

MEDICINA DE LA COMUNIDAD EN EL IMPERIALISMO

¿UNA NUEVA POLITICA MEDICA?

La mitad del siglo XX marca el inicio de un proceso de reaparición de planteamientos "sociales" en la medicina de los países capitalistas.

No es ya la simple retórica de discursos y proyectos que se coloca como inútil ornamento "social y humano", sobre el eje individualista de la organización médica, es ahora un esfuerzo organizado y coherente que emprenden las clases hegemónicas para "abrir el campo de la medicina a la colectividad", con finalidades que debemos estudiar para poder desentrañar sus objetivos de fondo y definir cuales son las alternativas auténticamente sociales que deben implantarse.

Analizaremos las condiciones de la coyuntura capitalista que explican el por qué, desde hace aproximadamente diez años, y con mayor persistencia en la actualidad, han aparecido planes y políticas de salud, nacionales e internacionales, que subordinándose a las estrategias de los organismos imperialistas, tratan de difundir a escala continental, formas de práctica médica a las que se denominan "sociales" o "comunitarias"*.

TEORIA

MEDICINA DE LA COMUNIDAD

¿UNA NUEVA POLITICA MEDICA?*

*) Los organismos oficiales de gestión denominan "medicina comunitaria" (de "Nivel Primario"; de "primer contacto"; o de "técnicas simplificadas") a las que comprenden acciones de bajo costo, destinados principalmente al servicio de los pobres no asalariados que se agrupan en áreas geográficas llamadas ambigüamente "comunidades", cuyo objeto operacional no es ya

*) Trabajo presentado al "II Seminario Nacional de Medicina Social", (México) es parte de una Investigación sobre "Medicina Comunitaria".

***) Profesor del Area de Medicina Popular.

Nuestra idea ha sido estudiar las condiciones estructurales de las potencias y de las subordinadas economías de la América Latina, para encontrar la explicación de ese giro, del cambio de política que han dado con respecto a las inversiones de salud, las grandes corporaciones, las fundaciones privadas, las asociaciones médicas (como la AMA de los Estados Unidos), y los organismos estatales y multiestatales.

Giro que se manifiesta, por un lado, en la disminución del estímulo que otorga a los servicios de alta complejidad, de base hospitalaria para la atención episódica de casos agudos, y por el contrario, en la provisión de una masiva entrega de fondos para la extensión de cobertura de medicina "social" de nivel primario.

Pretendemos demostrar que aunque este cambio estratégico del imperialismo no ha desterrado la hegemonía del anterior aparato hospitalario cientifista, en cambio ha transformado significativamente el papel histórico-ideológico de la medicina abriendo un nuevo período de "política médica", como quedará explicado más adelante.

Con el objeto de iniciar el estudio propuesto, consideramos conveniente abrir dos líneas de investigación:

(como en el caso de los servicios del Seguro Social) el "individuo-obrero", o el "individuo-empleado", sino la comunidad rural o el barrio pobre urbano; cuyo enfoque de los problemas de salud pretende no ser meramente biológico, tratando de incorporar los "componentes" culturales, ambientales y políticos; y cuyas acciones no se reducen al tratamiento especializado de casos agudos —esporádicos, sino que intenta atender la patología elemental y desarrollar los aspectos preventivos y administrativos.

1.—Establecer las similitudes, diferencias y relaciones que podrían existir entre:

- a) las condiciones históricas y las formas de prácticas "pública" o "de abordaje social" que varios estados: (Alemania, Italia, Francia, Inglaterra, Estados Unidos), implementaron durante los siglos XVIII y XIX con la denominación (muy sintomática por cierto) de POLICIA MEDICA; y,
- b) las condiciones actuales de esos mismos estados y los de América Latina, en que han reaparecido programas de carácter "policia" aunque con distinto membrete; y, de probarse un grado significativo de correspondencia, buscar:

2.—Una explicación coyuntural, de la forma como los estados capitalistas de América, y las grandes instituciones de crédito internacional (i.e. B.I.D. y Banco Mundial) tratan de consolidar una estrategia continental de expansión de servicios "comunitarios".

Nuestra intención en este trabajo, es desarrollar el primer planteamiento:

MEDICINA DE LA COMUNIDAD ¿UNA NUEVA POLICIA MEDICA?

Homologar el concepto de "medicina comunitaria" con la denominación "policia médica" que se empleó en fase anterior del capitalismo, podría parecer ante una mirada superficial como un insensato atrevimiento, pero si seguimos el hilo conductor de los hechos históricos encontramos una racionalidad en esa comparación.

En efecto, es factible encontrar semejanzas muy aleccionadoras entre los obje-

tivos de poder y legitimización implícitos en los programas de "política médica" llevados a efecto por los estados absolutistas europeos, y las finalidades implícitas de los planes estatales contemporáneos, que tratan de promover la medicina de nivel primario en las "comunidades", como alternativa a la medicina científica de los hospitales que en el período intermedio (que abarca aproximadamente los 60 primeros años del siglo

actual) fue su objeto primordial de atención.

Es decir, nos hemos propuesto trazar la evolución de las tendencias "sociales" o "comunitarias" de la práctica médica en el capitalismo, delimitando para el efecto las fases generales que se anotan en el siguiente cuadro, que constituye un esquema de los elementos de nuestra hipótesis de trabajo:

C U A D R O N° 1

RASGOS CENTRALES DEL CAPITALISMO Y TENDENCIAS DE LA PRACTICA MEDICA ESTATAL*

Períodos	Rasgos estructurales condiciones sociales y políticas	Tendencia en la Práctica Médica Estatal
+ — 1550-1775	<ul style="list-style-type: none"> — Hundimiento, agricultura feudal. — Desarrollo de la manufactura. — Formación del "obrero colectivo o social". — Tendencias al desorden e insubordinación, necesidad de imponer orden en la producción manufacturera. — Primera etapa de construcción de un poder del estado capitalista. 	Política
(1735)	<ul style="list-style-type: none"> — (Inicio de mecanización). 	
± 1775-1860	<ul style="list-style-type: none"> — Formación de la gran industria. — Máquina, transforma necesidad de obrero colectivo en "necesidad técnica objetiva". — Inicia separación de la ciencia como potencia productiva autónoma. — Estallido de avidez por prolongación de jornada laboral (plusvalía absoluta). — Empleo sin restricciones de mujeres y niños. — Déficit de desgaste de fuerza laboral, vigencia de estado absolutista. — Primeras medidas de organización y centro de proceso de urbanización. — Legislación fabril (protección, mujeres y niños). — Apoyo a intervención y control estatal. — Estímulo y protección de productividad laboral. 	Médica
1860 - primera mitad del siglo XX	<ul style="list-style-type: none"> — Reducción de la jornada laboral e intensificación del trabajo (plusvalía relativa). — Para mantener nivel de productividad. <ul style="list-style-type: none"> a) Exploración de rendimiento del cuerpo; y, b) Mayor indagación tecnológica. — Plena vigencia del "obrero social". 	Medicina Científica - Hospitalaria Formación de Institutos de Investigación y

Periodos	Rasgos estructurales, condiciones sociales y políticas	Tendencia en la Práctica Médica Estatal
	— Formación del capital monopolista financiero. Consolidación imperialismo. — Desarrollo de conciencia popular (por consolidación de obrero social).	Seguridad Social
+ — 1960	— Condiciones para marcada concentración de poder del Estado. Intensificación de intervención y control estatales. — Crisis del imperialismo. — Producción masiva de desempleo (o subempleo). — Alto desarrollo de conciencia popular.	Nueva Policía Médica

*) Cuadro delimita periodos amplios que resaltan elementos más destacados.

FUENTE: La bibliografía utilizada.

APARICION DE LA POLICIA MEDICA

En los países de Europa Occidental desde 1779, año en que aparece el tratado de John Peter Frank sobre la "Policía Médica", hasta comienzos del último tercio del siglo siguiente (+ — 1860-1875), el concepto de "policía" *, es empleado junto al de "medicina", según lo demuestra el autor Rosen; para definir las formas de práctica médica oficial de la Europa de entonces.

Este mismo autor en su obra: "De la policía médica a la medicina social", presenta una extensa investigación bibliográfica sobre la serie de obras y textos que siguiendo las ideas fundamentales de Frank, se publicaron desde fines del siglo XVIII en Europa y más tarde en los Estados Unidos, como tratados de "policía médica".

*) "Policía" por definición se refiere a la "organización interna o regulación del Estado, especialmente en lo que respecta a factores que afectan la seguridad, bienestar prosperidad, moral y salud del público".

1) Rosen, G. From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health— New York, Science History Publications, 1974.

Revisando las denominaciones de los capítulos de que constaban las publicaciones descritas por Rosen, podemos descifrar el campo técnico y el área de preocupación de la mayor parte de los autores:

- Población *.
- Estadísticas vitales.
- Salud materno-infantil.
- Sanidad de la vivienda y el vestido.
- Nutrición.
- Salud de grupos ocupacionales.
- Recreación.
- Prevención y control de enfermedades transmisibles.
- Organización del personal médico.
- Legislación en salud.
- Educación sanitaria.

Rosen⁽²⁾, expresa más adelante que aunque los principios de "policía médica"

***) Es interesante anotar el hecho de que en ese tiempo, la preocupación Central es el incremento poblacional, como lo manifiesta un autor cuando dice: "... para promover e incrementar la población, se requiere formar médicos competentes y combatir la superchería".

2) Rosen, *ibid.*, pág. 143.

adquirieron gran difusión en Europa, su interpretación y aplicación concreta sufrió variaciones de acuerdo a las particulares condiciones económicas y políticas de los países que las adoptaron. En los países más rezagados, en los que el desarrollo del poder de la burguesía era menor, se aplicó las ideas de Frank con todo su carácter paternalista y autoritario, con la idea central de legislar en el terreno de la salud, y extender el control a las colectividades. En aquellos países cuyo desarrollo industrial había colocado a los capitalistas en posición de indiscutible hegemonía, se tendió a aplicar aspectos operativos, más relacionados con las condiciones de la fuerza de trabajo.

Veamos estos puntos con mayor detalle.

En los países más atrasados, como Alemania e Italia, las ideas y métodos de la "policía médica", se difundieron e implementaron de tal modo que, como lo expresa el autor antes citado:

"La policía médica significó un programa de acción social para la salud, asentado más en el cálculo de un aumento de poder del Estado, que en la preocupación por incrementar el bienestar del pueblo"⁽³⁾.

La inclusión de las acciones médicas en el proceso de construcción de un poder del Estado, se explica para el caso de los mencionados países (siglos XVIII y XIX), porque entonces atravesaban por una etapa transicional en la que aún no se había consolidado el poder de la burguesía sobre la clase feudal. Deutscher⁽⁴⁾ explica muy bien por que las monarquías absolutas como la

alemana, por ser formaciones de un capitalismo incipiente mercantilista, poco vigoroso y subordinado al poder de las potencias capitalistas de entonces, Inglaterra y Francia, requirieron la formación de un Estado interventor que compensó la debilidad de la burguesía penetrando las instituciones y la vida de las comunidades urbanas en formación, para el control y la hegemonía política.

Inversamente, países como Inglaterra, cuyo capitalismo industrial se había ya consolidado para el Siglo XVII, logrando una integración nacional bajo el dominio de la burguesía, no desarrollaron un absolutismo administrativo. En Francia e Inglaterra, esta situación parece reflejarse en la asimilación particular que hasta los últimos decenios del Siglo XIX, se hizo de las ideas de policía médica, adoptando aquellos aspectos de la misma que tenían que ver más directamente con la protección de su fuerza laboral.

Un análisis del papel de la policía sanitaria inglesa de esa época puede inferirse del estudio de capítulos como el VIII, XII, XIII de "El Capital" de Marx, puesto que en varios párrafos este autor transcribe largos fragmentos de reportes de comisiones sobre morbilidad ocupacional (infantil y de adultos), de salud pública, etc., en que se traduce la acentuada preocupación del Estado inglés por regular la salvaje explotación de los trabajadores (hombres, mujeres y niños) por parte del capital y que estaba agotando sus propios recursos. Es el caso de la transcripción que Marx hace en el cuarto párrafo del capítulo XIII, de un cuadro presentado por un médico del "Dispensario General de Nottingham", que señala el número de pacientes "tísicas" de cada 686 obreras (puntilleras de 17 a 24

3) Rosen, Op. Cit., pág. 155.

4) Deutscher, I. Las Raíces de la Burocracia. Barcelona, Edit. Anagrama 1ra. Ed. 1970.

años), como síntoma alarmante de desgaste de la fuerza laboral. El cuadro dice así⁽⁵⁾:

1852	1	de	cada	45	1857	1	de	cada	13
1853	1	"	"	28	1858	1	"	"	15
1854	1	"	"	17	1859	1	"	"	9
1855	1	"	"	18	1860	1	"	"	8
1856	1	"	"	15	1861	1	"	"	8

En el mismo párrafo, el autor anteriormente mencionado, cita un reporte de Salud Pública en que se afirma haber demostrado que, "... mientras los obreros sean prácticamente incapaces de imponer ellos mismos esta justicia sanitaria, no podrán obtener ninguna ayuda efectiva de los funcionarios designados por la policía sanitaria..."⁽⁶⁾.

Esos reportes reflejan la función "reguladora" de la policía sanitaria inglesa y permiten entender por qué los tratados británicos de "policía médica" más que a la promoción del poder estatal, dan mayor énfasis a los capítulos que tratan de déficit poblacional, aspectos de salud materno-infantil, la regulación administrativa y control de problemas referentes a las enfermedades epidémicas, la supervisión del saneamiento ambiental y en general al fomento y protección de la fuerza laboral.

Los Estados Unidos constituyeron un caso similar a Inglaterra, aunque desfasado en el tiempo, por razones de diferencia histórica.

Lo que globalmente traduce este período manufacturero y la consolidación consiguiente de lo que Marx denominó, el "obrero colectivo".

La combinación en los centros manufactureros de diferentes oficios o la fragmentación de un mismo oficio en varias operaciones con el objeto de producir una mercancía única, comienza la desaparición de los obreros como artesanos independientes y principia a transformarlos en un cuerpo único de trabajo cooperativo, que se consolidará más tarde en la gran industria.

El obrero parcial ya no puede producir por sí mismo mercancía alguna, es el conjunto de hombres como sujeto social, la combinación de sus destrezas artesanales, el factor decisivo o "maquinaria específica" de la manufactura. Es decir, persiste todavía la posibilidad de la respuesta subjetiva del obrero ante la producción, juega todavía un papel su deseo, su vocación de trabajo y su destreza, en otras palabras, es factible que insubordine al proceso productivo. En esta etapa no existe (como lo habrá más tarde en la gran industria con la maquinaria) un "esqueleto objetivo", "un nexo independiente" a los obreros, que sirva de mecanismo objetivo de subordinación al proceso. Por eso en esta etapa se reportó la insubordinación permanente.

El obrero de la manufactura, mientras más diestro es, más terco e indisciplinado y los capitalistas se ven en el trance permanente de controlar el "desorden". Por eso, Marx transcribió estas expresiones:

"Hay que establecer el orden de una manera o de otra, exclamaba en 1770 el tantas veces citado autor del *Essay on Trade and Commerce*. Orden, contesta como un eco, 66 años más tarde, el Dr. Andrew Ore: "... es lo que faltaba en la manufactura..."⁽⁷⁾.

5) Marx, K. *El Capital*, libro 1, capítulo XII. México, Edit. Siglo XXI, 3ª Ed. 1976, pág. 567.

6) *Ibid.*, pág. 566.

7) Marx, K., *Ob. Cit.*, págs. 411-412-419-424-594.

Era la etapa en que se organizaba un modo distinto de producción que debía imponer a un conjunto de trabajadores supuestamente "libres", el orden y la jerarquía del capital. El Estado tenía que impulsar ese orden y la medicina pronto se vió atrapada en la trama de esa necesidad histórica de la "política social".

Poulantzas⁽⁸⁾, describe esta etapa, como el momento en que se "... asiste a la formación de los conceptos de 'pueblo' y de 'nación', como principios constitutivos de un Estado que se supone que representa el interés general". Podría señalarse por último, que el absolutismo es la época en que aparece la gran contradicción de los servicios en el capitalismo, su carácter dual en el que asientan los "límites y ventajas" para las clases antagónicas: La burguesía tuvo que reconocer a regañadientes, por necesidad objetiva, el carácter social o de clase del obrero y darle servicios, pero ese rescate le significó la aceptación de que su opositor forma un cuerpo social "común", unitario. Como clase dominante trató de "llevar el agua a su molino" y rescatar el carácter colectivo de la fuerza de trabajo, pero sólo en sus implicaciones productivistas. Por otro lado, desde entonces el obrero, las clases populares y sus aliados trataron de desarrollar la contradicción en la dirección de lo auténticamente social.

En lo que respecta a Latinoamérica, no conocemos investigaciones panorámicas, que sistematicen a nivel regional lo que aconteció con ese tipo de problemática durante los Siglos XVIII y XIX. Sin embargo, el carácter feudal, o semifeudal, o capitalista embrionario de sus formaciones

económicas sociales durante el período revisado para Europa (formaciones en las que la hegemonía de los burgueses se abrió paso lentamente contra la resistencia latifundista y bajo la dominación del imperialismo), nos hace suponer que los principios de Frank deben haberse asimilado, aunque tardíamente, conservando en alto grado su carácter de "policía médica".

EL INTERMEDIO CIENTIFICISTA Y SU CRISIS

El último cuarto del Siglo XIX, marca el inicio, sobre todo para las potencias capitalistas, de una declinación de la policía médica y abre paso a una etapa de acelerado desarrollo del enfoque que denominaremos científico. Interrumpe la preocupación por lo biológico-individual, expresada en una nueva comprensión del cuerpo (desde entonces la "máquina humana"), en la adopción de nuevas bases para la investigación médica (patología, anatomía patológica y fisiología), y en la implementación de acciones curativas consistentes en la reparación instrumental de segmentos aislados de esa "máquina corporal". Así se llega a relegar a la "higiene", a la "terapéutica" y a la "semiología", que eran los pilares de la medicina oficial, integradora y "social" del período anterior.

Si seguimos la evolución histórica de las sociedades como la inglesa, podremos comprender las bases estructurales de ese giro de la práctica médica y las causas del período transitorio de rechazo o postergación que se dará para con la medicina "pública", (o de la comunidad" o "policía médica") y que habría de durar desde fines del Siglo XIX hasta hace unos veinte años cuando reaparece en el contexto del moderno im-

8) Poulantzas. Poder Político y Clases Sociales en el Estado Capitalista. México, Siglo XXI, Ediciones: AA. 11ª Ed. pag. 205, 1975.

perialismo, con nuevos recursos, pero con semejantes implicaciones. Observamos algunos puntos sobre las condiciones estructurales que condicionan el cambio.

La clave nos la da Marx⁽⁹⁾, con sus investigaciones sobre la duración de la jornada de trabajo en Inglaterra. Dicho autor demostró la forma como hasta aproximadamente los años 60 del Siglo XIX, el sistema de explotación capitalista se desarrolló a base de un aumento de la jornada laboral (extracción de plusvalía absoluta), pero luego, la aparición de movimientos obreros organizados y el grado de deterioro que las prolongadas y extenuantes jornadas produjeron en la fuerza de trabajo, determinaron la necesidad de que fueran promulgadas leyes de limitación compulsiva del día laboral, con lo cual se revirtió la tendencia al aumento, y se inició un período de implementación de formas de trabajo intensivo que permitieron una explotación en menor tiempo (extracción de plusvalía relativa*).

De una era de explotación inmisericorde, en extremo destructora de la fuerza de trabajo (incluso mujeres y niños), a la que se necesitaba fundamentalmente controlar, se pasa a un período en que ese modelo de explotación agotó sus posibilidades, abriéndose una etapa en que fue necesario estudiar el rendimiento del cuerpo humano y protegerlo, para obtener de él igual productividad en una jornada más corta y saber reparar los posibles daños de una fuerza laboral cada vez más difícil de conseguir, más cara, y más consciente de sus derechos. Así se abrió el paréntesis cientificista, que descartó momentáneamente la "policía médica".

*) Una explicación resumida de las formas de plusvalía descritas por Marx, presenta Sweezy, en su obra: Teoría del Desarrollo Capitalista. Ediciones del Fondo de Cultura, págs. 76-77.

Veamos algunos párrafos de la obra de Marx, que destacan los cambios que dejamos anotados.

A) **Aumento de la Jornada:**

"Después que el capital se tomara sigilos para extender la jornada laboral hasta sus límites normales máximos y luego más allá de éstos, hasta los límites del día natural de 12 horas, tuvo lugar, a partir del nacimiento de la gran industria en el último tercio del siglo XVIII, una arremetida violenta y desmesurada como la de un alud. Todas las barreras erigidas por las costumbres y la naturaleza, por la edad y el sexo, por el día y la noche, saltaron en pedazos"⁽¹⁰⁾.

B) **Reducción del día laboral:**

"No bien la clase obrera, aturdida por el estruendo de la producción, recobró el conocimiento, comenzó su resistencia, y en primer lugar en el país natal de la gran industria, en Inglaterra"⁽¹¹⁾. "Por tanto, si esta prolongación antinatural de la jornada laboral por la que pugna necesariamente el capital, en su desmesurado impulso de autovalorización, acorta la vida de los obreros individuales y con ello la duración de su fuerza de trabajo, será necesario un reemplazo más rápido de las fuerzas desgastadas, y por ende, será la suma exigida para cubrir los gastos de desgaste... Parece, por consiguiente, que el propio interés del capital apuntará en la dirección de una jornada laboral normal"⁽¹²⁾.

La preocupación por proteger al obrero e impulsar un modo de trabajo más ágil y eficiente que permitiera lograr en menor tiempo una alta tasa de ganancia, fue el

10) Marx K. Op. Cit., pág. 335.

11) Ibid., pág. 336.

12) Ibid., pág. 320.

punto de contacto, en esta nueva fase, entre las demandas de la producción capitalista y las actividades de investigación en la medicina.

Bauer⁽¹³⁾, describe exhaustivamente aquella etapa en que se comenzó a estudiar meditada y sistemáticamente el rendimiento del cuerpo humano. Área de investigación que se inicia, como lo hemos dicho antes, porque para la producción fabril urbana, era crucial la exploración de la "fisiología del trabajo" con el objeto de medir los fenómenos de utilización y desgaste energéticos, de inventar métodos para reducir la fatiga, y efectuar estudios cuantitativos de racionalización biológica. En cambio, para la producción agrícola tropical, era indispensable emprender la investigación de las formas de patología microbiana y parasitaria que mermaban la capacidad de producción del trabajador campesino. El avance de este proceso implicó por tanto el desarrollo de recursos para la investigación y el tratamiento y llevó aparejado el surgimiento de los grandes hospitales de alta tecnología y de complejos institutos de investigación. Los Estados Unidos, pronto se convirtieron en los promotores básicos de la nueva tendencia, para eso tuvieron como punto de arranque fundamental las millonarias inversiones que efectuó la empresa privada, para implementar las recomendaciones del Reporte Flexner,⁽¹⁴⁾ que fue un estudio, financiado en 1910 por la Fundación Carnegie, para sentar las bases de un plan de desarrollo de la medicina científicista.

13) Bauer, O. Capitalismo y Socialismo en la Postguerra; Racionalización, Falsa Racionalización. Madrid, Edit. España, 1932.

14) Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada-Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin N° 4, New York, 1910.

CRISIS DE LA MEDICINA FLEXNERIANA

El citado Reporte Flexner, marcó el inicio del movimiento de institucionalización de la medicina científicista en los Estados Unidos, la cual alcanzó rápidamente un vertiginoso ritmo de desarrollo porque recibió el empuje millonario de las corporaciones privadas y del Estado⁽¹⁵⁾.

Las fundaciones poderosas, lejos de respaldar la tesis de Flexner por razones de desprendimiento y entrega al progreso de la educación médica, lo que estaban logrando con mucha visión era construir las bases para la medicina del nuevo capitalismo, del capitalismo monopolista financiero.

La medicina "científica", así como otros recursos superestructurales, alcanzó nivel de prioridad porque representaba un instrumento para la reproducción eficiente de la más preciada "mercancía": la fuerza de trabajo. En efecto, desde el punto de vista del capital monopolítico, el proletariado debía ser mantenido en óptimas condiciones porque su productividad era un ingrediente básico de la eficiencia para la acelerada acumulación de capital, que era el factor "sine qua non" para subsistir en una lucha económica en la que eran eliminadas las unidades productivas ineficientes.

Además, como lo expresa Navarro⁽¹⁶⁾,

15) Según lo puntualiza Berliner en su documento: (Beriner, G. A Larger Perspective on the Flexner Report. International Journal of Health Services, 5 (4), 1975).

"Para 1934, las nueve fundaciones más grandes entregaron 154 millones de dólares para la reforma de la Educación médica, siguiendo las líneas flexnerianas".

16) Navarro, V. Social Class, Political Power and the State, and their implications in Health and Medicine. Baltimore, John Hopkins University, pág. 40, 1976.

refiriéndose al efecto ideológico de la aplicación de la medicina flexneriana en los Estados Unidos, lo que buscaba era "una ideología que al ver el peso de la enfermedad como algo que afectaba al individuo y enfatizar la respuesta terapéutica individual, absolvía a los factores económicos y políticos de toda responsabilidad frente a las enfermedades".

Fue así como desde la primera década del presente siglo, Norteamérica como país que capitaneó el desarrollo del capitalismo monopolista, se convirtió en el principal núcleo irradiador del cientificismo médico hacia el resto de mundo capitalista.

Kelman⁽¹⁷⁾, describe el salto que experimentó la medicina norteamericana, como el paso de una medicina artesanal, individual, basado en el pago personal de honorarios y cuya tecnología estaba representada en el pequeño maletín, a una etapa en la que fue necesario poner énfasis en la ciencia, desarrollar toda una práctica individual privada (léase: liberal típica) y que rebasó las formas de control tradicional de la medicina.

El "bastón" de poder tuvo que pasar del sector de médicos "practicantes" al núcleo de médicos "investigadores", quienes pronto captaron la dirección de la AMA (Asociación Médica Americana) y a través de ella la hegemonía ideológica sobre todo el sistema. La importancia de esa conquista política del órgano de gestión gremial (la AMA), consistió en que hizo posible el vínculo orgánico del grupo de médicos investigadores con la clase capitalista⁽¹⁸⁾, vínculo que cerraba el nuevo ciclo de cohe-

rencia de una medicina subordinada a la acumulación de capital, que para articularse eficientemente al capital monopolístico, debía mantener un alto nivel de tecnología.

Por último, uno de los aspectos más significativos que completa el conjunto de antecedentes que permiten comprender el origen y luego la crisis de la medicina científicista, es el problema del costo de los servicios.

Ya explicamos anteriormente, que el carácter tecnológico de esta medicina, condujo a la construcción de una infraestructura de servicios, de alta complejidad (hospitales, centros médicos; institutos de investigación). Sobre esa base se desarrolló una dinámica interna, que distrajo fondos de servicio para destinarlos a la investigación y que requirió un gran volumen de personal altamente calificado. Por consiguiente, este modelo de atención, se desarrolló como un proceso de alto costo que fue operable sólo en la medida en que se apoyó en una sólida base financiera.

Para esas condiciones, las dos fuentes posibles de financiamiento han sido:

- a) Las inversiones del sector monopolístico; y,
- b) Las subvenciones estatales.

Es lógico pensar que cualquiera de los dos aportes se da únicamente bajo un riguroso análisis de costo-beneficio, entendiéndose por beneficio la productividad de las acciones de salud; y, en caso necesario, el efecto político de las mismas, en el sentido de su contribución a la legitimización del sistema capitalista.

Más, el sistema capitalista genera sus propias contradicciones y enfrenta hoy la existencia de una masa enorme de fuerza de trabajo desocupado o subempleada cuya protección y mantenimiento no es, en el

17) Kelman, S. Hacia una economía Política de la Atención Médica. Inquire, 8 (3), (trad.), 1973.

18) Berliner. Op. Cit., pág. 589.

sentido estrictamente productivo, una necesidad del sistema, sino por el contrario un gasto "improductivo" que distrae fondos que podrían incorporarse a la dinámica de el capital. Esa es la lógica de una sociedad productivista, pero, tampoco la clase dominante puede dejar en la miseria y abandonar el control de esa masa popular de los barrios urbanos pobres, de los sectores rurales no asalariados, de las familias del proletariado. Es precisamente esta contradicción el punto clave para la comprensión de la crisis de utilidad y operabilidad de la medicina "científica", puesto que no puede extenderse la cobertura con servicios de alto costo, tanto por los límites financieros de un sistema productivo que inicia su fase decadente, cuanto porque el esfuerzo de extender una medicina de alto costo a sectores sociales poco productivos, no corresponde a las necesidades e ideología de las clases que toman las decisiones.

Hemos tomado datos de informes de comisiones de alto nivel de los Estados Unidos y Canadá a manera de ejemplos, para demostrar cuanta preocupación existe por el problema de costos y extensión de cobertura.

El reporte del Comité Canadiense de Centros Comunitarios de Salud⁽¹⁹⁾, habla de alarmante crecimiento de los rubros de gasto en el sistema de salud del Canadá, que durante el período 1955-68 alcanzó un promedio de incremento anual del 10,7%, de tal forma que para 1968 los gastos de ope-

ración y "capital" correspondieron al 6,6% del P.N.B. (Producto Nacional Bruto). El mismo estudio señala que para 1971 el porcentaje total de incremento presupuestario para la salud llegó al 12,5% y destaca que la tasa de aumento para gastos de cuidados hospitalarios de casos agudos fue del 14%. Mostrando al fin cálculos proyectivos que demuestran que de persistir los niveles actuales de incremento para 1981, los costos del sistema de salud corresponderán al 7,4% de Producto Nacional Bruto. Los autores del informe manifiestan:

"La cuestión es, por tanto, no cuanto estemos gastando, sino, que obtenemos a cambio del dinero invertido"⁽²⁰⁾.

La conclusión básica del informe, es la de que los centros comunitarios "ofrecen una forma de disminuir la tasa de incremento en los gastos de salud" y de aumentar los beneficios de quienes invierten.

Como en el caso canadiense, en los Estados Unidos y en los países occidentales de Europa los planificadores de salud observan alarmados el rápido crecimiento del costo de los sistemas de atención. Estadísticas elaboradas por R. Maxwell y citados por Navarro⁽²¹⁾, demuestran por ejemplo, que en ninguno de esos países durante el año 1973 se invirtió menos del 5,3% del Producto Nacional Bruto en la atención de salud, pese a lo cual persisten sectores muy amplios de población no cubierta y/o deficientemente atendida. Puede uno imaginarse cual es el problema para los países latinoamericanos cuyos gastos de salud difícilmente rebasan el 2% del Producto Nacional Bruto.

Los motivos para la crisis de la medicina "científico-hospitalaria", se hacen a

*) Este fenómeno es menos significativo para los países colonizados en los que se elaboran pocas investigaciones de magnitud que logren por sí mismos elevar los costos.

19) Community Health Centre Project Commite. The Community Health Centre in Canada. Publication of the Canadian Health Centre Project.

20) Ibid., pág. 12.

21) Navarro, V. Op. Cit., pág. 56.

todas luces evidentes. Costos en ascenso, lenta e ineficiente oferta de servicios, cobertura restringida y por otro lado la conciencia popular golpeando con fuerza creciente a las puertas del sistema.

El capital monopolístico implica una compleja división social del trabajo, que se traduce en una especialización general de la que no escapan los servicios de salud, lo cual encarece la reproducción del personal. El capital invade todos los ámbitos en su afán de lucro, comercializa los servicios encareciéndolos. La concentración de capital va emparejada a la proletarianización de las masas, y en general, la acentuada socialización* de la producción genera la necesidad de una mayor intervención que asegure la acumulación privada de capital y poder.

Esa es la dinámica contradictoria en la que se inscribe, a partir de los años 60, la aparición de la alternativa: medicina comunitaria.

Es la única salida del capitalismo para el caso de los problemas de la salud popular, es la manera como se logra atender niveles mínimos de las demandas sociales y condiciones básicas para la productividad de ciertos sectores, sin alterar las relaciones de producción (formas de propiedad) ni disminuir significativamente la cantidad de dinero que entra a formar parte del capital, o de los gastos que estimulan su crecimiento.

Cuando ubicamos a la medicina "comunitaria" como alternativa imperialista, entiéndase que no cuestionamos el valor intrínseco de la medicina social, sino que impugnamos el uso exclusivo de la medicina

*) Socialización en este caso significa que la producción de bienes o de servicios depende de sectores cada vez más amplios de la fuerza laboral.

de primer nivel como estrategia de servicio barato, conciliador y de deformación política.

De no ser por la solución exclusivamente comunitaria, el Estado capitalista se vería obligado a incorporar al modelo de atención, recursos de todo nivel para extender la cobertura hacia los sectores populares, entregándoles un sistema integral de atención; pero a esa alternativa implicaría un masivo incremento del porcentaje del Producto Nacional Bruto, destinado a la salud, con la correspondiente disminución de los fondos de inversión capitalista, aspectos que no son viables dentro del marco estructural del capitalismo*.

El avance del proceso no sólo ha impuesto crecientes demandas ante los grupos hegemónicos de las débiles economías latinoamericanas, los colosos imperialistas sufren severamente el peso de las contradicciones. Y es así como, igual que en 1910, cuando grandes corporaciones estuvieron prestas a gastar a través de sus apéndices, las fundaciones privadas (i.e. Carnegie, Rockefeller), ingentes sumas para la financiación de la reforma médica Flexneriana, hoy volvemos a encontrar la mano imperialista tras de las mismas fundaciones, entregando cuantiosos "grants" y subsidios, pero esta vez a proyectos de "comunitarización"

*) Sobre todo, los países capitalistas de América Latina, gastan menos de 2% de P.N.B. en salud. Un gasto mayor sólo se lograría por: a) mayor % de presupuesto estatal para salud; b) absorción por parte de Estado del P.N.B. para racional distribución en la que el rubro de salud alcance prioridad; c) mayor gasto de familias del pueblo en salud; y, d) aumento significativo del ingreso nacional por menor salida o expropiación de divisas hacia el extranjero, y otras. La aplicación de cualquiera de esas medidas no es viable dentro del marco estructural del capitalismo.

de la medicina. Es el caso del Reporte Carnegie⁽²²⁾, equivalente en importancia para la medicina comunitaria al Fexner de la era biológico-individualista, y cuyas recomendaciones señalaron las debilidades del modelo fexneriano, así como los déficits "que ha generado" planteando la necesidad de una urgente complementación de medidas financieras, administrativas y educacionales por parte del Estado y universidades norteamericanas, tendientes a lograr una deselitización (desfexnerización) de la medicina*. Lógicamente esas proposiciones han alcanzado un respaldo financiero muy grande.

La Fundación Rockefeller, ha impulsado la preocupación por la "Comunidad" con un ímpetu envidiable. Ha financiado proyectos en Asia, Africa, Estados Unidos y América Latina. En septiembre de 1968, auspició la reunión de 22 hombres claves en Bellagio, Italia, como un intento para facilitar a sus asiduos "pensadores sociales" la conformación de un marco conceptual para

la "nueva medicina social", el resultado fue un voluminoso documento⁽²³⁾ que resume las más importantes experiencias de elaboración conceptual y experimentación metodológica imperialistas en programas de la comunidad.

Por el estilo, tenemos muchos ejemplos de utilización de la medicina "comunitaria" por los organismos burgueses de gestión, los hemos considerado, dejando a un lado las experiencias promovidas por los grupos progresistas de los gobiernos y de las universidades latinoamericanas, porque consideramos que el diferente carácter de estos últimos amerita un tratamiento por separado.

En esta parte quisimos ubicar en el tapete de la crítica a los programas oficiales cuyas limitaciones y potencialidades la historia se ha encargado de demostrar a los explotadores y explotados. ¿Cuáles lograrán utilizarlos en mejor forma para sus intereses de clase?

LA POLICIA MEDICA CONTEMPORANEA

Vistas las cosas de esa manera, los "servicios de medicina comunitaria", ya no se muestran tan "comunitarios", ni como exclusivamente "médicos". Empezamos a concienciar sus lados ocultos y a discutir los motivos que esconden. Logramos entender que en una sociedad de clases la "comunidad" no existe, sino que es una etiqueta mistificadora que se les pone a los campesinos pobres, a los subproletarios de la ciudad, y a los familiares de obreros y que el beneficio último de los programas que se

22) Carnegie Commission. Report in Health Manpower Education. 1970.

*) El Reporte Carnegie (Op. Cit.), cuyas recomendaciones están implantándose con el poderoso respaldo de la empresa privada, plantea como metas para 1980; en resumen: a) Apertura de los centros médicos universitarios a los problemas de servicio, integración docente-asistencial; b) Expansión y aceleración de los programas de entrenamiento para todo tipo de personal (incluso personal medio); c) Integración curricular: de ciencias básicas con materias profesionales; d) Incremento del 50% de plazas para estudiantes, favoreciendo ingresos provenientes de clases populares y grupos minoritarios, preocupación por demandas estudiantiles; y, e) Mejor distribución de servicios, construcción de 9 centros universitarios de ciencias de la salud, 126 centros de educación en salud y un "cuerpo nacional de servicios sanitarios".

23) Latham, W. and Newsberry, A. Community Medicine, Teaching, Research and Health Care. New York, Appleton, Century-Crofts, Isted, 1970.

aplican, no se realiza como un auténtico "servicio" de carácter "médico", sino como un complejo de acciones de "concesión" y "represión" cuya finalidad en última instancia, es la estabilidad de la producción capitalista y la legitimación de su sistema político.

Si los organismos imperialistas o pro-imperialistas no pueden operar sobre "comunidades" y sus acciones médicas de nivel primario no son esencialmente de servicio médico, preferimos, buscar para la "medicina comunitaria" un nombre que contribuya a evidenciar sus verdaderas dimensiones, que advierta llamativamente sus facetas escondidas. Por eso hemos pensado denominar a las "formas de práctica médica comunitaria, cuyo efecto beneficia principalmente los intereses de las clases hegemónicas", como: "Sistema Moderno de Policía Médica", aunque para hacerlo debamos, si cabe el término, "violentar" los límites de las estrictas definiciones.

En efecto, se podría concluir, que es erróneo extender ilimitadamente la denominación de "policía médica", que correspondió a un tipo de gestión sanitaria oficial de la Europa absolutista, a la contemporánea medicina de comunidades. Más nuestra intención es resaltar una comparación y destacar ciertas similitudes (limitadas) entre dos tipos de acción médica oficial, cuyos rasgos comunes son la inclusión del dominio social en el marco de referencia de la problemática de salud, con su sentido de ejercicio de poder y control del Estado Capitalista en el espacio de la práctica médica. Ambas implican beneficio indirecto para su respectiva fase de la productividad capitalista.

La "moderna medicina comunitaria", no es una réplica de la "policía médica" del Siglo XVIII, es una nueva modalidad de la

labor policial, más refinada y menos manifiesta. En lugar de la dirigencia sanitaria compulsiva y explícita, controla mediante la penetración subrepticia. Persuade, llama a la participación poblacional y jerarquiza a las gentes de manera "invisible", en lugar de imponerse explícita y autoritariamente.

La "policía médica" nació en el capitalismo embrionario, buscó reforzar desde el campo de la acción sanitaria condiciones favorables al desarrollo de la manufactura. A través de ella se anhelaba apoyar la vigencia del poder absolutista, afirmar un orden, canonizar una sociedad que estaba desalineada para el régimen naciente. Su instrumento básico fue la legislación pública, el código policial, expresiones manifiestas y tajantes de la necesidad de apoyo a una forma de productividad que hacía su debut y se consolidaba de entre los escombros del feudalismo. En cambio, la "medicina comunitaria", refleja en la sofisticación de sus métodos de penetración, en el fetichismo de la autogestión (participación) comunitaria que tanto preconiza, la capacidad de manipulación velada y los recursos de legitimación de un capitalismo más hábil y poderoso, que espía y penetra la colectividad por medio de una medicina simplificada, generando la represión, el control y el ordenamiento poblacional, de manera oculta y bajo la apariencia de una técnica de extensión de servicios.

Para explicarnos la medicina comunitaria como un instrumento de intervención política estatal, tenemos que analizar: primero, las condiciones objetivas del fortalecimiento y expansión del Estado; luego, tendríamos que desentrañar los objetivos ocultos de los programas comunitarios; y finalmente, describir los mecanismos de esa intervención, señalando cuales de ellos tienen

mayor peso específico en las acciones "médicas".

Veamos cada uno de estos aspectos.

La base objetiva, estructural para la aparición en la etapa monopolista (imperialismo) de un estado fuerte, ya quedó trazada en las secciones precedentes, sólo queremos retomar para el efecto de nuestra explicación los planteamientos de Lenin, resumidos por Sweezy⁽²⁴⁾.

La centralización del capital y el crecimiento del monopolio, a diferencia de lo que podría pensarse, generan en la etapa económica imperialista, mayor anarquía que la que se dio en la etapa de libre competencia.

Cada productor monopolista intenta realizar sus intereses privados a expensas de la estabilidad de todo el sistema. El Estado por lo tanto tiene que vigorizarse para moderar esas desviaciones, toda vez que la libre oferta y demanda ya no existen como factor de equilibrio. En esta misma dirección, el poder Estatal tiene que proteger a los capitales menores de la voracidad monopolista, y para eso, busca controlar los servicios y fuentes de energía. Finalmente, y dentro de esta misma tendencia, el Estado absorbe aquellas unidades productivas (o servicios) que son demasiado costosas, riesgosas y poco productivas.

Este primer grupo de razonamiento nos explica por qué la medicina de los pobres (proletarios y no proletarios) es paulatinamente absorbida por el Estado, nos hace comprender el sentido equilibrado de la expansión de los servicios nacionales, de las tendencias "socializantes" que tanto pue-

den confundir. La conformación de la seguridad social, al principio, y hoy la compensación estatal comunitaria de bajo costo "enfrenta" al monopolio de las grandes empresas médicas, y entran en la dinámica que dejaron descrito, puesto que "nacionalizan" con el menor gasto posible los servicios de protección y mantenimiento de la fuerza de trabajo y contrarrestan las excesivas aspiraciones de lucro en el campo médico, que tanto elevan los costos sociales y ponen en riesgo la imagen humanitaria y la seguridad del sistema. El Estado persigue, por esta misma razón, la neutralización del poder de los grandes profesionales.

Respecto a este mismo tipo de médicos, tenemos que destacar el papel del Estado interventor como instrumento de ampliación del mercado de medicamentos, equipos médicos, insumos generales y de empleo.

La unidad, poder y conciencia cada vez mayores de los grupos populares organizados, así como la agudización de la miseria, también deben ser controlados por un Estado vigoroso, por eso en el capitalismo se tiende a desarrollar mecanismos de "concesión" y "represión", así como a debilitar los cuerpos colegiados legislativos y fortalecer un poder centralizado ejecutivo; la "medicina comunitaria" (léase: policía médica) es uno de los mecanismos de represión-concesión más adecuados.

Así quedan analizados las razones por las cuales reaparece con el imperialismo, un estado "policial", que actúa como base para el desarrollo de la "medicina comunitaria", y que le imprime dos direcciones principales:

a) "medicina comunitaria" como instrumento de estímulo y racionalización para la productividad; y,

24) Sweezy, P. Teoría del Desarrollo Capitalista. México, Fondo de Cultura Económica, 1ª Edición, pág. 348, 1974.

- b) "medicina comunitaria" como instrumento de legitimización del aparato político.

Cada una de esas funciones se cumple a través de "mecanismos", cuya descripción resumida presentamos, tomando como base las tesis de Lenin y algunos aspectos de la obra de Navarro⁽²⁵⁾, a los que hemos modificado para fines de explicación.

a) **Medicina Comunitaria como Mecanismo de Estímulo, Racionalización y Redistribución para la Productividad.**

En este caso, nos estamos refiriendo a un modo de intervención directamente relacionado con la esfera económica, y cuya finalidad es la regulación de la dinámica productiva.

Debe quedar claro que los "servicios médicos comunitarios" no pueden articularse directamente con la producción de bienes, pero pueden apoyarla y defenderla desde la esfera de la circulación y las imposiciones políticas.

a 1) **Medicina Comunitaria como Estímulo de la Productividad.**

Este mecanismo se realiza principalmente, porque estimula el consumo de recursos terapéuticos e infraestructura, ampliando el mercado para los productores de los mismos. Además, al operar sobre la fuerza de trabajo campesina y de sectores urbanos no asalariados, incrementa su capacidad "funcional" para el sistema ya que facilita un mayor grado de productividad y ahorro de las familias del pueblo, lo cual produce como consecuencias: mayor capa-

cidad de consumo y mejor estado familiar para la producción. En este sentido es impresionante la elocuencia del Banco Mundial, cuando en uno de sus documentos referido a "Política Sectorial"⁽²⁶⁾ define a los planes para mejorar la salud como una inversión productiva y cita como ejemplo un proyecto de tratamiento con hierro elemental efectuado en Indonesia para campesinos anquilostomiásicos, en el que por cada 43 centavos de dólar invertidos se obtuvo un aumento de productividad del 19%. (coeficiente costo beneficio de 1 a 280)*.

a 2) **"Medicina Comunitaria" como mecanismo racionalizador.**

Posibilita el ahorro de gastos en la atención de las insoslayables demandas en salud, permitiendo destinar esos fondos ahorrados a la esfera productiva. Este lo consigue básicamente por ser un sistema de amplia "cobertura" a bajo costo; y, además porque se constituye en la base de operaciones desde la que se puede entregar a la población humilde sustitutos baratos de la dieta normal, o productos anticonceptivos que tratan de racionalizar la miseria. También permite economizar gastos en el pago

26) Banco Mundial. Política Sectorial de Salud

*) Basados en este tipo de lógica, autores como Kerr White (en Latham, W, y Newberr, A. Op., Cit., págs. 246-250) plantean la necesidad de implantar como criterio de evaluación de programas comunitarios; el grado de funcionalidad productiva) que se obtiene para individuo y comunidad, midiendo principalmente el grado de transformación que se logra sobre: la incapacidad (disability); molestar (discomfort); descontento (discontent); morbilidad percibida (disease) y mortalidad (death), recalcando los 4 primeros criterios porque influyen más claramente en la "productividad, capacidad funcional y bienes.

25) Navarro, V. Op. Cit., pág. 46.

de personal porque utiliza recursos comunitarios, personal de baja calificación y estudiantes universitarios. En este sentido, aun las universidades caen en esa dinámica racionalización, tan impulsada hoy por el Estado y los organismos imperialistas, a veces sin tomar conciencia de los riesgos y de la necesidad de superar en la acción, la labor policial.

a 3) **Medicina Comunitaria como mecanismo de Redistribución.**

Según las necesidades y las características de cada formación social capitalista, la medicina comunitaria²² sirve como instrumento de redistribución, sea para ahorro y productividad populares (concesión) o sea para beneficio de la burguesía (desarrollismo represivo, que se expresa en el ahorro popular obligatorio o inevitable para capitalización).

b) **Medicina Comunitaria como Instrumento Coercitivo y de Legitimización.**

En torno a los mecanismos antes descritos de control y regulación económica, que contribuyen a evitar la ruptura anárquica del capitalismo monopolista, la "medicina comunitaria" vehiculiza otro tipo de intervenciones que completan la imagen coherente de un nuevo sistema de policía médica. Dividimos a dichos mecanismos, como sigue:

b 1) **"Medicina Comunitaria" como mecanismo a la salud integral.**

En este momento histórico, en la mayor parte de los países de la esfera imperialista, la medicina comunitaria actúa como una "pequeña concesión" que logra niveles mínimos de servicio, extendiendo en cambio

la imagen de un estado humanitario. Es esta la diferencia más importante entre la finalidad de la policía médica en una sociedad capitalista y la medicina social en una formación socialista. En esta última, la medicina de nivel primario se asienta sobre una estructura que genera igualdad y salud, y se ofrece universalmente a la población como primer escalón de un sistema completo, no sólo como un recurso barato y limitado para los pobres.

b 2) **"Medicina Comunitaria" como mecanismo ideológico.**

Los programas de educación comunitaria generan y difunden valores sustitutivos a los verdaderos intereses de las clases populares, contribuyen a excluir o distorsionar las ideas que expresan dichos intereses. Además, al propio personal de salud transmiten un cuerpo de conceptos falsos sobre la sociedad, el origen de las enfermedades y las acciones que deben efectuarse para solucionar los problemas de salud*. Ocultan las bases estructurales del proceso salud-enfermedad. Este mecanismo es muy complejo y amerita ser desarrollado en sección aparte.

b 3) **"Medicina Comunitaria" como mecanismo disciplinario.**

Es tal vez el mecanismo menos aparente y por eso es uno de los de mayor penetración. Consciente en que el aparato

*) Un programa canadiense dice que: "...entre los ejemplos de "enfermedad" personal y social están los trastornos mentales, farmacodependencias, delincuencia, alienación entre padres e hijos, violencia personal y violencia contra las instituciones establecidas de la sociedad". (COMMUNITY CENTRI PROYECT. Op. Cit., pág. 10).

médico burocrático al penetrar en el barrio o en la colectividad rural, va tejiendo en forma paralela a las tareas de servicio y gracias a su poder de infiltración, una red invisible de vigilancia que penetra en la vida cotidiana del sector, de la familia o del individuo, con una triple función: ejercer, poner en vigencia la jerarquía del burócrata como representante del Estado; retroalimentar a los centros estatales, información sobre los hechos sociales importantes; y, lograr el buen encauzamiento por medio del aparato disciplinario que conlleva y que mediante recompensas y castigos sanciona las conductas "normales" de acuerdo a los intereses dominantes.

Deutscher⁽²⁷⁾, explica por qué en la sociedad capitalista la "ficción burguesa de igualdad ante la ley" crea la apariencia de una "gran separación entre la maquinaria del Estado y las demás clases" y por eso la burocracia (en el caso que nos ocupa la burocracia sanitaria) aparece como una jerarquía especial cuyo poder es aceptado como una condición natural de la vida colectiva, como producto de ciertas capacidades especiales del burócrata. De esta manera el poder del Estado subrepticamente, se ramifica y se asienta en las entrañas del pueblo.

En su obra: "Vigilar y Castigar", Foucault⁽²⁸⁾, trae un análisis muy agudo de las implicaciones de esos "aparatos disciplinarios", que inadvertidamente pesquizan al pueblo, cuyo éxito "se debe sin duda al uso de instrumentos simples: la inspección jerárquica, la sanción normalizadora y su combinación en un procedimiento que le es específico: el examen".

A través de esos instrumentos la "medicina de la comunidad" plasma la presencia del "ojo" estatal, una forma de "vigilancia jerárquica" que al operarse paralela al servicio, eleva la visibilidad del Estado, y consolida los últimos estratos de un sistema de liderazgo que logra, entre otras cosas, generar un tipo de poder discreto que sustituye a la fuerza violenta, y se ejerce por un sistema de gratificaciones y sanciones cuya meta es la normalización de la población, ajustada a los intereses dominantes.

Lo anterior, quiere decir, que en los aspectos de salud-enfermedad de una colectividad inserta en el capitalismo se establecen normas o patrones normales, adaptados a la productividad y a las necesidades de dominio político: "Lo normal se establece como principio de coerción...", tanto en la organización jerarquizada "personal-comunidad participante", cuanto en las medidas de normalidad que los servicios elaboran, como fichas clínicas, encuestas, dinámica de grupos, etc., las que omiten discretamente las condiciones verdaderas de salud y muestran sólo lo que es necesario de acuerdo a los objetivos de productividad y legitimización. Tanto es así, que por ejemplo, uno de esos hombres claves de la antes citada reunión de Belagio⁽²⁹⁾, plantea la necesidad de conseguir prioritariamente dos metas: devolver funcionalidad y aliviar el malestar de la morbilidad sentida. En otras palabras, lo que este autor ha resumido son las normas con las que opera la policía médica, y aún añade: "Esta evaluación puede extenderse para incluir otras formas de interrupción social, asociadas con desempleo, disturbios de la conducta; delincuencia y crimen". (La organización política y

27) Deutscher, I. Op. Cit., pág. 20.

28) Foucault, M. Vigilar y castigar. México, Siglo XXI, Editores, S.A., 1976.

29) White, K. en Lathem, W. and Newberry, A. Op. Cit., pág. 248.

la lucha por los derechos, para estos ideólogos de la burguesía son: "disturbios" que hay que detectar y devolver a lo normal).

b 4) **"Medicina Comunitaria" como mecanismo represivo-coercitivo.**

Forma unidad con el mecanismo antes descrito, pero se expresa en acciones más concretas y tangibles. Se refiere en primer término al control de procesos y grupos de decisión. El equipo de salud comunitario usualmente, penetra las organizaciones populares de menor conciencia y con o sin intención los infiltra de valores pequeño-burgueses y/o de consignas del Estado. Igualmente, forma organizaciones sustitutivas acerca de problemas menores, vinculados más a las metas del Estado que a las necesidades de las clases atendidas.

En segundo lugar, la puesta en vigencia de leyes particulares, como las disposiciones del código sanitario, pueden desembocar en el desempeño de un papel coercitivo por parte del equipo de salud, como es el caso de la aplicación del articulado referente "higiene ocupacional", "educación para la salud", etc.

La propia organización jerárquica de los servicios, montada sobre una profunda división social de trabajo, implica un mecanismo represivo, en que las funciones del personal de extracción popular y el control de los mismos por parte de sus superiores

tienden a separarlo de los intereses de su grupo de origen.

Finalmente, mecanismos directamente represivos como la planificación familiar y la entrega condicionada de sustitutos alimenticios, acaban por conformar el cuerpo metodológico de la "nueva policía médica".

Lo que se ha dado por llamar, "medicina comunitaria" encierra una metodología de acción potencialmente liberadora que se pierde en medio de una trama de distorsiones ideológicas y engaños operativos. Nuestra tarea consiste en develar los engaños y rescatar los métodos que pueden constituirse en nexos efectivos de la medicina con la sociedad a la que se debe, bajo los principios de la auténtica medicina social y de la lucha de liberación popular.

En resumen, la tesis central que está implícita en este trabajo, es la de que las contradicciones del capitalismo en su fase avanzada condicionan la aparición de una nueva etapa de acelerado desarrollo de la acción "policia" a través de la medicina y de que es indispensable estudiarla rigurosamente para saber que es lo que debemos hacer, si nuestro objetivo es servir los intereses del pueblo.

A manera de una recapitulación final, presentamos el cuadro número 2, que muestra los principales elementos de comparación entre lo que podríamos denominar la **aparencia** de los programas oficiales de "medicina comunitaria" y su **realidad**, a la que nosotros hemos denominado la nueva policía médica del capitalismo.

CUADRO Nº 2. LA MEDICINA "COMUNITARIA" EN EL ESTADO CAPITALISTA (MEDICINA DE NIVEL PRIMARIO, DE PRIMER CONTACTO)

<p style="text-align: center;">A P A R I E N C I A</p> <p style="text-align: center;">(Medicina Comunitaria)</p>	<p style="text-align: center;">R E A L I D A D</p> <p style="text-align: center;">(Policía Médica)</p>
<p>I. COSTO-BENEFICIO SOCIAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS</p>	<p>I. COSTO BENEFICIO (INVERSION) PARA PRODUCTIVIDAD CAPITALISTA</p>
<p>— Cuidados primarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ahorro social para lograr disponibilidad universal de servicios mínimos y cuidado continuo de poblaciones menores. · Disminución de morbilidad e incapacidad funcional. 	<p>— Estímulo de la productividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ampliación de mercado: de medicamentos, equipos e insumos (con topes que impone limitada capacidad adquisitiva del pueblo). · Incremento de la productividad popular y disminución de desperdicio de recursos, para ampliar capacidad de otro tipo de consumo y la productividad.
<p>— Extensión de cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Atención precoz (preventiva) y curativa elemental. · Servicios de primer contacto dentro de sistema regionalizado. 	<p>— Racionalización para la productividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ahorro de gastos en sector salud y canalización de fondos hacia sector productivo: <ul style="list-style-type: none"> a) ampliación de cobertura exclusivamente de bajo costo (regionalización ficticia); b) utilización de personal de baja y mediana calificación y ad honorem (i.c. estudiantes y profesores); c) atención prematura de menor costo; y, d) control de la demanda social: i.e., control de volumen poblacional.
<p>— Integración docente-asistencial:</p>	<p>— Redistribución de recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Para concesión: a base de impuestos a clases dominantes para financiar. · Para coerción: imposiciones forzadas a clases populares (ahorro compulsivo) para capitalizar servicios.
<p>— Redistribución del ingreso:</p>	<p>II. ACCIONES COERCITIVAS Y DE LEGITIMIZACION</p>
<p>II. BIENESTAR DE LA COMUNIDAD</p>	<p>— Difusión (a bajo costo) de imagen humanitaria del Estado.</p>
<p>— Satisfacción de demandas para el bienestar humano.</p> <p>— Participación de la comunidad.</p> <p>— Control y vigilancia sanitarios.</p>	<p>— "Satisfacción" a presiones sociales.</p> <p>— Conformación de aparato disciplinario y de vigilancia política. Formación de organizaciones distractoras, sobre tesis secundarias en el campo de la salud.</p>
<p>— Trabajo en equipo multiprofesional.</p> <p>— Planificación familiar.</p> <p>— Educación para la salud.</p>	<p>— Reproducción de relaciones sociales (entre el personal y entre personal y comunidad).</p> <p>— Acciones directamente represivas.</p> <p>— Ideologización.</p>

BIBLIOGRAFIA

- 1) ROSEN, G.: From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care, New York, Science History Publications, 1974.
- 2) Ibid., pág. 143.
- 3) Ibid., pág. 155.
- 4) DEUTSCHER, I.: Las raíces de la Burocracia, Barcelona, Editorial Anagrama, 1ª Ed., 1970.
- 5) MARX, K.: El Capital, Libro 1, Vol. 1, capítulo XIII, México, Ediciones Siglo XXI, 4ª Ed., pág. 567, 1975.
- 6) Ibid., pág. 566.
- 7) Ibid., págs. 411-412-424-594.
- 8) POULANTZAS, N.: Poder Político y Clases Sociales en el Estado Capitalista, México, Siglo XXI, Ediciones, S.A., 11ª Ed., pág. 205, 1975.
- 9) MARX, K.: El Capital, Libro 1, capítulo VIII, Médico, Ediciones Siglo XXI, 4ª Ed., 1975.
- 10) Ibid., pág. 335.
- 11) MARX, K.: Op. Cit., pág. 336.
- 12) Ibid., pág. 320.
- 13) BAUER, O.: Capitalismo y Socialismo en la Postguerra; Racionalización, Falsa Racionalización, Madrid, Edit. España, 1932.
- 14) FLEXNER, A.: Medical Education in the United States and Canada, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin N° 4; New York, 1910.
- 15) BERLINER, G.: A larger Perspective on the Flexner Report, International Journal of Health Services, 5 (4): 1975.
- 16) NAVARRO, V.: Social Class, Political Power and the State, and their Implications in Health Medicine, Baltimore, Johns, Hopkins University, 1976.
- 17) KELMAN, S.: Hacia una Economía Política de la Atención Médica, Inquire, 8 (3), (Trad.), 1973.
- 18) BERLINER, G.: Op. Cit., pág. 589.
- 19) Community Health Centre Project Committee. The Community Health Centre in Canada, Publication of the Canadian Health, Centre Project.
- 20) Ibid., pág. 12.
- 21) NAVARRO, V.: Op. Cit., pág. 56.
- 22) Carnegie Comisión, Report on Health Manpower Education, 1970.
- 23) LATHEM, W. and NEWSBERRY, A.: Community Medicine, Teaching, Research and Health Care, New York, Appleton-Century, Crafts, 1st. Ed. 1970.
- 24) SWEEZY, P.: Teoría del Desarrollo Capitalista, México, Fondo de Cultura Económica, 1ª Ed., 1974.
- 25) NAVARRO, V.: Op. Cit., pág. 46.
- 26) Banco Mundial: Política Sectorial de Salud, 1975.
- 27) DEUTSCHER, I.: Op. Cit., pág. 20.
- 28) FOUCAULT, M.: Vigilar y Castigar, México, Siglo XXI, Editores, S.A., 1ª Ed., 1976.
- 29) El autor WHITE, K. en: Lathem, W, and Newsberry, A. Op. Cit., pág. 248.