

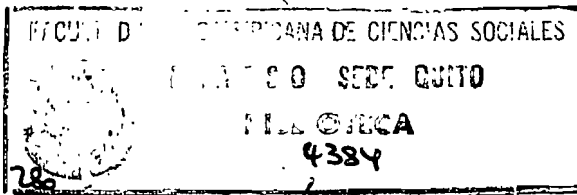
POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



cuadernos de
discusion
popular N°5

José Sánchez Parga
Claudio Barahona
Galo Ramón
Raúl Harari
Oswaldo Flores
Allan P. Castelnuovo

POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



CAAP: Editores

REG. 113224
CUT.
BIBLIOTECA - FLACSO

PRIMERA EDICION

**Auspiciada por el Consejo Provincial de Pichincha
Cuartas Jornadas Culturales de Mayo. 1982**

INDICE

<i>Presentación</i>	5
<i>Editorial</i>	7
<i>Introducción</i>	
<i>Carlos Coloma</i>	11

REFERENTES

<i>Marginalización de la Medicina o Medicalización de la Marginalidad: José Sánchez - Parga</i>	21
<i>El Proceso de Morbimortalidad en la Comunidad Andina: Documento CAAP</i>	39

EXPERIENCIAS

<i>Los Caminos de la Cura José Sánchez - Parga</i>	121
<i>La Soba de Cuy Claudio Barahona</i>	139

<i>Fitoterapia en Medicina Tradicional: Guantualó</i>	
<i>José Sánchez - Parga</i>	155
<i>La Odontología en el Sistema No Formal</i>	
<i>Oswaldo Flores</i>	179

ALTERNATIVAS

<i>Sistema de Salud Comunitario y Poder Popular</i>	
<i>Galo Ramón</i>	197
<i>Concepción y Metodología del Proceso Salud- Enfermedad en la Comunidad Andina</i>	
<i>Raúl Harari</i>	255
<i>Aproximación Transcultural al Problema de Salud Mental en Ecuador</i>	
<i>Allan P. Castelnuovo</i>	281

MARGINALIZACION DE LA MEDICINA O MEDICALIZACION DE LA MARGINALIDAD

Josè Sánchez-Parga

Sánchez Parga, José (1982). **Marginalización de la medicina o medicalización de la marginalidad.** En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 21-38. Quito: CAAP.

Marginalización de la medicina:

Ya entonces, por el año 1968 (cfr. *El Comercio*, 23, Julio. A. p. 4), se trataba de la "incorporación de los campesinos a la Seguridad Social Nacional", considerando que "esa misma protección de justicia sería ya una reforma radical en las estructuras socio—económicas".

Probablemente nadie se atrevería hoy a cometer un equívoco tan grueso identificando un programa de salud con una reforma de las estructuras socio—económicas del país. Sin embargo, el fondo del problema no planteado por la gran empresa que pretende cumplir el sistema de salud pública y el instituto de salud social, y que sigue siendo el problema neurálgico de los grandes proyectos y realizaciones médico—sanitarios en los países subdesarrollados, consiste en no establecer esta relación precisa entre las condiciones socio—económicas y la salud enfermedad, y mucho más en no confundir un ambicioso programa, por muy reformador que sea, con un cambio estructural.

Desarrollar el aparato médico y sanitario y farmacéutico sin un desarrollo de las estructuras socio—económicas de una sociedad tendrá como resultado una simple "medicalización del subdesarrollo", que en definitiva conducirá a integrar a las clases más pobres al sistema global de la sociedad, también por la dependencia al aparato médico y al consumo de la atención y de los fármacos. Ha sido de esta manera cómo la colosal empresa de la salud y la medicina no sólo se ha introducido en los países subdesarrollados, sino que, bajo formas de cooperación, y a través de políticas asistenciales y promocionales de los mismos gobiernos, está llegando a las clases más empobrecidas y a los grupos más marginados, como son los campesinos de las comunidades tradicionales.

Tal es el programa lanzado en 1978 por la Organización Mundial de la Salud: "la salud para todo el mundo en el año 2.000". Su propuesta sanitariamente lúcida y coherente, preconiza un conjunto de medidas, servicios médicos, preventivos y curativos, que puedan ser asegurados por un personal auxiliar. Sacar al médico y a la medicina de los recintos hospitalarios es una apreciable medida para resituar la práctica de la salud allí donde se producen las enfermedades; es decir, en ese tejido y enclave de interacciones entre el hombre y su circunstancia ecológica, social y económica; en definitiva, y muy concretamente, en los espacios de trabajo y vivienda.

Pero aún así, siempre se tratará de una medicalización de la marginalidad, y de la adaptación de una medicina apropiada, en el mismo sentido que se habla de tecnología apropiada, a los sectores periféricos de la sociedad.

En los países subdesarrollados y dentro de ellos en los grupos marginales, la enfermedad resulta, en gran parte, de la mala o deficiente nutrición, y de las condiciones insalubres en que se desarrolla la vida de los niños y la actividad de los adul-

tos. Es el cambio del medio ambiente y laboral el que puede asegurar condiciones y garantías de salud. Pero ésta precisamente es la frontera que parece limitar las competencias y quizás la misma visión de todas las políticas sanitarias nacionales e internacionales.

Peor aún. La ayuda médica internacional entra en flagrante contradicción con las ayudas alimenticias: representa un arma de política extranjera en las naciones que se benefician de ella, y constituye un instrumento privilegiado para las sociedades multinacionales —la industria farmacéutica— en su acceso a amplios y nuevos mercados. Desde hace más de 10 años las grandes firmas farmacéuticas han incrementado su influencia en el seno de la Organización Mundial de la Salud gracias a los programas de reproducción humana, enfermedades tropicales y medicinas de base para las curas de sanidad primaria. Esta penetración de la industria farmacéutica, que se da a nivel mundial como a niveles nacionales, revela la confianza que los programas de salud conceden a las soluciones de orden técnico e industrial, para resolver problemas que son ante todo de orden económico, social y político.

Las sociedades consideradas en vías de desarrollo ven agravarse en su seno una doble marginalización social: la que las separa de las sociedades industriales haciéndolas cada vez más dependientes de éstas, y otra, consecuencia de la anterior, la que profundiza las fracturas internas entre sus élites occidentalizadas, la "lumpenburguesía", y sus grupos sociales más pauperizados. La introducción del monocultivo en las zonas donde el campesino practicaba una mayor diversificación y alternancia, el incremento de las culturas de exportación, la degradación de los procedimientos tradicionales de irrigación, la progresiva monopolización de las tierras, por lo general las más ricas, para la industrialización del agro, constituyen una serie de modificaciones que transforman radical-

mente el equilibrio ecológico, mientras que los nuevos modos de producción acarreados generan profundos cambios en la estructura social. Todas estas transformaciones son planificadas y ejecutadas sin tener en cuenta su repercusión en el medio ambiente que condiciona las posibilidades de salud e higiene de las poblaciones afectadas. Las presiones demográficas y los flujos masivos de migración campesina, ligados a estos cambios ecológicos, económicos y culturales, contribuyen a degradar las condiciones de existencia, y como efecto, poblaciones a la deriva congestionan los barrios suburbanos, creando focos de insalubridad y de contagio.

El impacto sanitario de las opciones económicas y políticas, que orientan el desarrollo de los países subdesarrollados, no se sitúa en función de las necesidades de las poblaciones mayoritarias sino de acuerdo a la lógica propia del mundo industrial, de la nacionalización o internacionalización de los intercambios comerciales. La salud y el aspecto médico de los grupos sociales marginados no es más que un reflejo, resultante inevitable, del sistema, que en el mejor de los casos tratará de paliar con recursos de emergencia o programas concesivos las contradicciones y la lucha de clases.

Mientras que las hambrunas han existido siempre a lo largo de la historia y de la vida de los pueblos como episodios de catástrofe o resultado de grandes crisis, la mala nutrición se ha instalado en nuestras sociedades subdesarrolladas, en los grupos y regiones más pobres, como un fenómeno crónico y cotidiano, que si no parece amenazar la supervivencia de los individuos, aunque si amenaza la reproducción del grupo, mina tanto sus posibilidades de salud como su desarrollo orgánico completo. Porque la mala nutrición es ella misma un fenómeno marginal y solapado, que no se manifiesta de forma alarmante, un país puede convivir con ella en la medida que se limita a socavar el crecimiento normal de aquellos grupos menos pro-

ductivos de la población dentro de un determinado sistema económico.

En este sentido, la mala nutrición es un fenómeno reciente en sus proporciones, que ha sido acarreado por una transformación masiva de la agricultura. Dentro de la gravedad del informe presentado por CONADE en 1981 sobre el descenso de la producción agrícola en los últimos años, es elocuente constatar que sólo aquellos productos directamente orientados a una demanda industrial como la soya y la palma africana son los únicos en haber alcanzado un alza considerable.

Las organizaciones nacionales e internacionales tienden a buscar soluciones médicas a la mala nutrición, muy concretamente a través de los cuidados de salud primaria y de la educación sanitaria. Pero no hay medicina ni tratamiento orientados a subsanar y compensar a las clases explotadas y a los campesinos pauperizados de sus medios de subsistencia. Como dijo un economista chileno cada dólar que en Latinoamérica se gasta en servicios sanitarios muy especializados cuesta un centenar de vidas humanas. Estas vidas se salvarían si dicho dólar se emplease en alimentar a la población y poner a su alcance agua potable.

Medicalización de la marginalidad:

Si las soluciones enarboladas por los sistemas nacionales de salud son exclusivamente sanitarias, tenemos que reconocer que toda una ideología médica está en cuestión, y que no son los gobiernos de turno sino todo el sistema el responsable y cómplice de dicha ideología. Si el mejoramiento de la sanidad de un país está instrumentalizado por los recursos sanitarios, el derecho a la salud por parte de la población (y las obligaciones respecto de ella por parte de los gobiernos) se resume al derecho de los individuos a los servicios médi-

cos, y muy eventualmente a los farmacéuticos. Tal concepción implica una metodología de lucha contra la enfermedad no en función de las causas sino de la especificidad propia a cada patología, y de los medios sanitarios disponibles para tratarla. En resumidas cuentas, la concepción y la metodología sanitarias parecen claramente orientadas hacia la enfermedad y el consiguiente consumo de la medicina, y no hacia la salud y hacia un "consumo" de mejores condiciones de vida indispensables para garantizar aquella.

La mayor parte de las enfermedades transmisibles son conocidas en su etiología y controlables tanto en su tratamiento como en su prevención. Contra ellas el esquema de lucha más simple es el de la vacuna. Si tal modelo fuera aplicable para todas las enfermedades, la implantación generalizada de centros de salud primaria en los confines de los países más pobres y en los confines más pobres de cada país dispensaría de cualquier otra acción respecto a las causas de las enfermedades. Esto es precisamente lo que espera el Banco Mundial, que acuerda todo su apoyo a la vacunación de los niños más que, por ejemplo, al aprovisionamiento de agua potable a las poblaciones desfavorecidas.

Prescindiendo de las intenciones abrigadas por la acusación de la Cámara de Comercio de Quito, denunciando al IESS de no "hacer balances actuariales desde hace 20 años" (El Comercio, 23 de abril, 1981, p. A. 7), nos encontramos ante el típico fenómeno de transformación de la Medicina Nacional en una monumental empresa, y empresa financiera, con sus "propiedades inmobiliarias", y un ingente aparato burocrático, todo ello desproporcionado al objetivo fundamental de "prestar atención médica seria y oportuna" a la mayoría nacional de sus afiliados. A dónde va a parar el 18 o/o salarial de toda la nación destinado a la Caja del Seguro Social? El IESS, con todo su maquinaria infraestructural y administrativa, es el ejem-

plo de cómo el dispositivo médico—sanitario de un país se convierte en “elefante blanco”. Y no nos referimos a las condiciones estructurales, que rebasan la competencia de un Seguro Social, para resolver la salud de un país, condiciones, repetimos, socio—económicas, sino a la desorientación misma de una política médica enfocada prioritariamente a la creación y desarrollo de un colosal aparato sanitario más que a la práctica curativa.

Resulta inevitable que los desarraigados de la sociedad de consumo no reciban sino las migajas de un sistema médico, que encuentra su provecho y una acción mucho más estimulante en otros espacios. Los cuidados de salud primaria y una tecnología avanzada se excluyen en un sistema general de la medicina y en una concepción global de la sociedad capitalista. Ambos, inseparablemente ligados, se orientan a un modelo de crecimiento impuesto por el desarrollo industrial y del consumo. La medicina entra de manera irremediable en una lógica de la tecnificación, de la especialización y de la mercancía. Por ello, hablar de primeros cuidados en los países del tercer mundo como en los industrializados, significa inevitablemente extender la medicalización de la vida y de la salud sin modificar —ni pensar en modificar— las condiciones mismas que favorecen la aparición y desarrollo de las enfermedades.

Toda la ideología médica, generada por el sistema capitalista, manipulado por los organismos internacionales (OMS y transnacionales del fármaco, que suelen tomar a los países del Tercer Mundo como terreno de experimentación de nuevos productos, muy concretamente de contraceptivos y remedios contra enfermedades tropicales) es difundida en los países subdesarrollados por los organismos estatales, Seguros Sociales, y muchas veces por las mismas Escuelas y Facultades de Medicina carentes de una clara visión socio—política de la medicina.

Las "postas sanitarias", como enclaves de avanzada de la práctica sanitaria oficial, parecen responder, *en su función*, a la necesidad de descentralizar la medicina, implantándola en las proximidades de sus requerimientos, allí donde se declaran las enfermedades, y los cuidados de emergencia se hacen más urgentes. Se requeriría un análisis muy preciso para evaluar las condiciones materiales con las que están pertrechadas dichas postas, así como la regularidad de las prestaciones del personal encargado; en base a tal evaluación se podría juzgar hasta qué punto desempeñan estos centros rurales la función asignada.

Con todo, *estructuralmente*, estas sucursales del sistema médico oficial se limitan, por lo general, a prolongar la misma ideología y administración de la cura y consumo del fármaco, en lugar de implementar en las comunidades y en la zona una pedagogía de la salud, la higiene y la dieta familiar, trabajando con las autoridades locales por el saneamiento ecológico de la población, y orientando los recursos estatales o privados hacia las prácticas preventivas.

Un proyecto más renovador parecían presentar los pioneros de la llamada "medicina alternativa", precisamente porque establecían un corte con la estructura del sistema médico oficial de la sociedad. Una tal práctica tendía a modificar las relaciones entre los tres actores principales de la acción médica: el paciente, el médico y el fármaco. El diagnóstico y hasta la misma terapia se formulan y operan desde el punto de vista, desde el mundo del paciente, y no desde un paradigma de la medicina académica y comercial, que el médico alternativo trataba más bien de no representar.

Por otra parte, se tendía a cambiar la misma naturaleza de la medicación con el recurso a la fitoterapia o curas tradi-

cionales, aboliendo así la dependencia ideológico—económica respecto de los fármacos. Este punto no es menos importante, ya que la droga posee en la ideología médica oficial el mismo signo fetichista que la mercancía y el dinero en la concepción de la economía denunciada por Marx. El fetichismo del producto farmacéutico (y hasta se podría hablar de una "economía política de la medicina en la medida que su costo —valor de cambio— significa consciente o inconscientemente su valor real— de uso), instrumentaliza tanto la dependencia del médico como la del paciente al esquema ideológico—económico de la medicina como consumo.

Sin embargo, por mucha simpatía que merezca la "medicina alternativa", no podemos hacernos muchas ilusiones respecto de su eficacia global. Y ésto no por las buenas intenciones o capacidad de sus agentes, sino porque estructuralmente se constituye en una práctica "marginal" con relación al sistema médico dominante en la sociedad. Esta "marginalidad" es precisamente lo que autentificaría a la medicina alternativa, pero también la que la determina a desarrollarse en términos muy limitados, económicamente reducidos, y en una desventajosa competitividad con el aparato y recursos de la medicina oficial; cuya lógica, además, es ampliarse y perfeccionarse.

Sólo en base a un proyecto político de largo alcance, o sustentada por un proyecto político que fuera capaz de registrar programáticamente las condiciones socio—económicas y políticas de la medicina, podría cualquier "alternativa" garantizarse una consistencia y un futuro como parte de un proyecto global para toda la sociedad.

Por último, la "medicina alternativa", como tantas otras alternativas que afectan al modo de funcionamiento del sistema y no a sus relaciones estructurales profundas, es sus-

ceptible de una recuperabilidad por parte del sistema, y de hecho ha sido ya recuperada por él, reproduciendo las mismas formas de administración, especialización y consumo característicos del sistema médico oficial.

No pueden ser alternativas planteadas desde el mismo sistema de la medicina, ya sean éstas nacionales o internacionales, las que resuelvan el problema económico y político de la salud, que como tal problema se remite a la estructura global de la sociedad; y no habrá, por ello, cambios sustanciales en el sector salud—enfermedad—medicina sino como efecto y consecuencia de un cambio en las estructuras sociales.

No hay, entonces, por qué creer en slogans tales como "la salud para todo el mundo", y no porque sea una utópica panacea, sino porque encierra una falacia. Y nos preocupa menos la universalización de la medicina, el que sea "para todos", cuanto la naturaleza, cualidad y significación de esa medicina. Por ello, consideramos que si la medicina, al menos a nivel nacional, la paga el pueblo, ésta pueda ser sometida a una autogestión; que los trabajadores y "consumidores" cuenten con los mecanismos y dispositivos de un control social sobre ella, y sobre el sistema encargado de distribuir los cuidados preventivos y curativos. No se trata de una pura y simple nacionalización del aparato sanitario que dejara intactas la jerarquía y el funcionamiento de un sistema dominado por la misma clase dominante en la sociedad.

De este acervo de responsabilidades no se libra la Universidad y sus Facultades de Medicina. Precisamente, en países de un subdesarrollo dependiente las Universidades que gozan de autonomía y democracia se han preocupado más en radicalizar y confrontar sus cuadros partidistas que en politizar sus programas académicos y su formación profesional. Fácilmente se ha creído que con un curso sobre marxismo o de economía políti-

ca quedaban saldadas las cuentas con la propia conciencia revolucionaria; pero ahí quedaban unas materias, un pensum y toda una formación científica y profesional totalmente despolitizadas, y lo que es peor impregnadas de una sutil ideología, que en nombre de la eficiencia y la especialización convertirán a la medicina en un arma contra el propio pueblo.

Esto explica que la gran mayoría de los médicos egresados pase a integrar fácilmente las filas de la lumpenburguesía, de la que un gran número de ellos proceden, hartos convencidos del carácter mercantil de su profesión, y muy maleables por los valores y modelos de los países desarrollados en lo que se refiere al ejercicio, consumo y rentabilidad de la práctica médica.

Efecto de esta situación es el proceso migratorio de los médicos de países dependientes a los países desarrollados. El arribo a EE.UU. en la década de los años 60 de 5.756 médicos procedentes de países subdesarrollados, de los cuales 35 o/o oriundos de Latinoamérica, supuso un ahorro durante dicho período al país huésped de 4.000 millones de dólares, cantidad superior a la ayuda anual que los EE.UU. conceden en asistencia médica y hospitalaria a América Latina en el mismo período.

Con todo, tampoco es el médico y la misma profesionalización de la medicina donde haya que buscar la causa y remedio al problema de la salud en los países subdesarrollados, ya que una profesión alcanza y mantiene su posición socio-económica en virtud de la protección y patronazgo que le dispensan los sectores e intereses dominantes en una sociedad determinada.

Sistema de salud y estructura social:

El desarrollo precedente nos lleva a emplazar con mayor claridad el mal funcionamiento del sistema de salud dentro de esa totalidad de la que no es más que una pieza. El sistema médico-sanitario de un país está determinado principalmente por las mismas fuerzas que determinan su formación social y totalidad de la sociedad. Y son las mismas fuerzas políticas y económicas, que condicionan la naturaleza del capitalismo y el subdesarrollo económico y social dentro de un país, las mismas que producen el subdesarrollo de la salud y de sus recursos.

Dicho subdesarrollo en lo médico y sanitario no es más que el efecto de una desigual distribución de la riqueza en su totalidad y de los servicios de la salud en particular. De ahí, que dicho subdesarrollo no se pueda achacar a la mala distribución de los recursos del sector salud y dentro de él, sin tomar en cuenta las estructuras políticas y económicas que determinan dicha distribución, y que en ellas las relaciones de clases son las que controlan tal distribución.

La causa de que los servicios sanitarios no cubran a toda la población y no lleguen a los sectores marginados de su periferia no es la escasez de capital y recursos en el sector de la salud, sino la deficiente distribución y utilización de los recursos existentes.

Los mismos grupos sociales, hegemónicos, que determinan las pautas de producción y de consumo en los sectores primarios y secundarios diseñan también aquellas pautas en el sector de la salud, que no beneficiarán a la mayoría de la población. Y lo que agrava la situación de esta mayoría marginada es que en el de la salud como en los otros terrenos econó-

micos la clase media funciona como grupo dependiente de la burguesía reforzando los modelos de consumo de ésta.

Esto condiciona, en nuestros países subdesarrollados pero con una formación económica capitalista, que la pauta de producción en el sector de la medicina y en el sistema de servicios de sanidad se oriente hacia:

- La medicina especializada con base hospitalaria en contraposición a la medicina comunitaria.
- La medicina con base urbana y de componente tecnológico en lugar de ruralizarse y privilegiar el factor humano y ecológico.
- La medicina curativa sobre la medicina preventiva.

Este tipo de producción sanitaria llega a inducir modelos de consumo médico incluso en aquellos sectores económicamente incapaces de responder a la oferta, generalizándose "la creencia de la gente de que no puede enfrentarse a la enfermedad sin ayuda de la medicina moderna causando mucho mayor daño a la salud que los médicos que imponer sus servicios a los pacientes". Y en este sentido, prosigue ILLICH "la proliferación de instituciones médicas, por muy seguras y bien llevadas que sean, desencadenan un proceso social patógeno. El exceso de medicalización transforma la capacidad de adaptación en disciplina masiva de consumo médico" (Medical nemesi: "The expropriation of health, p. 39. versión de Navarro). Y por esto mismo se pronuncia el autor contra la alternativa de socialización de la medicina atribuyéndola a una 'retórica igualadora' en cuya trampa caen hasta las fuerzas más progresistas; ya que una mayor y mejor redistribución de la asistencia médica presentada por la socialización tendería a medicalizar todavía más a nuestra población.

marginalizada aumentando la dependencia respecto del sistema asistencial.

La solución del problema no radica en la socialización o no del sistema de salud, sino en comprender la una dentro de una socialización de toda la sociedad en sus estructuras generales, y el otro como parte de ese nuevo modelo social.

Por ello, la desprofesionalización o desjerarquización del sistema de salud, que en el fondo sería una forma de socializar y democratizar dicho sistema no es posible dentro de la estructura de clases dominante en nuestras sociedades. Y jamás podrá ser ésta la medida administrativa de un gobierno, ya que están en juego las cuotas de poder político de las clases dominantes; y con ellas, toda la estructura social. Es el cambio de esta estructura la condición tanto para una reforma socio-política de la medicina como para la reforma económica que determina su producción y redistribución.

Y ésto, porque no es el sistema de salud mismo, las burocracias sanitarias, los medios que los generan y controlan sino los que administran el consumo de la medicina y los fármacos, y la dependencia al sistema sanitario en su totalidad. El aparato sanitario y la clase médica ni poseen ni controlan la industria de la salud; solo la administran. Lo que, sin embargo, dialécticamente, no excluye que la clase dominante, el bloque hegemónico, no esté representado en estos aparatos y en esta profesión.

El problema de la salud, de la enfermedad y de la medicina se remite por sí solo a su trasfondo político, donde el análisis y las previsiones rebasan los términos de los planteamientos aquí presentados. Y con ello confiamos la conclusión a un diagnóstico reciente: "la gran desigualdad que en Latinoamérica presenta la distribución de los recursos humanos del

sector de la salud es síntoma de la mala distribución que aqueja los distintos sectores de la economía, lo cual se debe a la dependencia económica y cultural de dicho continente y al hecho de que una lumpenburguesía con vínculos extranjeros controle la distribución de los recursos económicos y sociales (incluyendo los de la salud). . . no cabe esperar que en América Latina se cree una distribución más equitativa de los recursos humanos del sector salud dentro de una distribución sumamente inequitativa de todos los recursos en general. Ello se debe a la gran desigualdad que hay en la distribución de los mecanismos de control económico y político" (V. Navarro, *La medicina bajo el capitalismo*, Grijalbo, 1978, p. 60).

