraron en ningún pueblo o localidad de la provincia a efectuar disquisiciones, teorizaciones sobre el tema. La práctica también me enseñó, al mismo tiempo que me enseñaba como tratar de no caer en la intelectualización, a tratar de resolver los problemas que exigen ser resueltos, me enseñó que era posible realizar esas acciones básicas, con el pueblo, dónde vive y dónde trabaja.

Aprendía que era posible obtener en cualquier contexto, y bajo cualquier situación resultados que a nosotros mismos nos sorprendían porque tantas veces nos enseñaron que la medicina no podía resolver la problemática social, como si fueran dos cosas distintas. Que la atención de la salud desde el área salud era bastante cuestionable. ¿Hay resultados o no los hay? Sí los hay. Cuando se aplica la lógica y se hace exactamente lo que el pueblo necesita y está pidiendo, con los recursos administrados con propiedad, cuando podemos montar sistemas para

evaluar lo que hacemos y como se gasta la plata de los contribuyentes. Entonces se pueden montar resultados que son los que nos hacen persistir en esta tarea que durante muchos años fue bastante insalubre. Salir a hacer salud con racionalidad, con lógica y al servicio de los intereses del pueblo fue durante mucho tiempo insalubre. La experiencia que yo le puedo transmitir a Uds. es ésta. Aparte de todo lo que sea teorización, vean fundamentalmente, fíjense, registren las necesidades del pueblo y traten de buscar metodologías apropiadas para resolver cada uno de sus problemas. Yo creo que los trabajadores de la salud de la República Argentina somos cada vez más los que estamos imbuídos de ciertos valores éticos, morales y políticos donde el no acceso a los servicios de salud, la enfermedad y la muerte, son componentes dramáticos de la injusticia social y necesitan un tratamiento muy específico de todas las políticas.

Con respecto a las expresiones, a las definiciones, yo le sugiero a los integrantes y a los organizadores del seminario que no entren en el camino de las definiciones ni de la teorización. Tratemos de incorporar a esto los principios fundamentales del esclarecimiento de lo que es la participación popular. Me alío a la definición de antes, que dice que no hay participación si no se tiene el poder. Tratemos, por todos los medios de identificar esas experiencias válidas y rescatarlas, ponerlas en la lupa del raciocinio. Tratemos de no caer en la creencia de que eso no tiene solución. Sí la tiene pero hay que buscarlas y para ello se necesita fundamentalmente un compromiso social con la salud de los argentinos. Busquemos la forma en que los discursos políticos sean realmente discursos políticos realizados con el sustento fundamental que nos asegura que, quien dice el discurso político está dispuesto a cumplir con él. Tratemos de que quienes expresen las ideas políticas traten de tener, los hombres, los seres humanos y los trabajadores de la salud, que conocen como cumplir con el discurso político, que no lleven nunca más la clara voluntad, no expresada y por atrás, de no cumplir con ese discurso político. Yo no sé cuantos de los que lo suscribieron para aplicar esta estrategia en beneficio de la salud del pueblo estaban dispuestos a realizarlo. Y no sé cuantos de los que suscribieron las declaraciones mundiales tenían la más pálida idea de como realizarlo. Yo me someto a la pregunta. Creo que soy un albañil de esto. No un teórico. Les vuelvo a repetir que no leí nada, absolutamente nada sobre la teorización de la APS. Soy un albañil que ha tratado de dar respuestas. Sabemos cómo atacar esos grandes flagelos que son el mal de Chagas, la desnutrición, como resolver los problemas de accesibilidad, los problemas de las enfermedades inmuno prevenibles, como bajar la mortalidad infantil. Todo eso se puede hacer y es absolutamente fácil. Lo que es difícil y triste es que el país no esté buscando los mecanismos para que la gente que está en esta patriada en pos de un sistema ético, equitativo y justo de atención a la salud, puedan demostrarlo.

Nosotros tuvimos la viveza, porque no fue inteligencia, de al mismo tiempo que montábamos el discurso político y la operatoria del sistema, nos cuidamos de montar un sistema de manejo de la información que nos permitiera demostrar que sí servía para los hombres del pueblo. Es la única viveza que tuvimos. Pero les aclaro que fue muy importante ya que en algunos momentos prácticamente aseguró la sobrevivencia de los equipos de salud que se vieron acosados, porque les reitero que en muchos tramos de la historia argentina, trabajar en salud era insalubre. Demostrar que eso es hacer salud es bueno para nosotros mismos. Estamos absolutamente convencidos de que estamos en lo cierto y podemos demostrarlo. Y esto da muchas ganas de seguir trabajando al equipo de salud para que no cunda el desaliento, la desesperanza, que es uno de los fantasmas que tenemos arriba de nuestras espaldas. Se puede hacer y es simple realizarlo; se necesita simplemente un poquito de inteligencia y un mucho de compromiso y partamos todos, eso sí, de una valoración ética y moral de la injusticia social.

Tenemos claro lo que es injusto para el pueblo, como yo le decía recién al compañero Vassiliades, pongamos el compás en el mapa, cada 800 metros pongamos un centro de salud, proyectemos todas las acciones programáticas necesarias, definamos la filosofía más efectiva y más barata y eso es todo. Es muy simple. Sembremos todo el territorio argentino de centros de atención de la salud donde los valores del mercado no entren en juego, donde los valores que rijan sean los intereses populares.

Dr. Aldo Neri: —No sé que es lo que me habrán dejado estos cinco viejos amigos por decir a mí. Me amparo un poco en la ignorancia de que no escuché a los primeros*.

Creo que una de las cosas a tener en cuenta cuando discutimos este tema es como bien señalaba Tanoni tanto escrito, tanto sobre-escrito durante estos diez años es que hablar de APS o hacer propuestas sobre APS es realmente estar pensando en una reformulación total de los sistemas de servicios de salud. Y también en un cambio de actitud por el conjunto del sistema y de sus integrantes frente a lo que es la atención de la salud.

Que no es meramente como fue interpretado e implementado en buena parte del mundo, principalmente en buena parte del Tercer Mundo.

El desarrollo de una organización muy sencilla, que buscaba ofrecer objetivos muy fundamentales para la población fue la idea y eso orientaba fundamentalmente a la atención del tipo de patologías que son más relevantes en ese medio y en una proporción muy alta. Esto es, luchar contra las parasitosis, luchar

* Nota de los organizadores: El Dr. Aldo Neri se incorporó tarde a la mesa por razones propias de su actividad de diputado.

contra las enfermedades transmisibles, asegurar algunos elementos de saneamiento básicos.

La APS es como un quiste aislado dentro del sistema de salud.

Acá hay una primera cosa, entonces, que hay que entender: decir APS quiere decir reformular todo. Reformular los niveles y las distintas actitudes de esos niveles dentro del programa de salud y de cómo se atiende a la gente. Seguramente esto ya se ha comentado, por eso la paso muy superficialmente, pero estamos todos de acuerdo en que por este concepto pasa todo lo relacionado con atender prioridades muy claras, acercarnos a ellas con una actitud integral, no meramente curativa. Nosotros tenemos una medicina para curar cosas y no para evitar o prevenir, esto en todos los sub-sectores del sistema de salud. Un poco lo que estamos pidiendo es una medicina también atenta a los problemas del entorno, que sea preventiva, rehabilitadora y no solo curativa. Está claro que estamos pidiendo que eso también se haga con un componente de tecnología intelectual pero con un uso relativamente liviano de lo que es la tecnología médica más complicada. El recurso sofisticado ya queda para otras áreas del servicio de salud.

También está bastante claro que, como bien se comentaba acá, es el grado de involucramiento de la gente, el ingrediente con el que se logran estas cosas. Si la gente está ausente se seguirá reproduciendo el modelo autoritario, paternalista, distante. Tendremos el centro de salud ahí al lado pero seguiremos siendo los patrones de la obra. Si la gente no se involucra implica que falta el intercambio de información por el cual ellos y nosotros aprendemos. Está bastante claro que si esto no es así se malogra uno de los ingredientes fundamentales. Y al mismo tiempo si la APS se queda en ese primer nivel de organización y no se produce una repercusión en como se está realizando todo el resto a través de un uso más inteligente y selectivo de los recursos tecnológicos, a través de evitar el abuso de la especialización en todo lo que es el uso profesional de la medicina, nos quedaríamos en una especie de aislamiento y en la Argentina que es un país que tiene más del 80% de su población en áreas urbanas, tenemos un desafío bastante más complicado que el que tienen algunos de los países africanos en donde el eje pasa por otro lado. O sea que nuestro desafío es mucho más complicado, si bien en esos países la situación es mucho peor.

Porque tenemos que pensar que quiere decir APS en este tipo de medicina que tenemos en la Argentina, en la cual el 70% de la población está cubierta por Obras Sociales, hay una proporción muy significativa que se sigue atendiendo en forma privada y tenemos el sistema público que tenemos y al que todos conocemos en sus virtudes y sus defectos. Tenemos que hacer APS entonces con distintos grupos de población, con distintos estratos socioeconómicos. Yo no puedo entender por qué la gente de la clase media argentina o también la gente de clase alta no es tributaria también de un sistema racional de distribución de prestacio-

nes de salud que esté totalmente imbuído de este concepto de APS. Por qué vamos a darle a esta APS sólo el sentido de una medicina para los pobres o marginados de la sociedad. Esto no debe ser así. Lo que sí acepto es que pensemos en distintos instrumentos de organización porque son ámbitos diferentes, son ecologías diferentes, son culturas diferentes. Esto lo sabe bien Tanoni, que, durante años se ha manejado con una eficacia realmente digna de todo aplauso en el manejo de programas en zonas rurales. Pero estos programas también tienen que tener un acento en Córdoba, en Mendoza, etc. Seguramente no vamos a decirles como tienen que tratar la basura o como es el problema del agua potable. Pero sí deberemos discutir una propuesta de servicios mucho más humanizados y racionales en el uso de los recursos y mucho más eficaces en términos no sólo técnicos sino también humanos. Este es uno de los desafíos que tenemos, en un país que, entre otras cosas, tiene uno de los privilegios que otros de los países del Tercer Mundo no tienen: nosotros tenemos muy buena disponibilidad profesional en particular en algunas profesiones. En otras estamos muy mal ya que a veces no alcanzamos a integrar un buen equipo de salud. Tenemos muchos médicos, muchos farmacéuticos y bioquímicos, muchos odontólogos, pero empezamos a patinar cuando queremos integrar todo esto con enfermeras, con trabajadores sociales.

Pero esto está claro; si queremos reformular el sistema de servicios y queremos hacer APS en serio tenemos que hacerlo con los médicos también.

Los médicos en Argentina somos una de las generosas disponibilidades que tiene el país pero al mismo tiempo somos uno de los problemas para hacer algunas cosas. Como me imagino que aquí hay mayoría de médicos y estudiantes quiero hablar con toda claridad, apuntando a las reformulaciones fundamentales a las que tenemos que ir. Aquí tiene que generarse un cambio de actitud y que debe ser incentivado ya que estas cosas no se producen por un simple llamamiento sino que se producen por un proceso de capacitación, por un lado y de reciclaje de muchos por otro, pero también por el lado de generar incentivos para empezar a orientar un tipo de medicina en el sentido amplio, o sea no sólo curativa sino que busque estados incipientes. Creo que en lo macro no hemos conseguido grandes éxitos pero en algunas áreas, como escuché que aquí se dijo, se ha trabajado bien y se han conseguido éxitos significativos sobre una proporción de la población. Tenemos que ampliar esto para que esté al alcance de todos. Tenemos que conseguir convertir a la profesión médica de una actitud diferente frente a este tema, en una aliada para algo que es bueno para todos. Porque también para el profesional el cambio es positivo entre otras cosas por la situación laboral del médico. Esto no se va a solucionar por la vía de que el país vaya a facilitar la vuelta a las épocas en que la profesión liberal era el camino hacia el éxito económico. Esto no va a pasar más en la Argentina como tampoco en los otros países

del mundo. Aquí la valoración y el prestigio hay que buscarlos por otra vía que no sea la económica lo cual hace que debamos estar pensando en una redistribución del trabajo médico. Tenemos una buena disponibilidad de profesionales. Pero si de lo que se trata es que si queremos trabajar en serio en APS, si queremos reformular en serio la reorganización de todos los niveles de salud, tendremos que producir una redistribución del trabajo profesional. Quiero explicitar esto por algo que uds. seguramente conocen: si ustedes van a una provincia, piden la lista de pagos de aranceles a los profesionales en la Federación Médica local, y verán que el 15% de los profesionales se llevan el 60 ó 65% de lo que proviene de la contratación con las Obras Sociales. Acá tenemos un problema de distribución del trabajo y no sólo de que si los médicos son muchos o son pocos. Si somos capaces de reformular esto también seremos capaces de formular incentivos para que nuestros profesionales tengan un incentivo para adentrarse en algo que no tiene el prestigio que tiene el quirófano o el laboratorio, que tiene el instituto de diagnóstico con aparataje sofisticado contemporáneo. Este es uno de los desafíos también para lograr este sistema APS. Que llegue a mucha más gente, a sectores de población marginales, si no va a seguir siendo una forma de discriminación con algún beneficio en la salud de la gente pero vamos a estar pensando que los pobres tienen que tener una medicina diferenciada que el resto de la sociedad.

La cuestión de democratizar la salud pasa fundamentalmente por dos coordenadas: que realmente cada uno reciba según lo que necesita y no según lo que puede y que cada uno pueda ser partícipe de un modelo que no sea paternalista, el cual aún tenemos y lo tendremos por varios años enmarcando al sistema de salud. Estoy seguro de que éste es un proceso largo porque el sistema de servicios de salud está mucho más moderado por un conjunto de intereses corporativos que por lo que necesita la gente. Este es un fenómeno y un dato político de la realidad, no es un dato peyorativo. Si queremos resolver las cosas tener que apuntar a todo esto. De allí en más podemos comenzar a construir.

Lo que pasa también es que hay áreas en las que nos vamos metiendo para producir este tipo de cambios en las cuales la cosa es mucho más complicada. Esto también significa toda una reformulación de las profesiones para insertarlas en la vía y el protagonismo que tienen que tener pero que no puede pasar por una puja más o menos fuerte por ver si podemos incrementar los aranceles. Porque éste es el techo, hasta que la economía de la Argentina adquiera un ritmo más razonable. Este es el techo de muchas realidades insoslayables. También tendremos que repensar qué hacen nuestros profesionales y además como se redistribuye el trabajo y la retribución entre ellos, elemento también importante para solucionar los problemas de la salud de la gente.

Pregunta. —¿A qué se refiere el Dr. Mario Testa cuando habla de que hay contradicciones en la sociedad argentina?

Testa: — Estamos atravesando muchas contradicciones, contradicciones que hacen al conflicto abierto.

Estas contradicciones pueden tener o no que ver con la clase social. Estas contradicciones y conflictos tienen varias expresiones en la sociedad, tienen lo que diría que son estímulos positivos en algunas circunstancias y en otras circunstancias tienen expresión en un sentido negativo. Además diría que hay una expresión modal, en el sentido de modo estadístico o normal de estas contradicciones y conflictos. Entonces yo diría que las condiciones sociales y políticas para una transformación son las que tienen que fundamentar estos usos positivos de las contradicciones y los conflictos. Esto quiere decir que en las circunstancias actuales en nuestro país estas condiciones no están dadas y yo creo que esta es una temática a la cual se le debe prestar mucha atención. Es decir atención a cuales son las condiciones del contexto para que ocurran los cambios sociales. Yo sé que la pregunta es precisamente cuales son las condiciones sociales y políticas por eso hice la afirmación inicial de que el país no está de humor. Esto, traducido en términos académicos, quiere decir que no están dadas las condiciones sociales y políticas para un uso positivo de las contradicciones en el conjunto de nuestra sociedad. Estos conflictos se transforman a veces en el espectáculo a veces lamentable que estamos contemplando, se transforman en canibalismo político, se transforman en anomia, se transforman en violencia. En estas condiciones no se puede. Alguien habló aquí de la actitud de escucha y yo creo que es a esa actitud a la que hay que volver, a una actitud de oír lo que dice el rival político, o ni siquiera el rival, simplemente el que no está de acuerdo. Creo que hay que recuperar una capacidad de absorber la crítica. Para mí es muy fácil criticar en este momento porque como no estoy en ninguna posición oficial, entonces me dedico a criticar. Pero creo que es una necesidad, para quienes están en las posiciones oficiales el tomar esta actitud de escucha que para mí quiere decir fundamentalmente la capacidad de absorber una crítica. La capacidad de oírla y de pensarla. ¿Por qué este individuo que es supuestamente ineficiente se opone a una cosa que se debe hacer?

A partir de esta recuperación de una actitud de escucha es donde podemos recrear condiciones sociales y políticas que permitan una transformación.

Y estas condiciones sociales y políticas se basan en una cuestión fundamental que es la superación de nuestra individualidad. Esta individualidad se crea en los usos modales de los conflictos o sea en sus condiciones de usos modales. La intersubjetividad, la superación del individualismo, este hecho es una de las consecuencias del uso positivo de las contradicciones de esos conflictos. Y esto tiene

que ver con la doble vertiente que nos atraviesa permanentemente y que es: nuestra vida como individuos y nuestra vida como sujetos sociales.

Esta relación, que es la que debe transformarse a través de los hechos positivos de estas contradicciones y conflictos.

Esto es lo que puede permitir recrear condiciones fundamentalmente sociales. Las condiciones políticas estarían más ligadas a lo que ocurre con los agrupamientos sociales, llámense partidos políticos, movimientos, sindicatos, etc. y toda esa enorme gama de los que son las instituciones intermedias de la sociedad, lo que algunos autores llamarían la sociedad civil, lo cual no es un invento teórico, en esto voy a disentir con el querido compañero Tanoni, sino que es una descripción de una de las cuestiones que es necesario reconstruir en el país. Estas asociaciones intermedias, esta sociedad civil, esta serie de mecanismos que tienen que ver con nuestra vida cotidiana y también con nuestras vidas históricas. Esta es la recreación que hace falta porque la transformación sólo puede derivar de la ampliación del espacio social, este espacio que constituyen estos grupos intermedios. ¿Por qué intermedios? Porque son precisamente los que intermedian, los que articulan necesidades propias individuales con las necesidades de la sociedad en su conjunto. Esto no lo podemos hacer cada uno de nosotros sino que se hace a través de estos mecanismos de intermediación. La ampliación del espacio de la sociedad civil es lo único que puede permitir una transformación política. Creo que ésta es la línea por la que habría que transitar para crear estas condiciones.

¿Cuáles son las relaciones de poder que se tienen que alterar en el sistema de salud? Todas. Por esto es fácil responder a la pregunta.

Esto quiere decir fundamentalmente eliminar el autoritarismo.

Les diré cómo sueño en un país que no voy a ver. Pero sueño en un país en que no existan las relaciones de poder y ésta no es una propuesta anarquista. No. Pero yo pienso que estamos atravesados por relaciones de poder en todos los terrenos. El autoritarismo de los cuerpos burocráticos con esas horribles colas que hacemos todos los días y que somos maltratados por el empleado que dice: "¡Póngase en fila!" Pero hay otros autoritarismos que nos afectan mucho más directamente que son nuestros autoritarismos personales en el tratamiento de nuestra vida cotidiana. Permanentemente vamos a ver aparecer esta relación entre lo social y lo individual. Este autoritarismo tiene que desaparecer. Ese autoritarismo que ejercemos como defensa de nuestras propias necesidades económicas y de nuestras necesidades afectivas. Todas esas relaciones de poder que en el sistema de salud adquieren una característica particular. Nosotros, como trabajadores de salud, sabemos cuando nos hemos enfrentado a los pacientes lo mal que los tratamos.

¿Cuál es la diferencia entre las palabras y los hechos para cambiar de verdad? Este es un viejo tema que de nuevo nos podría llevar demasiado lejos.

Pienso que estas respuestas que se dan a través de palabras son muchas veces traidoras. No puedo dejar de recordar en alguna de las lecturas que he hecho en algún lado, esta idea de que la verdad sólo se manifiesta a través de las fallas, a través del chiste, de los lapsus, de los sueños. Solamente el inconsciente hablaría la verdad, como diría Lacan o alguien parecido.

Es muy difícil decir estas cosas cuando estamos sometidos al autoritarismo. Es difícil porque uno puede decir: "Yo estoy de acuerdo con lo que dice Neri o con lo que dice Tanoni o Puga". Pero ¿cómo se trasladan esas palabras sabias a hechos concretos? Pienso que hay que profundizar en la teoría. No creo, como dijo Tanoni, que no hay que tener ninguna teoría. Y creo que él tiene una teoría muy profunda cuando dice que la cosa es fácil porque lo que hay que hacer es lo que el pueblo necesita. Eso no es ausencia de teoría, sino una teoría muy seria.

Pregunta al Dr. Neri: —De los tres subsectores, público, privado y Obras Sociales, el Estado y las Obras Sociales han disminuido su participación y ha aumentado el total de gasto privado. Al mismo tiempo se han deteriorado los salarios. Cómo puede la APS resolver esta situación de las clases populares y medias, y completando con otras preguntas: ¿la APS es responsabilidad exclusiva del Estado? ¿existen acciones conjuntas entre los 3 sub-sectores, programas de formación y motivación para estudiantes de medicina para integrar al resto de los colegas?

Dr. Neri: —No podemos pretender que los servicios de salud estén desconectados del marco económico global, es decir que en este caso el tema de los recursos que se destinan, tanto a las Obras Sociales como al Estado están presionados por esa realidad. No creo que haya habido una caída en el gasto público si bien no tengo cifras de los gastos provinciales. Sí hay un desfinanciamiento en las Obras Sociales producido por una multiplicidad de factores, el retraso del ingreso real, que al fin y al cabo es de lo que se alimenta la Obra Social para obtener sus recursos; el incremento de algunos costos en particular, como el de las prestaciones, esto es el incremento histórico de la demanda de la población en algunos campos y otras razones. Pero de hecho, de ninguna manera se podrá pensar que la APS va a venir a solucionar esos problemas de desequilibrio entre necesidades y recursos disponibles para satisfacer esas necesidades. Lo que sí aporta la APS es un ordenamiento mucho más racional del sistema, racional en términos de una mejor asignación de recursos. O sea, con los recursos que tenemos, si en este momento tenemos desviadas o desfiguradas nuestras prioridades, estamos metiendo demasiado dinero en cosas que en definitiva no significan un beneficio

tan importante para la salud de la población, como puede ser el abuso de recursos de diagnóstico y tratamiento.

Acá no se trata de que el dinero sea poco o mucho. Se trata de cómo lo usamos. Si estamos abusando de análisis superfluos, si estamos abusando de estudios radiológicos innecesarios, si tenemos un hiperintervencionismo quirúrgico, como en buena medida esto se hace, en cualquiera de los 3 sub-sectores, esto quiere decir que tenemos una asignación defectuosa de los recursos en función de las necesidades de la gente. La APS, al poner más racionalidad, al apuntar, como acá se decía, a lo que prioritariamente necesita la población está haciendo que esta asignación de recursos rinda más en términos de rentabilidad social, que en definitiva es algún quantum de salud, algún quantum de muchas otras cosas como sentirse mejor atendido, mejor comprendido, no sentirse marginado ni maltratado. Este también es uno de los objetivos. Es decir que la APS aporta pero sola no puede resolver un déficit general de recursos que puede haber por problemas de funcionamiento de la economía.

Pregunta para el Dr. Puga. —Educación para la salud en hospitales municipales. Éxito y fracaso y ¿por qué?

Dr. Puga: —Les quiero contar cual fue la historia del Departamento de Educación para la Salud de la Municipalidad de Buenos Aires en el año 1984. Nosotros tardamos en crear ese departamento un año y medio. Hasta que pudimos vencer las resistencias de todo tipo como para poder empezar a funcionar.

A partir de allí se fueron creando los comités para la salud en los hospitales que también fueron difíciles y que sólo se fueron concretando en algunos hospitales. Creo que en estos 4 años se avanzó en los hospitales, y no diría mucho pero tampoco muy poco. Se avanzó en la creación de los comités de educación para la salud. Las resistencias del equipo de salud con el modelo médico cerrado que también ha sido un modelo para otras profesiones de salud, ha dificultado un poco el desarrollo de los comités de Educación para la Salud. Por otro lado los que están en los niveles de conducción de los hospitales, no todos están motivados para este tipo de cosas y pienso que la inferiorizan, consciente o inconscientemente. Creo que es un espacio poco ganado pero que tenemos que caminar mucho para poder ir mejorándolo. De alguna manera organizar bien los programas como para poder ir haciéndolos no sólo en los horarios matutinos que son los horarios tradicionales de los hospitales, sino ver de qué manera podemos extenderlos a toda la jornada de labor.

Pregunta para el Dr. Tanoni: ¿Es verdad que los intereses políticos pervierten la política de salud? ¿Cómo se puede neutralizar esta tendencia?

Dr. Tanoni: —Yo le digo que no. Los intereses políticos han logrado cosas muy importantes. El interés político es sinónimo de los intereses del pueblo. Después vamos a hablar de si coinciden o no y si en el discurso político está implícita la voluntad de cumplir con las necesidades de ese pueblo. Como experiencia les puedo decir que para producir el cambio es imperioso que el tema salud salga del silencio y que en todos los ámbitos del debate político argentino esté ausente salud es el peor daño que se le puede hacer a la salud del pueblo argentino. Cuando politizamos la salud, cuando el tema salud, enfermedad, muerte, la vida de los ciudadanos de un estado son parte del debate político ahí hay esperanzas para el cambio. El silencio es el ataúd de las posibilidades de la salud de los pueblos.

Una anécdota: Salta en 1940 tenía el 233 por mil de mortalidad infantil. Salíamos de la década infame. O sea cuáles eran los fenómenos sociales para que se llegara a un genocidio en el que muere un cuarto de la población que nace? No lo voy a analizar aquí. Pero lo único que yo no pude extraer en ninguna de las referencias históricas, ni hablando con los viejos ni en la prensa ni en el debate, ni en todos los ámbitos políticos, ni un sólo comentario sobre el tema de la mortalidad infantil en la Pcia. de Salta. Había silencio, estaba todo bien, normal.

Hoy los países más pobres y devastados por la guerra no tienen eso. Sin embargo el silencio político es donde nosotros, la conciencia colectiva se oculta. Porque los intereses espúreos hacen campo ancho para seguir.

O sea que la politización para mí en la temática de salud es condición "sine qua non" "para que se produzca un cambio en el sistema de salud argentino. Quizás en la pregunta hay una connotación no explicitada de lo que sería la lucha partidaria, que es otra cosa. Y aquí también puedo contar mi experiencia. Para eso me invitan los organizadores. La lucha por los proyectos populares de salud no siempre tiene en el tema salud, cabida en los partidos, salvo expresiones minoritarias del espectro político partidario argentino y salteño en particular, los partidos populares que tienen el 95% de los votos de mi provincia coinciden prácticamente en los objetivos, en la metodología, en los fines, en las formas de atender la salud de Salta. Y no se da la fractura de una lucha política perversa usando las líneas de la separación.

Las oposiciones más feroces al proyecto popular de Salta surgieron de representantes políticos de los tres partidos.

No siempre quien milita en un determinado partido político podrá cumplir con lo que su plataforma política está enunciando. Cuando se juntan los convencionales para reformar la constitución de Salta en 1985 todos coinciden en que la política de salud tiene que tener estas características: es un derecho social, es un bien social, los recursos para ella también son sociales. Indicativamente la carta orgánica indica la prestación de los recursos para la salud y la educación en el punto 'I', cuando le dice a los poderes del Estado cómo tienen que administrar

los recursos del pueblo. Ponen los constituyentes todos los conceptos innovadores. Todos firman y votan. Todas las plataformas políticas tienen contenidos populares referidos a la atención de la salud, pero en la oposición, las caretas se caen. El gorila o los intereses del antipueblo medran en todos los partidos políticos. Porque hay mucha gente que se disfraza, unos de radicales, otros de peronistas, para defender los intereses de un sector que a veces está contrapuesto con el bien común. Si no; ¿por qué el legislador médico de mi partido borra sistemáticamente todos los proyectos de salud de la provincia, en el ámbito parlamentario, se opone incluso a los proyectos que nosotros enviamos a la cámara? ¿Por qué un radical que es de la comisión de salud de la provincia, en el ámbito parlamentario, se opone incluso a los proyectos que propiciaba Aldo Neri, desde el gobierno nacional y hablaba pestes? Esto se llama traición social. Yo voto por una cosa pero después voy a hacer otra. Y a esto me refería con la voluntad política expresada por dirigentes políticos. No solamente hay que expresar. Hay que querer hacer y después hay que saber hacerlo. Hay que mover todo el aparato jurídico constitucional de la República Argentina para que la salud sea un derecho. Hay que politizar esto que tiene que ir a las convenciones constituyentes, tiene que ir a las cámaras parlamentarias en todos los sectores. Salud es un tema político porque es un tema de la vida de los ciudadanos. Pero aquí la economía ocupó, hizo pata ancha y arrasó con todo en la Argentina. Aquí de lo único que se debate es de economía, de la vida no se debate. Por eso creo que es muy importante todo debate político que haya sobre el tema salud.

La otra pregunta es una pregunta de tipo operativo pero tiene connotaciones desde el punto de vista estratégico. ¿Qué opino de la atención preferencial tanto en un centro de salud como en hospitales bases a los más carenciados que se seleccionan de acuerdo al tipo de vivienda?

Yo creo que no puede haber una APS para pobres y otra para ricos. Esto ni siquiera tenemos que discutirlo más y se acabó. Hay una sola salud que es para todos. Los derechos son para todos. Es nuestra formulación cualitativa. En el centro de salud el ciudadano tiene derechos fundamentales y los ejerce. Ni les cuento la pelotera que se armó cuando la gente vio en las paredes que el pueblo tenía derechos. Hasta se llegó a la discusión parlamentaria. Se hicieron asambleas tremendas en todos los sectores. Les hablo de 1984. Ver en una pared que el pueblo tiene derecho, tanta era la miseria moral argentina que fue un escándalo. Todos tienen derecho a la atención, sea pobre, rico, sea negro o blanco, tiene derecho al menor tiempo posible de espera en los servicios de salud, tiene derecho a conocer el funcionamiento de salud, tiene derecho a conocer los procedimientos y las terapéuticas que se le instituyen, tiene derecho a que la atención en ese servicio de salud no le haga pelota su economía privada. Esos derechos están escritos sobre las paredes y no hace falta carnet. Porque cuando la gente siente y

sabe que tiene derecho, los exige sin carnet, les pasa por encima, a las instituciones de la Burocracia (aplausos).

Pregunta para el Dr. Vasilliades: ¿De qué manera actúa el médico en la dinamización de la población y/o relacionamiento social? ¿Cómo crea los lazos?

Una ideología imperante, como se ha esbozado en América, es poner el acento en la patología y no en la prevención y/o APS. La formación universitaria actual está logrando una transformación, pero ¿cómo ha pensado la conducción de la salud sanear o transformar las cúspides en las jefaturas de los hospitales para no bloquear esta atención?

Para todo el panel: A pesar de que la filosofía de la APS implica dentro de su conceptualización tener en cuenta los aspectos sociales y la incorporación al equipo de salud de profesiones no médicas, 1) por qué los panelistas se refieren sólo al papel del médico, 2) por qué se continúa separando a los sujetos sociales de la APS distanciando pacientes de equipo de salud, y en el caso del panel paciente-médico?

Dr. Vassiliades: —Para esta primera pregunta no hay receta. Yo creo que algo de lo que se acaba de decir sobre el silencio en salud y el modelo de una sociedad de consumo es el fundamento de la respuesta que pretendo dar. Las muchas definiciones de salud o sus conceptualizaciones, entre ellas, en el momento en que expuse, valoricé mucho a Pichón Riviere, para quien salud pasaba por la interacción con el medio y por poder actuar y sentir su presencia, por no sentirse marginado. Esto que Pichón y su equipo fueron trabajando tiene antecedentes dicho de otras formas ya en la época de Carrillo. Entonces la primera parte pasa por cuál es la concepción de salud que tiene el médico en este trabajo de interrelación social. Pero dado que hay muchos médicos jóvenes, yo quisiera parcializar la respuesta hacia el otro lado, exclusivamente sobre la parte médica. Yo estoy convencido de que el médico que trabaja en zonas rurales o en áreas marginadas o cree en la medicina general, contraponiéndola al modelo del consumismo, al modelo de la alta tecnología que nos inculcan otros países y no cree en sí mismo y que este tránsito por la medicina para los pobres es una etapa nada más en su vida, está condenado al fracaso.

Es decir que lo primero es creer y valorizarse en su propio trabajo. Y esto es algo más que un simple enunciado. Yo trabajé en zonas rurales y he visto como los médicos del interior siguen creyendo que deben hacer esa medicina porque no pueden hacer otra. Aspiran a salir cuanto antes para llegar a la ciudad de las luces y la suprema tecnología. Esto es un tránsito en su vida. Yo no digo que no se aspire a otro modelo, pero a lo que tenemos que empezar es a valorizar qué es

lo que estamos haciendo en cada uno de esos lugares. En muchos lugares del país se está empezando. Años atrás las residencias en medicina general ocupaban muy poco espacio en los proyectos de formación de recursos humanos y ahora cada vez es más. El mismo sistema cada vez le da más lugar al médico generalista, le está dando un ámbito de trabajo y lo está jerarquizando. A partir de allí empezará su relación y su efecto dinamizador. Entender en esta posición de escucha que hablábamos hoy qué es lo que nos quiere decir el pueblo. Por lo tanto tendrá que reformular su propia formación como médico. Pero creo que esto aún no sería posible si él no creyera en sí mismo, si él no creyera que lo que está haciendo es tan valioso como lo que hace aquel ultraespecialista; que uno usa tanta tecnología como el otro. Lo que pasa es que esta es tecnología apropiada y la otra puede ser sofisticada.

Yo creo que es muy difícil poder lograr ese texto dinamizador que plantea quien me hace la pregunta si el médico generalista no cree en sí mismo. Esta pregunta se enlaza con la otra. Yo no estoy tan convencido de que todavía la formación universitaria se haya modificado de tal manera que permita creer que ya estamos produciendo recursos humanos que por sí van a lograr cambiar la formación. A través de las residencias y del post-grado hay que hacer un largo trabajo para tratar de transformar. Porque esto se vuelve a inscribir en la cuestión del poder, en la cuestión de la injusticia social, esto se vuelve a incluir en el silencio. Esto ocurre en todos los lugares en los que han ingresado médicos generalistas que han entrado a las residencias de medicina general y después de un tiempo se han encontrado con la realidad de un sistema que no los absorbe y se ven llevados a trabajar en cualquier otra cosa. Esto se produce porque hay un sistema que le da más valor al especialista y margina al médico generalista.

Hoy decía Tanoni que es la segunda vez que llega a este aula... Yo es la primera vez que llego, pero es recién que se empiezan a escuchar las voces de esta otra alternativa. Y la pregunta que se plantea de cómo se ha pensado en transformar la condición de salud o las cúpulas de los hospitales para no bloquear esta acción, remite a que esto tampoco tiene una receta.

Cuando lo escuchaba emocionado a Tanoni pensaba que desde hace años no nos sentamos a tomar mate y seguimos pensando igual. Nosotros también llenamos el Hospital Central de Posadas de los derechos de los pacientes. Y ellos van a la dirección a cada momento para plantear que en tal o cual servicio no fueron bien atendidos. En todas las áreas periféricas del hospital han empezado a aumentar la cantidad de consultas, la gente se reúne. Ya no se trata sólo de que piden médico para que atienda la salita. También piden la red de colectivos, la red eléctrica, el caño de agua. Y también, en esto pienso igual que Tanoni, estas cosas están por encima de los partidos políticos.

Cuando hablamos con las comunidades nos damos cuenta de que lo que hace

falta son, por ejemplo, unos 100 mts. de caños, entonces empezamos allí, después vamos a ver qué hacemos con el resto.

Esta pregunta terminaba en cómo transformar las cúspides en las jefaturas de hospitales para no bloquear la acción. Yo creo que empieza desde la periferia y en última instancia la cúspide es lo último que va a cambiar.

Cuando nosotros empezamos a trabajar en zonas rurales nos dijeron que estábamos locos porque se iba a generar una demanda en un momento en que los servicios de salud no estaban capacitados para responder a ella. Pero éste es el efecto transformador del que hablábamos hoy: generada la demanda, el nivel político va a tener que dar su respuesta. Todo esto que se armó en los últimos tiempos ha obligado también, a partir de una demanda, a que los niveles de conducción política hayan destinado más recursos para las áreas periurbanas. Nos están dando más médicos. Porque estamos abarrotados de cifras del incremento de la consulta. Tanoni, hace algunos años en Salta, necesitaba leche. Pero tuvo que armar toda una cuestión para demostrar la desnutrición y el nivel que alcanzaba para que los estamentos políticos dieran leche.

De esto se trata. De demostrar la necesidad y fundamentarla. Por eso rescataba lo del silencio y las palabras de Pichón Riviere. En un gobierno creo que había una propaganda que decía "el silencio es salud". Todo lo contrario que se hable, que se demande, porque esta demanda, en algún momento va a tener que recibir una respuesta.

Dr. Puga: —Hay algunas preguntas conectadas entre sí. La Dra. Alicia Esteban dice "En odontología debemos destacar que a la atención primaria le damos real importancia" y pregunta por qué no se tratan temas odontológicos en estas jornadas. Claro, esta facultad no sólo forma médicos sino otros recursos que en algún momento pueden ser usados para mejorar el desempeño del equipo de salud. Somos conscientes de que los estudiantes que se forman en medios profesionales no son sólo de la Facultad de Medicina. También somos conscientes de la importancia de la Odontología. Cómo no ser conscientes si uno de los grandes olvidos es la prevención en salud bucal. Pero muchas veces nuestras propias conductas, que tenemos tan internalizadas, se manifiestan sin darnos cuenta. Pienso que la participación en estas Jornadas es la posibilidad para los odontólogos de plantear sus inquietudes y propuestas, sus experiencias y sus problemas. En este panel somos 6 médicos. Solamente médicos. Tal vez lo que tenemos internalizado se manifieste también en este panel. Es probable que los próximos paneles en las próximas jornadas ya tengan integrantes de todo el equipo de salud. Porque los odontólogos son muy importantes y yo tengo la experiencia de la Secretaría de Salud, en la que cumplieron con una función fundamental y las otras profesiones del área de la salud también. En la enseñanza que les damos a los estudiantes es-

tán también las enfermeras, las asistentes sociales, están los psicólogos, están los antropólogos y también los agentes sanitarios. Tenemos registro de experiencias del partido de San Miguel, en el cual los agentes sanitarios han colaborado en una forma muy importante en la enseñanza impartida a los alumnos de la Facultad de Medicina. Es decir que, aunque es posible que algunas cosas no se hayan manifestado, somos conscientes de que todo el equipo de salud debe participar como lo está haciendo en los módulos de APS en la Facultad de Medicina. Esto también incluye a los administrativos. Hoy tuve el gusto de encontrarme con dos contadores que venían a estas jornadas de APS.

Yo me pregunto por qué no les hablamos a los economistas o futuros economistas, desde el vamos, de estos problemas y de que los presupuestos en salud pasan por estas cosas. Por qué no les decimos también a los arquitectos, a futuros ingenieros agrónomos y a los futuros abogados que nos ayudan a resolver los problemas de mala praxis. Pero ¿qué sentido tiene todo esto? Si nosotros hablamos de estos temas en todas las profesiones, con un sentido de horizontalidad creo que vamos a cumplir una función mucho más importante.

Otra pregunta dice: qué justificación tiene en el Hosp. Garrahan el funcionamiento de los consultorios externos de demanda espontánea?

Dr. Puga: —Bueno, el Garrahan tuvo muchos problemas hasta que finalmente quedó inaugurado. La comunidad pedía urgentemente que se abriera. Fue muy doloroso todo el proceso por el que atravesó este hospital en las distintas propuestas que se presentaron. Finalmente se abrió. Pero la comunidad está acostumbrada a ir a los hospitales. ¿Cómo le decimos que no a la comunidad que viene a pedir atención en el hospital por demanda espontánea? No es fácil. Las pautas comunitarias las hemos transmitido nosotros mismos y están arraigadas. Entonces, en este momento lo que hacemos es satisfacer las necesidades comunitarias. Pero también estamos muy preocupados por llegar a organizar una red de vínculos de síntos niveles de complejidad, en toda el área metropolitana. Para que los centros de salud atiendan lo suyo, para que profesionales que están en ellos estén estimulados y trabajen mejor, para que los niveles intermedios también actúen con eficacia, y entonces, en una red de servicios organizados, es probable, nada más que probable que esta demanda espontánea, a largo plazo disminuya. Y entonces cada cual puede recurrir a sus propias comunidades de atención. Ese es el objetivo final de una nueva organización sanitaria y hospitalaria.

También me preguntan sobre el desarrollo del programa materno-infantil de la psicoprofilaxis obstétrica vinculado a un recurso más de salud psicofísica de nuestros ciudadanos futuros.

Había algo con respecto a los profesionales que había dicho Mirta Videla, quien había hablado en homenaje a los médicos de barrio y a los viejos médicos de familia y decía que también tal vez tenga que haber un homenaje a los curanderos y tal vez tenga razón, porque cumplieron una función importante, fueron parte de la comunidad. Yo recuerdo hace 20 años una de las reuniones más concurridas que he tenido en el hospital de Wilde. Hicimos una reunión de ateneo sobre el empleo. Estaba repleta el aula del hospital. Invitamos a dos curanderas a las que nos fue difícil encontrar porque la policía las perseguía. Finalmente vinieron y ellas nos enseñaron a curar el empacho.

¡Cuántas veces las madres nos preguntan si el chico no estará empachado! Y cuál es la contestación del médico? ¡Cállese la boca (como decía Testa), cómo me va a venir con eso a mí! Otra respuesta suele ser el reírse de la gente y allí se terminó la comunicación. Pero si decimos "a ver señora, cómo es eso de que el chico está empachado, porque yo también sé curar el empacho. Esa comunicación, esa cuestión de la relación social, como decía Testa, da cuenta de dónde está el meollo de la cuestión y esa madre entonces, no deja más de ver al pediatra que atiende a su hijo.

Volviendo a la pregunta de la psicoprofilaxis obstétrica, el mayor porcentaje de embarazos que llegan a los hospitales han sido atendidos muy pocas veces en el curso del mismo. Muchas mujeres no fueron nunca atendidas. Entonces la psicoprofilaxis obstétrica que se lleva a cabo en algunos lugares está en sus comienzos. Creo que no se ha aprovechado lo suficiente como para disminuir la mortalidad perinatal. En los centros desarrollados como es la ciudad de Buenos Aires en estos momentos, es la primera causa de mortalidad infantil. Yo creo que es un campo fundamental para desarrollar y yo diría que los planes materno-infantiles o materno-infanto-juveniles, como ahora se llaman los departamentos de los hospitales, deberían incluir a este grupo que siempre ha estado aislado de nuestras preocupaciones, el de los adolescentes. Digo esto porque creo que la psicoprofilaxis obstétrica también tenemos que extenderla a la adolescente que puede quedar embarazada, como lo estamos viendo cada vez más en nuestros hospitales.

Es un recurso realmente transformador estimular la relación de la madre con su hijo, como todos los miembros del equipo de salud lo saben.

Dr. Vassiliades: —Nosotros hemos ido incorporando recursos no médicos al área de salud, tales como antropólogos, sociólogos también (aplausos). Incluso se ha demorado transitoriamente, por mi viaje aquí, la inauguración de un servicio en el que los médicos generalistas van a trabajar con psicólogos (me refiero al Hospital Central de Misiones) con este mismo tipo de enfoque. En el tema de salud rural, habíamos empezado a trabajar con la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales a través de un seminario de Medicina Social, para que los estu-

diantes conocieran lo que es APS. El tema es lo suficientemente importante como para que las distintas disciplinas concurren.

Pregunta al Dr. Neri: —Porqué sigue siendo crítica en nuestro país la formación de enfermeras?

Dr. Neri: —Creo que la formación de enfermería sigue siendo crítica porque esto deviene en algo multicausal. Hemos trabajado sobre el aparato educativo para la instrucción de enfermería y hemos trabajado muy poco sobre todo lo que son los servicios propiamente dichos. Entonces, creer que vamos a resolver el problema de enfermería, y todos hemos participado en este criterio desde hace muchos años, creando nuevas escuelas de enfermería, es una hipótesis muy ingenua. En la medida en que no vayamos logrando generar incentivos y formas de jerarquización de la profesión a nivel de los mismos servicios, vamos a seguir teniendo un desbalance como el que estamos presenciando en este momento.

La relación entre el sistema educativo y los servicios es absolutamente fundamental. La jerarquización de la profesión debe darse a nivel de donde se dan los servicios; allí es donde la enfermera tiene que asumir roles de mayor responsabilidad, allí es donde tiene que haber un replanteo de su jerarquía profesional y en sus niveles de retribución no nos engañemos. Este es uno de los parámetros inexorables a los que hay que atender. Pero en hospitales sobrecargados en los que tenemos una relación médico-cama igual a uno (1) y una relación de enfermería por cierto mucho más insuficiente, esto no lo vamos a arreglar en seis meses. Esto va a exigir una política sostenida orientada a rejerarquizar estas profesiones, a revitalizarlas y de alguna forma a acotar el desarrollo e hipertrofia de otras.

Este es un ejemplo más de cómo el sistema de salud se modela por los intereses corporativos. Los médicos, hemos sido en la práctica una corporación mucho más eficaz, en lograr cosas que no pudo lograr la corporación de enfermería o la de odontología o la bioquímica o tantas otras, incluso todas estas nuevas. Esto fue así y no podemos por un simple decreto o ley creer que esto se modifica. Esto exige una política sostenida a lo largo de muchos años y de ninguna manera creer que ofreciendo más oportunidades de formar enfermeras vamos a revertir esta situación. La valorización tiene que venir tanto del sector público, lo poco que tienen las obras sociales en sus establecimientos propios y en el sector privado a través de la unidad de trabajo que es el establecimiento, el centro de salud o el programa.

Puedo conectar esto con algo que se refiere a los médicos porque aquí hay una pregunta de por qué hemos hablado algunos o todos con respecto a los médicos. Seguramente que es sesgo inevitable, ya que estamos en la Facultad de Medicina y quienes nos invitan son los residentes médicos.

Pero quiero puntualizar algo más retomando algo que se mencionó. Yo creo que en la Argentina este es el recurso profesional más abundante. Independientemente de que sea muy, poco o nada importante; que todos sabemos que es importante. La reforma tenemos que hacerla contando con este recurso que la Argentina tiene generosamente disponible, si pensamos en un programa de APS.

Nuestra dificultad va a estar en la disponibilidad de otro tipo de recursos, como lo acaban de plantear a través del problema de la enfermería. Vamos a tener déficit en la integración de este equipo indispensable en el campo de enfermería y de otras profesiones. No así en el de médicos. Por eso tenemos que pensar cómo hacemos para incorporarlos en plenitud a este tipo de reforma.

Yo cité un ejemplo que demuestra el problema de la distribución y de la ganancia entre los mismos médicos. Uds. saben que las O. Sociales les pagan a organismos intermedios que son las gremiales médicas que pagan las facturas que los médicos llevan a cabo para las O. Sociales. Si uno toma la contabilidad de alguna de estas gremiales médicas y ve cómo se distribuyeron esos honorarios entre sus afiliados médicos, lo que aparece es que hay una muy fuerte concentración de ese dinero en un grupo relativamente pequeño de médicos y que el resto recibe una cuota mucho menor.

Esto es toda una distorsión en un momento en el que estamos pensando que para revalorizar en serio la APS tenemos que revalorizar en serio la medicina general. Esto no es meramente un discurso. También tiene que ser algo que se evidencie en los niveles de retribución que se perciba a nivel del médico general. Y no solamente el especialista que está manejando aparatos.

Tenemos que enfrentar esta realidad para mejorar cantidad y calidad de los servicios que recibe la población. Es necesario redistribuir estos servicios y al mismo tiempo redistribuir las oportunidades de un trabajo profesional gratificante entre nuestros profesionales mismos.

Esto es una vía para generar incentivos para que los profesionales vayan sintiéndose más comprometidos. Los médicos generales no son de segunda o de tercera; en términos retributivos, en términos de ganadores profesionales, en términos de incentivos científicos, en términos de homogeneidad de capacitación, etc., obviamente va a haber mucha más orientación, como viene sucediendo lentamente, en la Argentina y en los últimos años y se ve que hay un cambio. Vamos a conseguir paulatinamente una jerarquización que hace al bienestar de nuestra gente pero también al bienestar de nuestra población.

Pregunta: —¿Cuál es la o las razones por la cual en el máximo lugar de poder en salud y atención no se haya podido desarrollar una estrategia de atención primaria de la salud?

Neri: —Una buena pregunta por que siempre es más lindo poder contestar ciertas cosas sin haber tenido la responsabilidad de gobierno.

Esta es una muy buena pregunta edificada sobre un error de apreciación de la realidad. No existe esa concentración de poder alrededor de la plaza de Mayo que es la visión que puede tener el ciudadano promedio argentino desde afuera. No es real en muchísimos casos, en cómo funcionan muchos asuntos de la sociedad. Y mucho menos es real en el sector salud. Allí la difusión del poder es tremenda. Este es un sistema altamente fragmentado que está manejado por una secretaría nacional dentro de un ministerio global del campo social, cuyas funciones están sumamente limitadas. Cuyas atribuciones están sumamente limitadas porque, por un lado el sector público no maneja casi nada. Las provincias son las dueñas de los hospitales y siguen sus propias políticas, en el marco de los recursos que tienen y con el aporte y apoyo que reciben desde Nación. El tema de que hay una política de salud dictada desde la plaza de Mayo es una formulación absolutamente teórica y que depende, en buena medida, de la aveniencia que existe con los distintos gobiernos provinciales. En este período constitucional, como acá fue señalado, creo que lo dijo Tanoni, es cierto que hemos tenido reiteradas pruebas a través de Consejo Federal de Salud, de que los gobiernos de las provincias, más allá de su heterogeneidad política, con la Nación o entre sí, tenían por gran mayoría una gran facilidad de criterios y de objetivos para llevarlos adelante. Pero esto no es algo que se impone, esto no es algo que está legislado en la realidad de alguna manera. Por otro lado el poder real se dispersa todavía más dentro del sistema de O. Sociales donde la atribución de supervisar que tiene la Secretaría de Salud a través de INOS es sumamente relativa, con casi 400 organismos con un grado de autonomía muy alto. Para no decir, entonces, el sector privado, sobre el cual ejercemos solamente una fiscalización lejana y algún tipo de auditoría en lo que hace a su contratación con las O. Sociales. No por nada, durante este período constitucional se genera una propuesta de cómo empezar realmente a hacer posible que exista una política nacional de salud. Este es el proyecto el Seguro Nacional de Salud. Es precisamente para que el diagnóstico equivocado que subyace a esta pregunta vaya cambiando y que realmente haya algunas formas de negociación social global para que éste país pueda tener una política nacional de salud en serio, a través de todos sus actores que son los tres sub-sectores. Se debe poder, realmente, meternos en un cauce único de política, de prioridades, y de metodología de trabajo. Esto no es una modalidad de centralismo autoritario sino que, por el contrario, dentro de ésta misma propuesta, en la que se buscan modalidades de participación efectiva tanto de los sectores interesados como de los sectores políticos propiamente dichos, se trata de lograr una propuesta concertada, discutida, elaborada y en definitiva, para que la acción se pueda descentralizar al máximo dándole verdadera autoridad a las pro-

vincias que, en este momento ven pasar por la vereda de enfrente el grueso de lo que es la atención médica en la Argentina, manejado por el sistema nacional de O. Sociales y no por las provincias. Este es el objetivo.

¡De ninguna manera es esto una “varita mágica” más, por favor!. Esto es una aproximación racional posible en esta Argentina en la que se cruza este campo de intereses tan difíciles de conciliar. Todo esto es para que hagamos cierta la premisa de que estamos democratizando la salud.

Estamos concientes de que la democracia, en este punto como en otros, no es un punto de llegada; es un camino y, enhorabuena que lo estamos recorriendo!

Pregunta: —Teniendo en cuenta que la APS es una etapa de toda la planificación estratégica, profundice un poco sobre como movilizar adecuadamente los recursos de la comunidad teniendo en cuenta lo de Tanoni sobre lo que el pueblo quiere.

Testa: —Creo que ésta pregunta está ligada a lo que acaba de decir Aldo Neri, con quien tenemos una vieja relación; nos hemos peleado mucho pero hemos intentado ser amigos y no lo hemos conseguido demasiado...

Retomando lo de Marco Denevi se puede ejemplificar cómo resultó, a partir de que Aldo Neri fue ministro de éste gobierno y hoy es diputado nacional, estos resultados son demostrativos de quien ha tenido éxito, si el éxito además es una demostración de quien tiene razón, entonces saquen Uds. las conclusiones.

Yo quiero ligar ésto con varias cosas: con qué es esto de la planificación estratégica en primer lugar, qué es esto del equipo de salud (otra temática que quedó rondando), que fue, a mi juicio contestada parcialmente por varios de los ponentes y esto último acerca de la fragmentación del poder que Neri acaba de explicar.

Primera cuestión: planificación estratégica quiere decir pensar la planificación como un problema de poder. La planificación tradicional que hemos hecho y de la cual soy en alguna medida culpable, basada en el cálculo de los recursos tales como cuántas camas, cuántos médicos, etc., es diferente de la planificación estratégica que piensa en términos de poder. Esto significa preguntarse donde está el poder, quién lo tiene, como hace uno para manejarse frente a estas cuestiones de poder. Es decir, se piensa más en los actores sociales, sean individuales como puede ser un ministro, sean actores organizados como puede ser un partido político, un sindicato, etc. Para mí esta pregunta de cómo movilizar los recursos de la comunidad se transfiere a esta otra de cómo enfrentarnos a estos problemas de poder. Entonces, una de las cuestiones que tenemos que saber es cómo diagnosticar, para usar un término médico, todas estas cuestiones acerca del poder. Cómo lo identificamos, como lo pensamos, cómo nos situamos frente a esta relación. Porque el hecho es que en esta fragmentación que señala Neri y con lo que

yo estoy de acuerdo, es imprescindible situarse frente a estas relaciones para poder ser eficaz en las medidas que queremos tomar.

Entonces los recursos de la comunidad serán movilizados adecuadamente si sabemos y pensamos adecuadamente donde están concentrados esos poderes, cómo son, cómo se caracterizan, qué los identifica, cuáles son los grupos que los controlan.

Quiero señalar algunas cosas con respecto al equipo de salud, que está conformado por una serie de capacidades profesionales de distinto tipo y de distinto nivel que se articulan de distinta forma para resolver los problemas con que se enfrentan. Eso es volver a la definición. ¿Cómo funciona en la práctica en nuestro país el equipo de salud? No funciona. no existe, sencillamente. ¿Por qué no existe? Porque se transforman en una organización burocrática en la que, quien tiene el poder es el médico y los demás son sus auxiliares que tienen que hacer lo que el médico dice (Aplausos). Las enfermeras, los bioquímicos, etc, son importantes, pero serán importantes cuando lo sean, mientras tanto no lo son. El médico tiene la sartén por el mango y el mango también. Vuelvo ahora a lo que decía Neri, sobre el hecho de que el poder está fragmentado, no está en torno a la Plaza de Mayo y yo coincido con él. Pero entonces, porqué se plantea, como si fuera la solución, el hecho de aprobar ciertas leyes o ciertas normas o ciertos reglamentos? Cuando todos sabemos en este país y, en muchos países, por ejemplo, en todos los países en los que existe un parlamento, existen verdaderos cementerios legislativos. Hay una enormidad de leyes que no se cumplen. Aprobar la ley del Seguro Nacional de Salud no es suficiente para que se haga un Seguro Nacional de Salud. De ninguna manera. Esto se lo digo a Aldo Neri que está aquí, a mi lado y que es diputado nacional y que tiene responsabilidad ya que forma parte del cuerpo legislativo.

Pero una ley que modifica un comportamiento sólo se cumple si, y solo si, hay una disposición del cuerpo social que es favorable al cumplimiento de esa ley. Por la razón que dio Aldo Neri: porque el poder está fragmentado. Entonces no es suficiente con aprobar una ley.

Esa ley tiene que ser formulada después de la escucha y no antes, tomando el tema que anteriormente se trató aquí de la escucha.

No vamos a resolver el problema simplemente con aprobar la ley. Vuelvo, entonces a la temática anterior: tanto desde el punto de vista de la planificación estratégica como del equipo de salud, como de las leyes que queremos aprobar, el problema es el de las relaciones de poder. Eso no se modifica ni por ley ni por decreto. Se modifica solamente a través del desencadenamiento del proceso social, y aquí sí coincido con Neri, que es lento, trabajoso, difícil pero significativo en la medida en que abre espacios de lucha. Esos son los espacios que tenemos que conquistar.

