los libros

Nº 34

Para una crítica política de la cultura

Marzo – Abril / 1974 / $ 5.–

El problema de la salud en la Argentina: Ley Liotta

Pichon-Rivière
Risau
Grimson
Baremblit
Harari
Ulloa

INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

Consejo de dirección:
Carlos Altamirano
Ricardo Piglia
Beatriz Sarlo Sabajanes

El presente número de *Los Libros* ha sido preparado con la colaboración de Hugo Vezzetti y Osvaldo Bonnano.

Diseño Gráfico:
Isabel Carballo

LOS LIBROS. Redacción y publicidad: Tucumán 1427, 2º piso, of. 207, Buenos Aires.

Registro de la propiedad intelectual Nº 1.024.846. Hecho el depósito que marca la ley. IMPRESO EN LA ARGENTINA

Composición tipográfica en frío y armado original **TYCOM** - Montevideo 581, 1º B, Buenos Aires

Impreso en **INTEGRAL S.R.L.** Arregui 5049, Buenos Aires

Tarifa de suscripción

Argentina	
12 números	$ 60,00
América	
12 números	U$S 13
Vía aérea	U$S 18
Europa	
12 números	U$S 15
Vía aérea	U$S 21

Cheques y giros a la orden de LOS LIBROS, Tucumán 1427, 2º piso, of. 207, Buenos Aires.

Distribuidora en Córdoba:
Kiosco Martín Fierro, Caseros y Trejo – Córdoba

CORREO CENTRAL
Tarifa reducida Cond. Nº 9002
Franqueo pagado Cons. Nº 3839

los libros

Para una crítica política de la cultura

Sumario

3 **Editorial**

4 **Instituciones de salud mental en la Argentina**
Contestan: Enrique Pichon-Rivière Juan Carlos Risau, Gregorio Baremblit, Ricardo Grimson y Roberto Harari

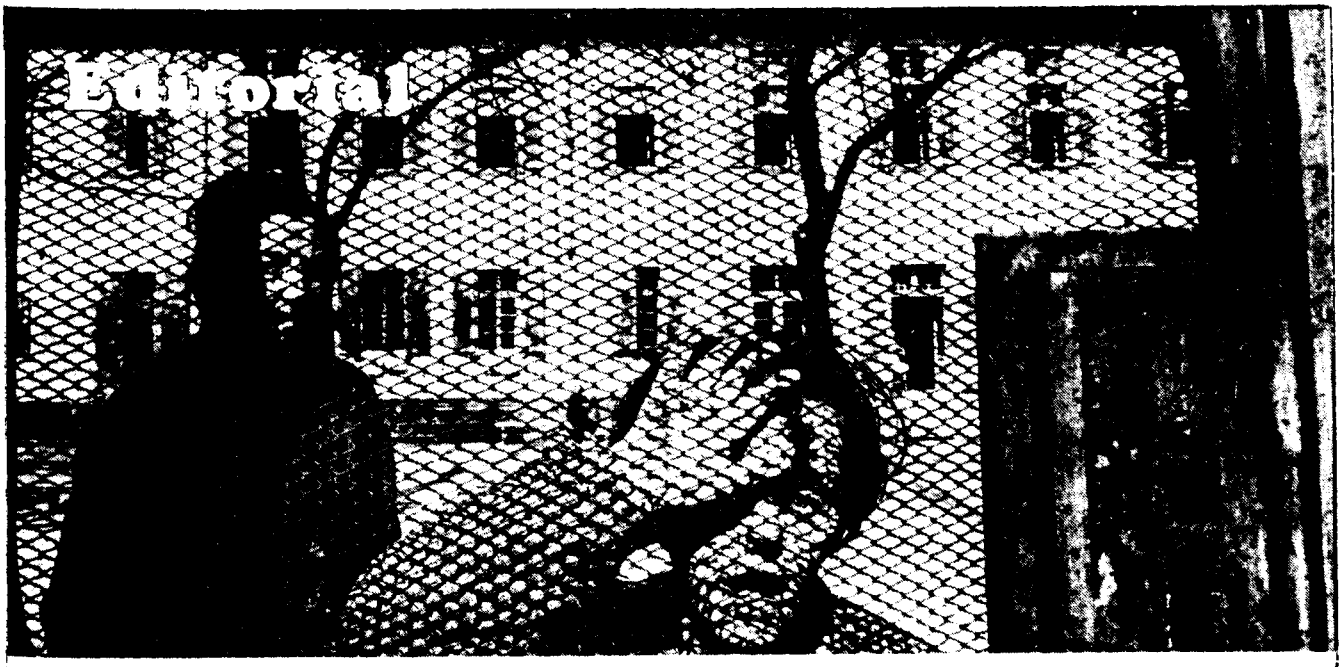
16 **Salud mental en la Argentina: atención y condiciones de trabajo**
por Fernando Ulloa

25 **Coyuntura actual de la salud mental**
por Osvaldo Bonnano

30 **Salud pública y dependencia**
por Beatriz L. Perosio

35 **Documento**
La C.T.S.M. sobre la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud

37 **Libros distribuidos en Buenos Aires**



En los últimos años, una movilización a la vez gremial y política junto con un intenso debate teórico caracteriza el área de los trabajadores de la salud mental. En la determinación de este fenómeno, al lado de aquellas razones más internas a la práctica profesional de los psiquiatras y los psicólogos, esto es, el cuestionamiento del papel que la división del trabajo les asigna en la conservación de las relaciones dominantes de explotación, la discusión sobre el estatuto teórico del psicoanálisis y sus relaciones con el marxismo, el deterioro de las condiciones sociales en que se ejerce la propia actividad, etc., operaron también los efectos de la radicalización de las luchas políticas y la protesta social que constituyen los rasgos típicos de la Argentina desde 1969 para acá.

Ya en 1972, ***Los Libros*** dedicó un número a registrar esta problemática. Ahora buscamos retomarla pero introduciendo una nueva perspectiva. Pensamos que todo discurso sobre la salud mental y sobre la teoría que debe regir la práctica terapéutica es abstracto (en el peor sentido del término), si no tiene como marco de referencia las condiciones concretas del ejercicio profesional. No se trata solo de "lo social" en general (resuelto con genéricas referencias a la sociedad de clases o al materialismo histórico), sino de situar el lugar material—institucional a partir del cual puede y debe elaborarse una propuesta capaz de promover una nueva organización institucional de la salud mental. Eso es lo que este número quiere contribuir a plantear. Creemos que inscribiéndolas de este modo, la discusión y la elaboración teóricas no solo se hacen imprescindibles, sino que pueden evitar convertirse en la reproducción de discusiones prestigiosas y que alguna nueva moda reemplace el debate un tanto envejecido hoy en torno al carácter científico o ideológico del psicoanálisis.

A partir de estos presupuestos se elaboró la encuesta con que se abre el presente número. Los trabajos de Ulloa, Bonnano y Perosio se inscriben en la zona definida por la cuestión institucional en salud y salud mental y las condiciones concretas dentro de las que se desarrollan las prácticas correspondientes.

El problema de la legislación de la salud, abordado en el documento sobre la ley Liotta de la C.T.S.M que publicamos en este mismo número, tiene que ver, por un lado con las reales necesidades populares y por el otro con la solución y los límites de la actividad del estado en el área.

El debate sobre las instituciones de salud abordado en ***Los Libros*** tiene sin duda, un ámbito de resolución: la política juega aquí su instancia decisiva y es en este marco en el que deben leerse los textos que hoy publicamos.

Instituciones de salud mental en la Argentina

1. ¿Cuáles son los rasgos generales más sobresalientes que determinan y configuran la estructura de la asistencia psiquiátrica en la Argentina?

2. ¿Cómo se expresa, en la actualidad, la situación de crisis institucional, tanto en el nivel corporativo como en el asistencial?

3. ¿En su opinión, cuáles son los aspectos que presentan mayor urgencia en el desarrolla teórico y técnico, en relación con la situación señalada en 1 y 2?

Contesta Enrique Pichon-Rivière

Entendemos que lo que recorre como implícito los tres puntos del cuestionario es la pregunta por la salud mental, su concepción y la organización del sistema asistencial y de prevención. La elaboración de un criterio de salud es a nuestro juicio el único punto de partida posible para la caracterización y evaluación de estructuras asistenciales, situaciones institucionales y puntos de urgencia en el desarrollo teórico técnico en la formación de los agentes de salud, en vistas a su instrumentación para una praxis transformadora de sí mismo, de los pacientes y del medio. Es decir, de todo lo que constituye el texto y contexto de su operación.

Al analizar las distintas categorías utilizadas por las ciencias del hombre para abordar el problema de la "salud", de lo "normal y lo patológico", de las "formas de adaptación", nos parece entrar en un terreno equívoco, ambiguo, lleno de indefiniciones o definiciones contradictorias.

Entendemos que esta ambigüedad y ocultación ideológica de las verdaderas características del problema es sólo aparente y cumple una tarea de escamoteo de las reales condiciones de producción de los criterios de salud y enfermedad —normalidad y anormalidad— y de la función que el Aparato u organización de la salud cumple en una sociedad de clases.

El análisis de los distintos criterios y definiciones de salud, y de las formas de organización y asistencia que inspiran o justifican nos remite a sus condiciones de producción, condiciones histórico—económico—políticas. Toda definición, toda teoría de la salud y enfermedad implica y reenvía a una concepción del sujeto, del mundo y la historia que la fundamenta.

Según las características de esa concepción, ocultante u objetiva y científica se elaborarán los criterios de normalidad y anormalidad.[1].

Nos parece pertinente, es decir, centrado en el objetivo de este trabajo, esclarecer el carácter de aparato ideológico de dominación que reviste en nuestro sistema social la organización de la salud, para comprender la particularidad que asume en su interior la lucha ideológica como expresión de las alternativas de un proceso de liberación.

La norma de comportamiento, el criterio que permite establecer si la conducta de un sujeto es adaptada, normal o patológica está emparentado : a) con un sistema de representaciones; b) con una infraestructura de relaciones sociales, de producción, legitimada en ese sistema de representaciones, que orienta las expectativas sociales y las encuadra.

El criterio de salud, la norma que evalúa la forma de adaptación a la realidad, es funcional al sistema de relaciones sociales, como lo es la norma jurídica.

El criterio de salud vigente, criterio de competencia social, como condensación de ideas, es condensación de ideas de la clase dominante, funcional con sus intereses objetivos. Como condensación de la ideología dominante tendrá el carácter ocultante y mistificador que le confiere a esa ideología su papel en la lucha de clases.

Quien rompe alguna de estas normas, la jurídica y la de salud, ligadas por un origen común: relaciones sociales—relaciones de producción—relaciones de propiedad, y una función compartida: control social, se hace acreedor, en nuestro sistema, de una sanción social semejante: marginación y descalificación sistemática de sus actos y pensamientos.

Podemos decir que existen hoy dos formas de ley: la escrita, codificada que constituye el orden jurídico y que expresa la voluntad de una clase en el poder, y otra forma de ley, coherente con la anterior, que configura el criterio de normalidad a partir del cual se juzga —calificándola o descalificándola— la conducta de los sujetos. Esa ley no escrita es también expresión de intereses de clase.

El abordaje del problema de la salud mental fundada en esa concepción de lo "sano y lo enfermo" como instrumento de dominación, legitima, un tipo de adaptación a la realidad, una forma de relación consigo mismo y con el mundo, acrítica, ilusoria y alienante. Aparecen así como coherentes y acreedoras de consenso las conductas adecuadas a las relaciones de producción vigentes —relaciones de explotación.

La estructura social configura el tipo de sujeto apto para su reproducción (continuidad). Toda la organización del proceso socializador está al servicio de esa tarea. Los criterios de adaptación, normalidad—anormalidad cumplen un rol fundamental, de orientación en este proceso.

Este aparato de dominación, en el que se materializa la ideología dominante, tiene sus cuadros en psiquiatras, psicólogos y otros trabajadores en el campo de la salud que vehiculizan una concepción jerárquica, autoritaria, dilemática y no dialéctica de la conducta. Son líderes de la resistencia al cambio, condicionantes de la cronicidad del paciente, al que tratan como un sujeto "equivocado", desde un punto de vista racional.

Estos agentes correctores, cuya ideología y personalidad autocrática les impide incluir una problemática dialéctica en el vínculo terapéutico, establecen con sus pacientes relaciones jerárquicas en las que se reproduce el par dominador—dominado, incapacitándose para comprometerse también ellos en agentes sujetos de la tarea correctora, llegando en el mejor de los casos a ser lúcidos observadores del acontecer del paciente.

Pueden establecer quizás una simbiosis o una situación siamésica pero nunca un vínculo operativo, mutuamente modificante.

En esa jerarquía irreversible establecida entre el "sano" y el enfermo, particularmente instaurada en las instituciones asilares, en la que separan también al terapeuta del enfermo diferencias de clase, se produce lo que Laing llama una desvastación de la experiencia, una negación de la experiencia, de la cultura y de la identidad del paciente.[2]

La actitud autocrática se estructura por operación de la ideología y se refuerza en una formaicón que disocia principios teóricos y campos concretos. Los planes de estudio, igual que los asistenciales desconocen y escamotean la realidad social en la que ha de desarrollarse la tarea correctora. Planes y tareas asistenciales efectivizan una política que obedece a la estrategia de las metrópolis imperialistas, que intentan afianzar y procuran reforzar la dependencia de países como el nuestro no sólo mediante la explotación económica sino también a través del logro de la hegemonía de sus objetivos e intereses en la planificación nacional (cultura, educación, salud, etc.). En el área específica baste mencionar los misérrimos presupuestos de salud y salud mental, la infraestructura obsoleta para comprender la verdadera relación de fuerzas y la escasa efectividad a niveles masivos que ha tenido hasta hoy todo el "cambio" en la asistencia psiquiátrica. Esto lleva a preguntarnos por el sentido "revolucionario" de planteos como terapias breves, talleres protegidos, comunidad terapéutica, etc.[3]

Hemos dicho que todo criterio de salud reenvía a una concepción del Hombre y la historia que la fundamenta. No quisiéramos cerrar nuestra respuesta sin plantear nuestra perspectiva sobre este problema básico.

En la medida en que entendemos al Hombre como configurándose en una Praxis, en una actividad transformadora, en una relación dialéctica, mutuamente modificante con el mundo, que tiene su motor en la Necesidad, la elaboración de un criterio de salud —lo que nosotros llamamos de adaptación activa— significa el análisis de las formas de relación del sujeto con el mundo, las formas que reviste esa relación constitutiva del hombre como tal.

El parámetro de evaluación que orienta ese análisis es la capacidad de desarrollar una actividad transformadora, un aprendizaje.

---

1 Ana P. de Quiroga. Clases Escuela de Psicología Social. Buenos Aires y Tucumán, año 1973

2 Alfredo Moffat. Apuntes para una psicoterapia del oprimido. Edición particular. Año 1972.

3 Hernán Kesselman. Salud Mental y neocolonialismo en Argentina" y "La penetración imperialista en el campo de la salud mental". Revista Envido Num. 5 y 7. Año 1972.

Reformulamos el par conceptual vigente en psiquiatría: salud y enfermedad, en términos de adaptación activa o pasiva a la realidad. Con el término adaptación nos referimos a la adecuación o inadecuación de la respuesta del sujeto a las exigencias del medio. A la conexión operativa, transformadora o inoperante, empobrecida, entre sujeto y mundo.

El sujeto es "sano" en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez él mismo.

El sujeto está "activamente adaptado" en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio, y no una relación rígida, pasiva, estereotipada. La salud mental consiste en aprendizaje de la realidad, en una relación sintetizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto–mundo. Adaptación no implica aquí "competencia social", aceptación indiscriminada de normas y valores sino por el contrario, una lectura de la realidad con capacidad de evaluación y propuestas de cambio.

En nuestro esquema conceptual el concepto de Adaptación Activa se identifica con el de aprendizaje, al que se define como Apropiación instrumental de la realidad para transformarla.

El retrabajo del concepto de necesidad, del sujeto como ser histórico, ser de necesidades, el análisis de nuestra coyuntura histórica y del rol que en esa coyuntura cumple una psicología que amplía el concepto de adaptación activa hasta la praxis política (no es otra cosa la definición de la relación dialéctica) nos llevó a Ana P. de Quiroga y a mí en el último tiempo a incluir el concepto de conciencia crítica en la elaboración del criterio de adaptación.

Así Conciencia Crítica es el reconocimiento de las necesidades propias y de la comunidad a la que se pertenece, conocimiento que va acompañado de la estructuración de vínculos que permitan resolver esas necesidades.

La conciencia crítica es una forma de vinculación con lo real, una forma de aprendizaje que implica la superación de ilusiones acerca de su propia situación, como sujeto, como grupo, como pueblo. Lo que se logra en un proceso de transformación, en una praxis que modifica situaciones que necesitan de la ficción o la ilusión para ser toleradas.

Como trabajadores en Salud Mental estamos obligados a lograr esa forma de lectura de la realidad. Sería muy importante que esta encuesta sea algo más que la oportunidad para enunciar posturas. En un proceso de liberación, la lucha por la salud no es sólo la lucha contra la enfermedad, sino contra los factores que la generan y refuerzan.

Se nos ha preguntado; como trabajadores en Salud Mental quizás haya una sola respuesta concreta: el reconocimiento de nuestra verdadera situación en el campo de la salud, el reconocimiento de nuestras necesidades como pueblo.

Desde allí, y desde una correcta evaluación de fuerzas (Logística), será necesario organizarse, darse una estrategia común, analizar el verdadero significado de lo que parece avance y de lo que parece retroceso. Cuidarnos tanto de la marginación como de la ingenuidad, pero recordar ante todo, que en salud, la praxis es colectiva.

Bibliografía: "Del Psicoanálisis a la Psicología Social". Enrique Pichon–Riviere. Edit. Galerna, 1971, Tomos I y II.

Contesta Juan Carlos Risau

1) La respuesta es compleja, ya que la estructura de la asistencia psiquiátrica en la Argentina obedece a varios factores que interactúan entre sí. Ante todo debemos decir que la asistencia psiquiátrica es un sector, "pariente pobre" de la asistencia de salud en general y ésta un resultado de la estructura socioeconómica del país. Esa estructura de país capitalista dependiente con desarrollo desigual hace que la política económica sea impuesta por el imperialismo yanki a través de sus organismos como el BID, banco mundial, etc. Política que, entre otras, se trasluce en presupuestos deficitarios, lo que hace que toda inversión del Estado sea valorada en función de los beneficios que reditúa para la "estabilidad" del Sistema. Así vemos que el presupuesto para Salud Pública ha llegado a ser del 1,9o/o y el de Defensa y Seguridad el 15o/o del presupuesto nacional. Vemos ya que la inversión es mínima.

Pero en la redistribución de acuerdo a las necesidades es Salud Mental la perjudicada. Ya que el rédito en Salus es mayor en otras áreas como luego veremos.

Segundo factor. El sistema efector en salud comprende los subsectores estatal, obras sociales y privado. Hemos visto lo que pasa con el estatal. En el sector de obras sociales que comprende el 40o/o de la inversión total en salud hay que tener en cuenta: a– el uso "político" de los fondos. Basta recordar las "inversiones" en solicitadas con motivos de las leyes de privatización del Manriquismo. Y b– el hecho de que por un lado se elimine en la mayor parte de las O.S. la asistencia ambulatoria en psiquiatría o se la reduzca a límites incompatibles con una buena prestación. Y por otro lado, para la internación se hagan convenios con clínicas privadas, que usufructúan de la enfermedad mental, en general con una asistencia deficitaria, y convirtiendo a la salud en una mercancía. Aquí llegamos al sector privado, que como corresponde en un sistema capitalista es movido por el lucro como fin último. El que tiene que ser lo mayor posible con la mínima inversión. De ahí que se privilegie los actos médicos que implican menor número de días de internación como partos, intervenciones quirúrgicas, etc. En el campo de la salud mental toda internación tiende a ser prolongada, el gasto se disminuye, disminuyendo el gasto en personal. Explotando a las en-

fermeras, psiquiatras y psicólogos en guardias mal pagas o con porcentajes irrisorios en aquellos casos en que hacen psicoterapia. Y reduciendo al mínimo los gastos en tratamiento, acudiendo a los fármacos y al electro shock y eliminando las técnicas psicoterapéuticas que implican grandes inversiones por el elevado costo del personal especializado.

Como resultado de lo dicho, es el Estado quien debe hacerse cargo de la Asistencia del enfermo mental, de quien como vimos está aportando el 40%o del costo en salud, además del pago de cooperadoras, impuestos indirectos, etc.

Por último hay un tercer factor. El criterio con que se trata al paciente. El criterio de alta, de curación, de salud. Sin profundizar, podemos ver que al sistema le interesa:
a— La más rápida reintroducción del enfermo en el circuito de producción y consumo. b— Que la elaboración de las motivaciones de los conflictos que lo llevan a la consulta sea resuelta en tal forma que no sea cuestionado el orden social. Es decir, debe lograrse el hombre adaptado que produzca y consuma. Para ello usa técnicas que eliminan síntomas, medicamentos, métodos convulsivos. Toda técnica instrumentada para un cuestionamiento del sistema es proscripta. Ejemplos ya hubo con comunidades terapéuticas cerradas por la dictadura. Es decir lo que no se puede solucionar en plazos breves pasa a formar parte del gran contingente de los crónicos, que ya que no producen ni consumen; van a parar a los grandes asilos psiquiátricos, donde no sólo no se hará nada por ellos, sino que además son usados para reemplazar la falta de personal. Reprimiéndose con los métodos ya señalados el menor síntoma que altere el orden institucional.

2) De la suma de los factores mencionados llegamos a la situación de crisis asistencial actual. Expresada en el déficit de la cantidad y calidad de la Asistencia. En cantidad, ya que sectores de la población como el infanto juvenil y el geriátrico no están cubiertos. Siendo dificultosa para los sectores obreros, por costo de la atención, bonos, pérdidas de salarios, viáticos etc. Y en cuanto a la calidad no responde a los adelantos teóricos y técnicos de la psicología y psiquiatría actual. La toma de conciencia de estos hechos, de la importancia de los factores sociales en la causalidad de la enfermedad mental, subalimentación— desocupación— violencia directa e indirecta— etc., el pasaje a la condición de proletarizados de gran número de profesionales jóvenes, de la instrumentación como agentes adaptadores del sistema ha llevado a los trabajadores de la Salud Mental a liderar en el campo profesional las luchas por un cambio sustancial de las condiciones de asistencia y trabajo en beneficio de las clases populares. Esta crisis se ha expresado también en la crítica profunda de instituciones tradicionales como la Asociación Psicoanalítica. Crítica que hace, no solamente a los contenidos científicos, sino también a los políticos e ideológicos subyacentes, dados por su verticalidad, elitismo y formación para las clases privilegiadas, tratamiento imbuido de criterios de enfermedad y salud claramente reaccionarios. Es decir que a las crisis mencionadas en la pregunta hay que agregar la crisis de la enseñanza de la psicología y psiquiatría.

3) Yo privilegiaría en el campo de nuestras instituciones gremiales, la necesidad de un frente conjunto con todos los trabajadores de la salud, sean o no profesionales. Es importante no desgajar la salud mental de la salud pública como ha hecho hasta hoy el sistema. Reivindicar como puntos básicos: a— Asistencia gratuita, eficiente y a cargo del estado para toda la población. b— Implementar, en forma inmediata, ya que no hay nada hecho, un plan de prevención de la enfermedad mental. c— Control popular de la tarea hospitalaria asistencial y sanitaria. d— Funcionamiento horizontal de los hospitales y no como feudos. e— Carrera sanitaria para todos los trabajadores de la salud, con ingreso por concurso, revisión periódica de cargos, salario digno y estabilidad. f— Formación adecuada y gratuita a cargo del estado para todos los profesionales.

Tener claro que toda esta lucha debe estar engarzada en las luchas populares. Unica forma de lograr nuestros objetivos. Y teniendo presente que la solución total del problema de la Salud se dará, no con el cambio de las estructuras del sistema sino del sistema de las estructuras.

En el campo teórico es necesario una reelaboración de la teoría, esto no significa crear una psicología nacional y popular, sino elevar la psicología a la categoría de ciencia, instrumentada en beneficio de toda la población y no de un sector privilegiado, evitando en la práctica, la traslación mecánica de conocimientos y técnicas importadas a nuestro país lo que implica convertirse en agentes concientes o inconcientes del neocolonialismo cultural.

Contesta Gregorio Baremblit

1) Se trata de una prestación totalmente ineficaz y antieconómica no ya para los objetivos que genuinamente debería cumplir sino aún para la funcionalidad represora y de recuperación compulsiva de fuerza de trabajo a la que el Estado de nuestra formación económico—social—capitalista dependiente la tiene destinada.

Está orientada fundamentalmente hacia el depósito e inmovilización del enfermo "consumado", sancionado como tal por criterios groseramente ideológicos de desviación de las normas de la clase dominante: biologistas (es decir reduccionistas) y "fenomenológicos" (es decir pseudo—objetivos) en lo teórico, y policíacos en cuanto a procedimiento.

La actividad psicoprofiláctica: familiar, grupal, laboral, comunitaria, etc. es prácticamente inexistente, al

Librería Galerna

Le ofrece:

- Amplio stock de libros del área de las Ciencias Sociales, con especial referencia a América Latina. Existencia de libros de otros temas en general.
- Rápida ubicación de cualquier libro buscado.
- Novedades exclusivas de otros países, en libros y revistas.
- Envío sin cargo de Boletines mensuales, con todas las novedades del mes.
- Servicio Bibliográfico de información trimestral, para residentes en el exterior, con amplios Boletines conteniendo los libros publicados en cada especialidad. (Se envía actualmente a 10.000 clientes).
- Colección de revistas y materiales varios, agotados o desaparecidos, que pueden ser consultados y fotocopiados en nuestro local. (Muchas revistas Chilenas).
- Servicio especial de atención a Bibliotecas e Instituciones.
- Envíos y pedidos por correo al interior y exterior.
- Libreros especializados.

Lo invitamos a visitarnos de 9 a 20 hs. y sábados hasta el mediodía.

Librería Galerna

Tucumán 1425, Tel. 45-9359

Talcahuano 487, Tel. 35-8981 Buenos Aires

igual que la articulación entre el aparato asistencial con otros organismos estatales a los fines del seguimiento para consolidar la rehabilitación de los pocos que tienen la suerte de egresar de alta.

2) La asistencia es clasificable en: privada, mutual, de beneficencia y estatal.

La primera suele consistir en una hotelería de lujo que no por lo inalcanzable de su costo disimula su régimen carcelario cuyo instrumental favorito es el llamado "chaleco de fuerza químico" y el "sueño prolongado". La segunda se suele articular con la primera y la tercera en tanto los mismos sanatorios particulares operan como concesionarios, por ejemplo, de la asistencia mutual gremial, empleando instalaciones de menor categoría donde los servicios se abaratan a costa de masificarse deshumanizándose y iatrogenizándose más aún. Los procedimientos biológicos (vg. el electroshock) se practican "en serie" con una casi absoluta indiscriminación y falta de precauciones lo cual acerca esta calidad de las prestaciones privadas a la pésima de la asistencia oficial aunque le cuesta fortunas a las entidades gremiales; la burocracia sindical coimera es la gran beneficiaria de estos contratos.

La asistencia oficial, abrumadoramente insuficiente por razones presupuestarias (es sabido que este país las fuerzas armadas consumen la parte del león) comprende los hospicios (verdaderos leprosarios antiguos llamados eufemísticamente hospitales neuropsiquiátricos), secciones psiquiátricas de hospitales generales (especie de parientes pobres de cada nosocomio carentes de las más mínimas instalaciones), centros de salud, etc. Estos últimos, al igual que algún otro servicio privilegiado de hospital y contadas salas de hospicio intentan emplear técnicas avanzadas psico y socioterapéuticas, sin embargo la falta de recursos (por ej. rentas para los profesionales) y de una adecuada revisión teórica y control de la aplicación de esos instrumentos técnicos convierte esas iniciativas en centros de ideologización reaccionaria, reclutamiento de pacientes para los consultorios privados y trampolines demagógicos para psiquiatras oportunistas con vocación de ascenso político–burocrático.

Debe sumarse a todo esto la superconcentración de trabajadores de la Salud Mental en la Capital Federal, debida a que el déficit institucional sanitario psiquiátrico en el interior es casi total y la superproducción universitaria de profesionales sin preparación adecuada ni inserción posible en el mercado genera una desocupación que favorece la explotación de aquellos por el Estado (asistencia ad honorem) y por las empresas privadas, lo cual obviamente, degrada la calidad de su trabajo. La deficiente formación técnica es capitalizada por organismos privados reaccionarios como la Asociación Psicoanalítica Argentina que proporciona a los TSM una formación desvirtuante aunque sistemática, de un costo sideral y alienante.

3) Cualquier medida parcial de cambio de esta organización que no sea hecha en el marco de una profunda revolución de la estructura socio–económico–política del país debe ser cuidadosamente evaluada por su permanente riesgo de servicialidad al sistema. La exigencia básica sería que todo reordenamiento se realice involucrado en un plan de medidas tendientes a la socialización de la medicina, la reestructuración universitaria y un auténtico mejoramiento del bienestar social entendiendo por tal la atención a las necesidades de vivienda, alimentación, instrucción y régimen laboral de la población. Con todo la medida precaria más impostergable es la radical transformación de los hospicios y la implementación de una campaña psicoprofiláctica intensiva con el uso especial de los medios de comunicación masiva en todas las latitudes de la nación. Se impone la formación de un organismo interno de vigilancia.

Ya es un lugar común que lo que llamamos locura es un efecto socio–económico–político del modo de producción capitalista mucho más que un desorden biológico o "existencial"; el enfermo mental tiene el lugar de la víctima pero también el del denunciante; con una metáfora muy forzada puede afirmarse que el loco es un revolucionario fracasado. A nosotros los trabajadores de la salud mental nos atañe el ser su policía o su compañero en la lucha por acceder al verdadero camino y esa es nuestra propia elección de camino y parte de nuestra propia cura.

Contesta Ricardo Grimson

En el campo de la salud mental se replantea hoy el concepto mismo de de enfermo mental, la fundamentación de los tratamientos, la planificación de una estrategia adecuada, la necesidad de responder a necesidades masivas de la población. Podemos decir que lo que está en cuestión es *el significado social* de la práctica psiquiátrica y la vinculación de tal ejercicio con el fenómeno de opresión social, marginación del pensamiento y represión de las conductas. Pero hay también ámbitos ajenos a esta polémica. Son los bastiones del pensamiento totalitario para el cual la emergencia de un sentido más amplio, la aparición de una perspectiva, son hechos amenazadores.

Así es que los intentos que se desarrollan en distintos ámbitos por permitir el desarrollo de situaciones significativas, por facilitar el procesamiento de los factores institucionales en juego, por disecar la naturaleza de las acciones psiquiátricas institucionales, resultan enfrentadas con el dominio de tales ámbitos por el ejercicio concreto de situaciones opresivas. La aparición de un nuevo proceso –como ser la democratización comunitaria– abre un nuevo espacio revelador y, por el carácter de lo que revela, acusador. Se toleran entonces aquellos espacios psicológicos que remitidos a la intersubjetividad pueden dormir el sueño de las ilusiones transferenciales. Tal tipo de vínculo no afecta al desarrollo

paralelo de un proceso violento en la institución.

Por otro lado la idea que prima en los Hospicios define a la violencia como un impulso absurdo, perdiendo así de vista la naturaleza del proceso violento sobre el que se alza la institución. En "Vida en Familia", el film británico, una paciente inicia un contacto afectivo con un paciente que también está internado. La mujer resulta severamente reprendida y estalla en una crisis de excitación. Para la psiquiatría la secuencia causal no importa. El estallido prueba que los pacientes son violentos. De aquí las medidas custodiales que bajo título de protección estimularán futuros estallidos.

En la madeja multiforme de los intereses económicos, la persistencia de técnicas perimidas, la jerarquización paralizante de las funciones, el estado de hacinamiento y desprotección de los pacientes, los húmedos corredores y las esperas interminables, se juega el destino de la salud—locura de sectores extraídos del proletariado urbano y rural. El aparato represor es eficiente y así va sustituyendo el fulgor de un delirio por la rumiación concéntrica, la esperanza mesiánica por los rincones aislados, los convencimientos por las confusiones. Al apagarse la locura todo sigue en una tranquilidad aburrida y sin esperanza. Pareciera que un proceso ordenado desde lo social dirigiera a los Hospicios a cumplir esta misión de liquidación de disidencias.

Es peculiar a cada institución el tipo de explotación que elige, las formas en que las mantiene, los motivos por los que perdura. Estudios de distintas instituciones permiten el reconocimiento alucinante de datos emparentados: el psiquiatra—loco y el loco—psiquiatra —como en el cuento de Poe son habitantes frecuentes de estos dominios: las lavanderías en que los matones cobran por los empleados inermes; la indigencia; la destrucción seriada de las personas. El dominio —uno desearía que así fuera— no es el de la literatura, ni siquiera en sus variantes terroríficas. Es el de la realidad convencional de los manicomios.

El impacto que produce cada tanto la noticia que comunica el hallazgo de un cadáver abandonado e irreconocible, la prisión de hombres desnudos tras el alambrado de un gallinero, una muerte sospechosa en una sala, no genera conductas aclaratorias sino encubrimientos. El sistema asistencial psiquiátrico sufre una larga cura de sueño cuyos efectos se miden en el deterioro de volúmenes importantes de pacientes. Una de las paradojas de la situación es que la anormalidad del asilo hace parecer locas las preocupaciones por cambiar las cosas que cada tanto intentan alzar cabeza en su medio. Se verifica entonces que para la locura crónica de nuestras instituciones manicomiales no hay amenaza mayor que la locura abierta, y los mecanismos adaptativos de tales instituciones llevan de la alucinación a la rumiación, del impacto del delirio al recuerdo borroso, del deslumbramiento al apagón. Es la locura pobre de los pobres lo que se consigue así, ese deambular rutinario y aburrido de los que han trocado la indagación del misterio por el círculo vicioso.

Han aprendido bien. El asilo es en ese sentido una escuela eficiente con un producto uniforme. La única fuga a la violencia externa está en la auto—mutilación, en la limitación, en perpetuar los síntomas. Un loco que sobrevive es un loco que se distrae, que no se da cuenta, que no se ubica y que no entiende, que no pregunta y que no protesta.

Lo que caracteriza a una institución asilar es su necesidad de persistir. Esto se logra tomando como objeto básico de interés y referencia de los procesos a la institución misma. El hospicio no produce salud ni se centra sobre los pacientes. Está dirigido a su propia permanencia. En ese sentido sus componentes pueden jerarquizarse según la importancia que tienen para mantener a la institución. El cambio del hospicio no pasa por la introducción de modificaciones parciales sino de alteraciones de los valores, de los objetivos, de la orientación de los esfuerzos, de los programas. Sin un marco institucional para el que sea relevante la protección del entendimiento, la aparición y desarrollo de los significados de la vida institucional, o sea: sin una mitigación de la opresión de los enfermos mentales, no hay futuro en el que pueda inscribirse la concepción de la salud mental.

Las características particulares de las enfermedades mentales han llevado a un aislamiento de la patología mental del conjunto de las formas de patología. Esto constituye una aberración que se continúa en el aislamiento de la carrera de Psicología del marco de la salud. El rescate de las acciones de salud en el campo de la psicología requiere la reinstalación de la psicología en el marco de la salud, lo cual no hace a una superposición de carreras adecuadamente diferenciadas como Medicina y Psicología, sino a la necesidad de que tanto la Medicina como la Psicología se dirijan al logro de condiciones de salud en el campo nacional.

Resulta que la famosa superpoblación de médicos y psicólogos que se da por lo menos en el ámbito capitalino no se traduce en una densidad excesiva a nivel del conjunto de las instituciones de asistencia. Por el contrario es claro en el campo de la Psicología que salvo algunas instituciones privilegiadas o jerarquizadas, la ciudad de Buenos Aires carece de un sistema global acorde a las necesidades de la población. Uno solo de los rubros puede ser un indicador elocuente: con una tasa de 6.3o/o de alcoholistas (en mayores de 15 años) la ciudad de Buenos Aires no tiene un solo servicio integral dedicado al alcoholismo.

No hay forma de responder a las necesidades de la población sin conocer, registrar y medir tales necesidades. Ellas deben ser las orientadoras de los planes de capacitación de la planificación asistencial, de la evaluación de las acciones emprendidas. Toda política que no se origine en un replanteo fundado en las necesidades de la población, que no garantice el desarrollo de formas de fiscalización popular de sus acciones, corre peligro de integrarse en las políticas que mantienen la desigualdad social burlando el derecho a la salud de los sectores populares. [1]

El campo de la salud mental es hoy centro de replanteos. Considero que los mismos se ubican en dos vertientes antagónicas, y que si bien se unen en su oposición a los sistemas anacrónicos, divergen en su sentido. Por un lado hay replanteos a nivel de la teoría. la abstracción, la conceptualización, diría que todo ésto configura una corriente teoricista, la de los epistemólogos. Por el

---

[1] Esta posición de conjunto frente a la problemática de la salud se ejemplifica en el documento sobre Salud Mental adscripto al Plan de Salud de los Equipos Político—Técnicos de Juventud Peronista, en

otro lado se desarrollan formas prácticas de resolver la desigualdad entre las necesidades y los recursos; se trata de un desarrollo que no acepta posponer la acción. Creo que con algunos recaudos debe pasarse a entender que lo que el país requiere es más lo segundo, a pesar de sus riesgos, que lo primero. Para mí basta para inclinar el argumento el hecho de que la primera corriente desconoce los hechos básicos de la opresión, la violencia, la explotación y la desigualdad que se ejerce sobre los sectores populares y que su práctica puede avanzar sin tener a éstos en cuenta. Agreguemos que parece desarrollarse ahora entre los empiristas un reconocimiento de la necesidad de sistematizar los proyectos y de formalizar marcos teóricos dentro de los cuales efectivizar una práctica más rica. Pero también resulta claro que la elaboración teórica no puede desarrollar preciosismos sin desconocer la realidad y sus urgencias, porque así se hace cómplice del mantenimiento del estado actual. De aquí que nos inclinemos por los proyectos determinados desde las necesidades reales de la población.

La visualización de los problemas psicológicos como problemas inherentes al campo global de la salud de la población permite entender que las soluciones son de la órbita de la planificación de acciones colectivas, que sus agentes no son individuos sino sectores de técnicos preparados para detectar las necesidades y especialmente para entender la forma en que los sectores populares definen sus necesidades, que el marco de la respuesta adecuada es el marco de las instituciones a crear, y que la función de la Universidad es capacitar para tales instituciones. No habrá entonces reconstrucción sino originando los instrumentos institucionales y capacitando los grupos humanos que puedan dar respuestas nuevas a los viejos problemas cuya subsistencia resulta necesaria para el sistema político existente.

Un país cuyas prioridades de realización están determinadas por el reconocimiento de la postergación histórica de los sectores populares encuentra en sus determinaciones políticas y en sus derivaciones técnicas los recursos, el personal y los programas cuya realización urge abordar. Esto pone en evidencia el efecto retardatario que el orden imperante ejerce sobre los proyectos aislados cuyo avance se aborta en el momento preciso en que se está gestando una situación significativa que puede empezar a ser descifrada. El orden se defiende de las aclaraciones y reinstala la irracionalidad. En nuestro caso lo hace en especial en las casas de control del pensamiento popular, pero también, a su manera, cuela en los resquicios de instituciones más prestigiadas y se acomoda en los consultorios académicos.

---

el que las medidas específicas recomendadas se integran en un plan que pivotea sobre dos grandes campañas nacionales: Lucha contra el Alcoholismo y Lucha contra el Retardo Mental, y se entronca con el instrumento de la fiscalización popular de las acciones. La posición ha sido desarrollada en "Condiciones Políticas para el Desarrollo de una Psiquiatría Nacional" de Averbuj, D. Costaguta, E. y Grimson, W.R. y en "Bases para la Transformación de la Psiquiatría" de Grimson, W.R. (en Psicología Argentina Hoy, Ediciones Búsqueda, 1973), y está expresada en distintos documentos de la Agrupación 17 de Octubre de Trabajadores de la Salud Mental.

Contesta Roberto Harari

"Me aplicaron el electroshock. Se ve que querían sacarme la enfermedad del cuerpo. Pero no me quejo. De qué tendría que quejarme. Los médicos son buenos. Hacen lo que pueden. Recetan, dan consejos. . . y además, si me fuera de acá, ¿adónde iría? No tengo nada, No tengo a nadie. En el fondo los médicos no entienden de estas cosas de la mente, del espíritu. . . Simplemente toman la temperatura de la piel. Dan pastillas, inyecciones como si se tratara de un almacén. . . Lo terrible es que nos traen para que uno no se muera por la calle. Y luego todos nos morimos aquí."

De un interno del Hospital Borda (Revista *Crisis,* Marzo 1974).

En virtud del espacio con que cuento, voy a tratar de sintetizar mis respuestas trazando tan sólo ciertos lineamientos genéricos que, por lo tanto, han de dejar en el tintero una serie de especificaciones también pertinentes, e incluso, desarrollos más extensos de lo aquí a/e—nunciado.

1. En una formación social como la de nuestro país, signada por relaciones de producción pertenecientes a la esfera de un modo de producción capitalista dependiente, la asistencia psiquiátrica muestra, en marzo de 1974, la marca indeleble de una neta discriminación clasista. Esto es que el carácter y la eficacia de las prestaciones en cuestión son harto disímiles de acuerdo a la posición que ocupa el recipiendario en el proceso productivo. Quien por sus recursos deba apelar a la atención brindada por las entidades estaduales, se hallará con graves deficiencias en varios órdenes, sea que su asistencia requiera un tratamiento ambulatorio, sea que se imponga la internación. El déficit ya tradicional alcanza en el primer orden: 1) al número de establecimientos que brindan la prestación específica, que conduce a 2) largas "colas" de espera en ellos, que conlleva 3) una ideología numeriforme, que privilegia e incita a atender a muchos pacientes por parte del profesional, hecho que da pie a 4) una prestación "al paso", con recurrencia frecuente al enchalecamiento químico —psicodrogas— de la conflictiva psíquica que no encuentra un continente adecuado de expresión, por lo cual 5) la terapia —en general— no indaga la etiopatogenia sino que intenta obturar la sintomática, lo que como sabemos desde Freud, tiende a que 6) dicha sintomática recidive, analógica o metonímicamente.

Si se trata de la internación, nos

encontramos con un paciente que a su disturbio mental adicionará el provocado por su estancia en el establecimiento, que propenderá muy probablemente a su cronificación irreversible. Tan sólo ciertas experiencias aisladas han acometido la empresa de remover la estructura custodial, asilar y de "depósito" que nimba a los institutos psiquiátricos estaduales de internación, y las mismas autoridades máximas en el orden nacional de la Salud Mental han dado pruebas no hace mucho de su aptitud cavernícola al interrumpir violentamente proyectos de transformación integral de manicomios clásicos. La violencia de éstos en el trato a los pacientes la trasuntan desde los "recursos terapéuticos" —shocks de diversa naturaleza, manguerazos de agua fría, inyecciones de leche, celdas individuales de reclusión, etc.—, hasta la escasez de habitaciones, camas, ropas, alimentos y profesionales, sin dejar de mencionar la psicotizante deprivación sensorial.

Para quien disponga de excedentes pecuniarios pasibles de inversión en asistencia psiquiátrica, el panorama muta radicalmente. El trabajo en consultorio privado hace gala de un número elevado y calificado de profesionales; no hay aquí "colas" ni necesariamente "psicoterapias al paso" ni emparchamientos paliativos, debido en gran medida al fuerte y destacado desarrollo del psicoanálisis entre nosotros. En una situación de transición en todos los órdenes se hallan las clínicas, centros o institutos privados que a aranceles medios intentan obviar las falencias de los hospitales y la privacidad s—electiva de los consultorios, a los que se accede desde la pequeña y mediana burguesía hacia arriba.

Por supuesto que al escribir esto lo hago desde la óptica parcial y distorsionada de nuestra opulenta Buenos Aires, caracterización que, salvando las distancias, puede hacerse extensible a otros grandes y/o importantes centros urbanos como Rosario, Córdoba, Mendoza y Mar del Plata (en ese orden). Y pido disculpas por incurrir en un lugar común: el resto del interior de la Argentina, también en lo tocante a la asistencia psiquiátrica, es otro país. Puede decirse, sin temor a exagerar, que la tipificación de marras resulta extremadamente simple: ni siquiera existe, fuera de algún profesional localizable errátilmente. Quién, de existir, cuenta con mínimas posibilidades de perfeccionamiento y actualización.

2. Dada la gratificación económica que elementalmente otorga, y el clima confortable de trabajo, el profesional de la salud mental tiende a volcarse paulatinamente desde su egreso a la labor privada o à la asociación con colegas bajo forma de centros, etc. La institución hospitalaria es "desertógena", es un tubo abierto a dos puntas, al que se desea ingresar conociendo habitualmente de antemano que se ha de egresar en cuanto las circunstancias lo permitan. Lo paradojal es que el profesional —hablo ahora de Buenos Aires— que, recientemente egresado, necesita acopiar experiencia y aprendizaje clínico, se ve forzado a luchar por la obtención de un cargo gratuito en un hospital. Como de éste no ha de poder vivir, debe a su vez privilegiar otra tarea, fundamentalmente la de consultorio privado. Cuando comienza a intensificarse su trabajo privado, se puede pensar que su nivel científico—técnico es notoriamente superior al que ostentaba al ingresar al hospital: es el momento, entonces, de dejarlo. Irse, para que otro recorra el mismo sendero. Vale decir que el hospital, cuando capacita, expulsa. Y de tal modo, la atención directa queda, por imperio de nuestro modo de producción, habitualmente en manos de los profesionales de menor antigüedad. Es claro que peor que la del médico es la disociadora situación en que se halla el psicólogo: siendo el pivote de los servicios por su número, siendo su mano de obra barata por excelencia, aún perdura una ley de la dictadura por la que se le prohíbe ejercer la psicoterapia, a más de adjudicarle un grado escalafonario que lo degrada de su condición de profesional egresado de carrera mayor. Si bien esto no afecta la marcha de la asistencia, por cuanto ni los psicólogos, ni la gran mayoría de los psiquiatras han acatado tamaña aberración impugnándola activamente en la práctica diaria, su no abolición no hace sino testimoniar que los mismos intereses sectoriales que la gestaron son quienes aún la hacen perdurar. Cae por su peso que no son precisamente motivos de raíz científica los que justifican la postergación del psicólogo, sino únicamente la defensa desesperada que la camarilla psiquiátrica —encaramada rotativamente en los cargos jerárquicos como funcionarios— ha hecho y sigue haciendo de su anterior monopolio del quehacer respectivo, con las consiguientes ganancias del caso. Para ellos, los egresados de Psicología construimos un peligro en la regulación del mercado. Lamentablemente, continúan poseyendo los resortes del aparato estatal: el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y sus institutos dependientes, las cátedras de Psiquiatría, etc. Otro sector más donde el gobierno popular no ha sabido, querido o podido impedir el continuismo.

Yendo al estamento que dirige una sala psiquiátrica: salvo raras excepciones, es sabido que "el jefe firma y se va". El cargo es, también en este escalón, un mero indicador de prestigio que redunda en el incremento de los honorarios percibibles en privado. Aquí sí, la determinación es estructural: se les paga, en efecto, pero con un sueldo que más se parece a desembolso por viáticos que a un emolumento digno.

La misma situación de explotación se patetiza si el egresado novel opta por cursar una residencia del INSM: gran exigencia horaria, pocas vacantes, guardias semanales y remuneración misérrima. El profesional prefiere la categoría de mero concurrente, y transita concomitantemente los caminos de una formación privada, alternativa de la que proporciona una residencia. Si con tal objetivo se dirige a los nucleamientos de psiquiatras y psicólogos, comprobará que éstos han puesto su accionar fundamentalmetne bajo la égida de lo político—gremial, postergando —como por un remordimiento erotizado de mala conciencia— la formación científica y técnica. La preocupación en este orden, de ser seria, fundada y rigurosa, es pronto tildada peyorativamente como "cientificista", bajo la advocación de no sé qué fantasía de redentorismo revolucionario que parece ser patrimonio privilegiado de psicólogos y psiquiatras y que la tornan reñida con el sincero y cálido interés por su ciencia. Creo que aquí radica el principal obstáculo que encuentra en su labor el Centro de Docencia e Investigación de la Coordinadora de Trabajadores en Salud

Mental. Fundada en Buenos Aires en 1972, convergen en su seno la regional Capital, de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) y las asociaciones de psicopedagogos y asistentes sociales; su creación fue el fruto de un proyecto contenido en la plataforma electoral de la agrupación que me postulaba para la Presidencia de la APBA y, ya desde el cargo, trazamos las líneas preliminares que hallaron su concreción durante la gestión del siguiente elenco directivo, que encontró además una circunstancia propicia en la FAP: ésta acababa de acoger en sí al elenco de psicoanalistas automarginados de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), quienes lo hicieron, es sabido, por influjo de factores político—ideológicos. El 'boom' de una nueva corporación, esta vez sin excluir a los psicólogos—impedidos de ingresar en la APA—, propulsó un notable interés por la labor que pudiese llegar a desplegar la Coordinadora, particularmente su Centro Docente. La deserción fue también notable al poco tiempo, ya que la masividad y la desarticulación en la enseñanza —ésta era, en puridad, lo que los profesionales buscaban. . .— atentaron contra sus ventajas, entre las cuales la casi gratuidad no era de las menores. Quizás también otro factor deteriorante ha sido que una gran parte de los renunciantes, figuras idealizadas y "popes" del psicoanálisis, mostraron que habían renunciado a la APA autoengañados, puesto que no adjuraron de la filial local de la Internacional para salvar al psicoanálisis, sino para abandonar su ejercicio, ya no rentable como en épocas pasadas, y mucho menos rentable, sin duda, que las técnicas yankees de última moda, cuya "onda" han contribuído a importar y expandir los ex—psicoanalistas, hoy tan propensos a la sensorialización imaginaria de los cuerpos biológicos en desmedro del cuerpo simbólico de la ciencia freudiana. Y esto, no olvidar, desde una fervorosa adscripción a la "patria socialista" (sic).

La Coordinadora en nuestro proyecto era concebida —a más de la faz político—gremial— como una entidad que proveería una formación "otra" que la que imparte la APA, vedada hasta hoy para los no—médicos, según está dicho. Denostada, atacada, censurada y censurable en tantos respectos, la APA hoy, en marzo de 1974, vuelve a presentarse como "el" lugar de aprendizaje de la práctica teórica y técnica que sustrata a los profesionales de la Salud Mental. Claro que el actual es un reconocimiento vergonzante y oculto. Algunos movimientos de opinión en el interior de la APA procuran provocar un "aggiornamento" conducente a la expansión de su elenco constitutivo, la ampliación de la función didáctica y la democratización de su gobierno, proponiendo entre otras resoluciones la de la incorporación de los no—médicos, probablemente bajo la convicción de que poco tiene que ver el psicoanálisis con la medicina, según lo demostró Freud hace cerca de 50 años. Es también de destacar el vasto número de profesionales que se forma en grupos de estudio y en supervisiones privadas asistemáticas, así como en diversas Escuelas de Post—grado —privadas también— que metodizan el aprendizaje durante 3 ó 4 años.

3. Enfatizaré redundantemente que concibo al psicoanálisis como la práctica teórica que da cuenta de cualquier abordaje fundado científicamente en el terreno de lo psíquico. Por lo tanto, urge imperiosamente consumar el anhelo freudiano: crear la Facultad de Psicoanálisis en la Universidad, que supla a su institucionalización privada y sea otra cosa que la carrera de Psicología. Debe saberse que en 1919 el propio Freud señaló que la existencia de las Asociaciones Psicoanalíticas privadas se fundaba en el rechazo orgánico de que había sido objeto su doctrina por parte de la Universidad. Hoy y aquí, sucede lo propio. Se informa sobre psicoanálisis superficialmente, no se forma orgánicamente en la Universidad a un profesional en el conocimiento de epistemología materialista y teoría de las ideologías, filosofía, arte y escritura, mitología, religión, folklore, linguística y semiología, teoría de conjuntos. . . Disciplinas que, entre otras, se articulan con el psicoanálisis y otorgan acceso a una comprensión del sujeto humano que faculta la operación psicológica, no sólo en el campo de la psicoterapia, sino en todos aquellos que una correcta formación psicoanalítica abre. Me refiero a la necesidad de investigar y crear nuevos recursos de asistencia que en todo momento prosigan la teorización freudiana, y determinen la concurrencia de los sujetos a la atención psicoanalítica ante problemas no necesariamente agudos. Nuevas implementaciones que separarán tajantemente a este psicoanalista universitario del psiquiatra tradicional con su también tradicional enfoque de la patología y particularmente de la etiología (metabólica, traumática, circulatoria, etc.) no menos que del tratamiento. Y sin dejar de resaltar que es campo del psicoanalista universitario también el innúmero conjunto de síndromes difusos —o no— que a la ignorancia del inconsciente por parte de la medicina organicista oficial le hece proferir el mote de "idiopático" o "funcional", o sea, conflicto inconsciente simbolizado como enfermedad orgánica. ¿Psicologismo? No. Sí, trabajo en equipo. Para lo cual, un mínimo training psicoanalítico debiera ser patrimonio del médico, psiquiatra o no, comenzando, como el mismo analista, por tratarse él mismo. En cuanto a la proclividad al ejercicio liberal de la profesión en consultorio privado: su rumbo sólo podrá torcerse cuando se invierta el signo de lo que desarrollé suscintamente en 1. Y para que arribemos a este desideratum, la única posibilidad finca en una redistribución del presupuesto nacional tal que jerarquice el renglón Salud y su sub—renglón Salud Mental, y que con una planificación administrada por profesionales ajenos a la camarilla eternalizada en la función pública, construya nuevos sitios de atención, estimule el trabajo y la permanencia de sus profesionales en los centros del Estado, indague las necesidades prioritarias del área y las satisfaga, ubique en sus justos términos legales al actual psicólogo y al que según mi propuesta de Facultad, sería en el futuro el psicoanalista. Por cierto que estas medidas, muy racionales y muy fáciles para ser escritas y compartidas, no son tan fácil ni racionalmente cristalizables. Sostener lo contrario equivaldría a aseverar una utopía voluntarista que escotomiza la coyuntura que las puede tornar factibles; a saber, la apropiación del poder del Estado por parte de los sectores empeñados en producir la liberación nacional y social. Coyuntura en la que todos los índices convergen para evidenciar que no parece ser la actual.

LIBRERIA

LA MAS-MEDULA

MATERIALES SOBRE
PSICOANALISIS,
LITERATURA Y
POLITICA EN
INGLES Y FRANCES

ARROYO Y QUINTANA
LOCAL 4

Desarrollo Económico

Revista de Ciencias Sociales

Publicación trimestral del
INSTITUTO DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL (IDES)
Güemes 3950 - Tel. 71-6197 - Buenos Aires

Director:
Torcuato S. Di Tella

Nº 53 Abril-Junio 1974 Vol. 14

Artículos

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO: Las contradicciones del desarrollo asociado.

FRANCISCO C. SERCOVICH: Dependencia tecnológica en la industria argentina.

ADOLFO CANITROT: Algunas características del comportamiento del empleo en la Argentina, 1950–70.

CARLOS MARIA VILAS: Aspectos estructurales de la dominación social en la República Dominicana.

PRODUCTO E INGRESO

CARLOS NORIEGA: Estado actual de las cuentas nacionales en América Latina.

Notas y Comentarios

Crítica de libros - Informaciones - Reseñas bibliográficas

Ediciones La rosa blindada

V.I. LENIN

El triunfo de los kadetes y las tareas del Partido Obrero. La socialdemocracia y los acuerdos electorales

LEON TROTSKI

La guerra y la Internacional.

MAO TSE-TUNG

I. Citas

II. Cinco tesis filosóficas
(Acerca de la práctica
Sobre la contradicción
Sobre el tratamiento correcto de las contradicciones en el seno del pueblo
¿De dónde provienen las ideas correctas?
Sobre la propaganda)

III. Selección de escritos militares

OBRAS ESCOGIDAS
(en co-edición con *Nativa Libros)*

Tomo I/ Tomo II/
Tomo III/ Tomo IV

HO CHI MINH

SELECCION DE ESCRITOS POLITICOS (340 pp.)
(con un extenso estudio preliminar de Enrica Collotti Pischel titulado La tierra vietnamita, Lenin y Mao en la formación de la estrategia de Ho Chi Minh)

TRUONG CHINH

La resistencia vietnamita vencerá

Vo NGUYEN GIAP

I. El hombre y el arma

II. Guerra del pueblo, Ejército del pueblo

III. Guerra de liberación (política/estrategia/táctica)

IV. Fuerzas armadas revolucionarias y Ejército de liberación

LE DUAN

La revolución vietnamita
El papel de la clase obrera vietnamita en la revolución

A. NEUBERG

La insurrección armada

(Shanghai, Cantón, Reval, Hamburgo, 1927)

Salud mental en la Argentina: atención y condiciones de trabajo

Fernando Ulloa

Este trabajo fue coordinado y redactado por el Dr. Fernando Ulloa. Colaboraron en forma permanente los Dres. Silvia Berman y Juan Carlos Risau. También lo hicieron en diferentes momentos las siguientes personas: Dra. Marta Erneta, Dr. Carlos Kaplan, Dra. Marta Hendlen, Lic. en Sociología Gabriel del Olmo y Srta. Gloria Antino.

Este informe sobre cobertura psiquiátrica y condiciones de trabajo de las T.S.M. tiene un doble propósito: en su forma actual, constituye el relato que F.A.P. Capital Federal presenta al V Congreso de Psiquiatría, pero dentro de la política científica de F.A.P. es sólo un primer relevamiento sobre el tema para desarrollar un trabajo sostenido en el campo asistencial. La idea de un trabajo así se basa en la organización de los recursos humanos a través de una acción gremial que, implementando desde una perspectiva política, sirva de punto de partida para poder simultáneamente ir estableciendo la necesaria cohesión y prioridades dentro de los sistemas, métodos y técnicas psiquiátricas.

La información para elaborar este primer informe fue recogida en discusiones realizadas con los T.S.M. en el propio campo de trabajo. Es entonces responsabilidad de quienes hemos organizado esta información el recordar quienes son los verdaderos dueños de la misma. Y es también nuestra responsabilidad devolverla. No hacerlo pasaría a ser una suerte de apoderamiento. Justamente, un objetivo sobresaliente de este informe es rescatar el valor de las experiencias y conocimientos de quienes trabajan todos los días en el hospital intentando superar median-

te esta acción reflexiva el descreimiento que ellas mismas suelen tener de su propio quehacer.

Este trabajo consta de dos partes. Una primera donde se reseñan brevemente las principales características de tres tipos de Servicios de Psiquiatría: Centro de Salud Mental, Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y Servicios dentro de un Hospicio. Y una segunda de observaciones generales.

Centros de Salud Mental

Existen en el área de la regional algunas instituciones psiquiátricas de creación relativamente reciente que tienen como características fundamentales no estar incluidas en un hospital general, no tener servicio de internación y ampliar la atención de consultorios externos por medio de un departamento de promoción y prevención de la salud mental, destinado a desarrollar programas en la zona donde están incluidos. Estos servicios intentan funcionar en líneas generales dentro de una concepción psiquiátrica que por sus métodos y técnicas se la define como no tradicional.

Estos centros suelen ser definidos, incluso por sus propios integrantes, como "servicios vidriera", definición ésta que en muchos casos no hace justicia a las intenciones ni a los esfuerzos de quienes trabajan en ellos, pero que alude no tanto a la caracterización de los esquemas técnicos que se intenta aplicar sino a las dudas acerca del cumplimiento de objetivos asistenciales significativos para el grueso de la población.

En realidad esta denominación de "servicio vidriera", aún considerándola inadecuada, destaca que estos y otros servicios pueden resultar una suerte de exponentes novedosos para ser mostrados (vidriera). Pero suele ocurrir con éstas y otras experiencias novedosas que a poco se desarrollen, por simple contraste con las malas condiciones generales que se dan en el campo asistencial, adquieran el molesto carácter de "denuncia" y en consecuencia empiecen a perder el apoyo que inicialmente les prestó la jerarquía. Entonces, entre los mismos integrantes se establece una suerte de temor expresado en la formulación: "tratemos de que no nos cierren el servicio", aunque en general no se alcanza a definir con precisión desde dónde se concretaría la amenaza, si desde la autoridad administrativa municipal, si desde los organismos represivos o si desde las críticas provenientes del campo mismo de la salud mental. Lo que sí es cierto es que muy pronto surgen signos de autocensura entre los T.S.M. que integran estos servicios.

Con frecuencia la cobertura asistencial psiquiátrica que presta este tipo de organismos resulta selectivamente destinada a un tipo de paciente perteneciente a capas socioeconómicas que habitualmente son tributarias de la asistencia privada, ya que estos centros transmiten una imagen que crea expectativas asistenciales principalmente en sectores ligados a determinada "cultura psicológica"; profesionales de la psiquiatría, el psicoanálisis, la psicología, sociología y el medio universitario en general. Esto explica el predominio de un tipo de población no sólo de pacientes sino también de profesionales que tiene expectativas, las primeros en relación a ser atendidos y los segundos a integrar los cuadros técnicos. Todo esto contribuye a privilegiar una determinada modalidad terapéutica próxima a los esquemas referenciales de la práctica privada, lo cual contribuye a aumentar el valor que se le asigna a estos servicios como oportunidad de capacitación, puesto que este aprendizaje es fácilmente revertible al consultorio privado. Es por todo esto que lo asistencial puede resultar en ocasiones sólo un epifenómeno del adiestramiento, sin que esto señale un deterioro de la calidad asistencial sino que reafirma el carácter selectivo de la misma. Y, en la medida en que en algunos equipos se dedican más horas a la capacitación que a la atención de pacientes, a lo selectivo se agrega lo limitado.

Lo anterior se refiere principalmente al aspecto asistencial. Las otras actividades, las de prevención constituyen quizá la idea central con que se organizan estos centros, aunque no puede decirse que en este momento existan programas que hayan alcanzado un gran desarrollo efectivo. Los programas en general giran sobre dos modalidades: la capacitación de agentes de salud (farmacéuticos, peluqueros, diarieros, etc.) como una manera de ir creando conciencia preventiva en la población, o bien, el abordaje de la zona a través de las instituciones ya organizadas en la misma. La crítica que se puede hacer a esta segunda modalidad es la de pretender trabajar con la llamada "parte positiva de la sociedad" o "parte productiva". En tal caso, quien desarrolla la acción preventiva se ve amenazado con convertirse en una suerte de asesor en sanidad de las instituciones sobre las que trabaja, estando, en consecuencia, los fines preventivos y promocionales ligados y limitados a los objetivos de producción (u otros) de las mismas. Esto no ocurre, en cambio, cuando se promueven los programas a través de organizaciones zonales de otro tipo tales como juntas vecinales o de fomento, con objetivos desde el inicio más próximos a los de un plan de salud.

Una característica típica de estos centros es el haber institucionalizado la asamblea deliberativa como operación importante en el funcionamiento del servicio. Otra particularidad es la tendencia a romper las prioridades que habitualmente se les asigna a los médicos como agentes de salud. Un equipo integrado por psicólogos y médicos puede estar coordinado por una asistente social.

Como síntesis final puede decirse que estos centros constituyen en sí un intento de introducir nuevos recursos y cambios en el campo asistencial, pero que pesan sobre este intento diferentes amenazas. Por ejemplo, pueden encontrarse fluctuando entre alternativas tales como prolongar la etapa vidriera de planificación y funcionamiento restringido o enfrentar el riesgo de improvisar operaciones no tradicionales. Una disyuntiva más amenazante aun es la de optar entre la prudente autocensura que convencionaliza los programas o enfrentar el riesgo de provocar reacciones represivas cuando la profundización de estos programas los transforme por simple confrontación en denuncia de las negativas condiciones dadas en el ámbito de la salud pública.

Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales

Lo más evidente y característico en un servicio de este tipo es descriptivamente lo siguiente: concurre un nutrido elenco de especialistas que van cambiando continuamente, se consideran "antiguos" los que llevan tres o cuatro años. Se

cuenta con un pequeño número de rentas que, a su vez, son de escasa monta. El espacio físico es también muy escaso y las soluciones ideadas para la utilización del más mínimo pasillo a fin de convertirlo en un consultorio o en varios deberían figurar entre los prodigios de la arquitectura criolla, junto con las villas miserias. En muchos casos se prescinde de paredes o tabiques y simplemente hay que imaginar que un pasillo largo está dividido en varias zonas ecológicas habitadas por cada terapeuta con su paciente.

Quizás por ser instituciones con más tradición que las anteriormente descriptas (los Centros de Salud), resulta más difícil caracterizar singularmente a un servicio de psicopatología de un hospital general. Sin embargo, esta dificultad originada en la imagen más o menos tradicional de un servicio hospitalario constituya quizás su principal característica, en la medida en que esta misma tradición se refleja en los propios integrantes, quienes tienden a asumir una modalidad que se hace evidente cuando se los confronta con la actitud "más nueva" que se observa en un servicio organizado, como centro de salud, sobre todo si se tiene en cuenta que en estos últimos las condiciones de espacio físico son más favorables, y, por lo menos durante un tiempo, mantienen la sensación de estar intentando el desarrollo de programas diferentes de las tradicionales. Es probable, con todo, que esta diferencia resulte a la postre sólo aparente, pero el caso es que en los servicios de psicopatología de hospitales generales visitados se recoge de entrada, la impresión de que la gente posee a nivel individual una experiencia y una información bastante rica, pero que resulta difícil organizar una estructura productiva adecuada para procesar coherentemente esta experiencia. "Las palabras caen en el vacío" o "esto lo hemos discutido ya muchas veces sin resultado" son expresiones significativas de esta actitud. Es como si estuviesen de vuelta y desesperanzados.

Precisamente uno de los factores que más gravitan en esta desesperanza es el gran peso que tiene el entorno tradicional hospitalario sobre los servicios de psiquiatría, que en general no terminan de ser aceptados, sobre todo cuanto la ideología terapéutica y las pautas organizativas entran en conflicto con las sancionadas por el resto de los servicios de un hospital general. Esta presión se manifiesta en diferentes formas y puede ir desde actitudes de rechazo y descalificación personal a los T.S.M. generalizados como "psiquiatras barbudos y psicólogas con pantalones", hasta las sanciones adminsitrativas originadas en la dirección del hospital. Una forma más cotidiana de presión está representada por las admisiones cuando éstas escapan a los criterios y posibilidades del servicio de psicopatología y vienen sobredeterminadas desde afuera. Son ejemplos de esta situación tanto la internación desde la guardia hospitalaria de una oligofrenia profunda totalmente inadecuada a las posibilidades del servicio, como la utilización del servicio de psicopatología por el resto del hospital como vaciadero o contención de pacientes con indefinidas causas "nerviosas" de enfermedad.

El primer caso constituye de hecho una forma de ataque, el segundo es un problema técnico de interconsulta y derivación, cuyo estudio y manejo caería más adentro de la responsabilidad del área psiquiátrica. Lo cierto es que temas tales como criterios de admisión, de salud y enfermedad y especialmente de alta, constituyen grandes problemas teóricos y prácticos que se hacen muy agudos en un servicio de psicopatología de hospital general, quizás porque aparecen más confrontados con los criterios de curación supresivos habituales en la clínica médico–quirúrgica del hospital.

Una manera de ejemplificar lo señalado hasta ahora es transcribir literalmente parte de la discusión sobre estos temas realizada con los miembros de un servicio en ocasión de recoger información para este relato. La pregunta fue: "les parece importante discutir criterios de admisión y alta? ". La respuesta fue rápida: Lo hemos hecho muchas veces, demasiadas veces, no pasa nada, es difícil pensar en el servicio. De hecho nadie lo impide, pero uno empieza cuestionándose cosas y a los dos meses chau, no pasó nada en la tarea. Si uno tiene algo que decir lo dice, pero después no pasa nada. Probablemente sí hay un compromiso: el no romper el servicio. Frente a estos comentarios y tratando de revertir el planteo para ver qué grado de recuperación existía y qué cambio de actitud haría posible en ese momento lograr una estructura más productiva, preguntamos: "Cual es el indicio más auspicioso que se dio en el servicio últimamente? ". Respuesta: "Algo que ocurrió con los pacientes el fin de semana, hicieron una pintada y pusieron dos carteles: "Protestamos contra medidas represivas y amenazas de alta". Había habido despelote de noche y el enfermero dijo 'Les damos de alta': como un eufemismo de expulsión". Es ilustrativo el comentario que surgió después del relato de este episodio: "Cuando los pacientes hicieron la pintada –dijo un psiquiatra– al principio sentí miedo, pensé ahora los pacientes se hacen los revolucionarios porque nosotros nos hacemos los revolucionarios, se están perdiendo los límites. Querían jugar al ping–pong a las once de la noche y no dejaban dormir a los otros, entonces *se lo prohibimos; pero podríamos haberlos dejado y esperar a que los que los que quisieran dormir les dijeran no va más.* Sin embargo tomamos el rol de médicos traidiconales, de cuidadores de nuestra propia seguridad y nuestros propios límites. ¿Hasta dónde nos mantenemos en nuestras propias instituciones? Decimos que hay poca enfermería pero cuando los pacientes hacen algo tapamos la olla. Por ahí pasa la autocensura. Cuando tuve miedo no era porque los pacientes se enfermaran, era por mí".

Estas palabras son elocuentes, pero sin duda no siempre resulta fácil en un servicio con fuerte presión de la tradición hospitalaria conseguir que estas palabras de un compañero sean atendidas. Atenderlas significa luego contar con el tiempo necesario para ser consecuente y rescatar durante las horas necesarias la rebeldía en estos pacientes, y ¿quién financia estas horas cuando no hay rentas? Entonces las palabras son reprimidas porque transportan compromisos difíciles de asumir, y la consecuencia inevitable es reprimir tradicionalmente las actitudes rebeldes de los pacientes, cuidando el sueño tranquilo de lo establecido.

Pero puede ocurrir lo contrario, y en este caso ocurrió.

Dos días después de esta reunión, el servicio fue intervenido administrativamente por la dirección del hospital. Los pacientes habían exagerado una pintada tipo Paris 1968. La

dirección consideró que eso no era psiquiatría sino política. Se había llegado a un límite y la represión surgió directamente. El interventor no fue un psiquiatra sino un cirujano, vale decir, no se puso explícitamente en tela de juicio a los métodos psiquiátricos, pues ello hubiera significado una evaluación por especialistas. Simplemente se ajustaron las vueltas de tuerca en defensa del sueño establecido.

Hospicio

Esta es, como sabemos, una institución con larga tradición, la manicomial. Quizás la sorpresa para quienes recogimos información para este relato fue la claridad inesperada de aquellos con quienes discutimos, una claridad con el dolor y la rabia del que se resiste a sucumbir a las condiciones adversas del campo.

De entrada una afirmación categórica y elocuente: "En el Hospicio el cliente principal nunca es el paciente, lo es la comunidad a la que hay que proteger de un loco, la famila que no puede atender a su miembro enfermo y el propio hospital que se protege de la rebeldía del enfermo, ya sea por algún sistema de represión o por los beneficios secundarios de darle techo y comida que no tiene afuera para que se quede tranquilo". Y más adelante: "mientras el paciente esté aplacado por el beneficio secundario todo va bien, por ejemplo, se conformará con prácticas homosexuales y así no se le ocurrirá tener una relación heterosexual y agarrar a la caba". La pregunta siguiente fue: "¿porqué el paciente es manicomial?". La respuesta: "en gran medida por la institución misma, la institución piensa por el paciente, el staff piensa por el paciente, a éste no se le deja pensar, se genera el hospitalismo. Cuando llega se le saca su cédula de identidad y su ropa, cuando sale su permiso es su cédula, que dice 'Hospital Neuropsiquiátrico': esa es su identidad de loco". "Las admisiones vienen determinadas desde afuera. Un día nos felicitan por lo bien que anda el servicio y lo dinamizado que está. Y ese mismo día nos mandan un comatoso, un epiléptico y un esquizofrénico en estado gatoso y se acabó el pensamiento en los pacientes pero principalmente en nosotros mismos. Ahora nos amenaza a nosotros el hospitalismo". "Un paciente está en el momento óptimo para salir, pero su mujer o quien sea convenció al juez de que es peligroso: no sale. Otro ataque a nuestras posibilidades. Los criterios de admisión y alta son administrativos y cuando se administran personas como si fueran cosas todos nos cosificamos. Entramos en una relación cibernética de ida y vuelta cuyo resultado es el equilibrio pasivo". También están los conocidos cuellos de botellas: "Hay 2.800 pacientes, todo un pueblo chico! y un solo plomero, para arreglar un baño; hay cola de espera de meses". "En este servicio hay 18 especialistas y una sola renta (la del jefe)". "El Consejo Asesor Técnico Administrativo del Hospital tiene cinco personas pero ninguno de ellos tiene relación directa con el paciente psicótico. Si la tuvieran se agarrarían a patadas, no hay en el Consejo ningún jefe de servicio, ni médico, ni psicólogo que tenga contacto con el paciente y sepa lo que pasa. Entonces, el cliente al que hay que cuidar aquí es el propio hospital, no el paciente".

Los parágrafos anteriores que transcribimos literalmente son bastante elocuentes. En este servicio el centro de la acción terapéutica es la Asamblea de pacientes con carácter deliberativo y legislavito. Concurren principalmente los enfermos que a su vez están agrupados terapéuticamente. Recordamos que ocurre otro tanto con las asambleas gremiales de los T.S.M. realizadas en otros servicios, donde también el éxito de la misma guarda relación con la actividad gremial que cada equipo realice por sí mismo. La creación de un comité integrado por pacientes y un especialista para impulsar la asamblea y sus resoluciones es otro paralelo posible con el cuerpo de delegados en el nivel gremial. Sin embargo, la importancia que tiene la Asamblea de pacientes no se corresponde con algo similar al nivel gremial entre los T.S.M. que integran el servicio que visitamos. Simplemente no existe nada parecido, aquí el desánimo resulta total y parece tener relación con el alto grado de fragmentación propia de la presión de una cultura manicomial. "No nos ponemos de acuerdo y no podemos hablar, es la mordaza ideológica que nos han metido". "Aquí gremialismo —para empezar con una disociación— significa or-

Libros de hoy para gente de hoy

COLECCION PSIQUIATRIA Y SOCIEDAD

La introducción del cambio en un hospital psiquiátrico Jean-Olivier Majastre **39.-**

Psiquiatría y poder-Giovanni Berlinguer **16.-**

Locura por locura - Var. **31.-**

El hombre con su mundo destrozado - A.R. Luria ... **25.-**

El antisemitismo nazi: una psicosis colectiva - Saul Friedlander **27.-**

COLECCION IZQUIERDA FREUDIANA

Marxismo, psicoanálisis y sexpol - Otto Fenichel y otros **33.-**

Cuestionamos - Marie Langer compiladora **32.-**

Vicisitudes de una relación Armando Bauleo compilador **42.-**

Cuestionamos II - Marie Langer compiladora **42.-**

Marxismo, psicoanálisis y sexpol II - Varios **54.-**

COLECCION PSICOTECA MAYOR

Sobre la palabra y el lenguaje en psicoanálisis - Gemma Jappe **30.-**

La primera entrevista con el psicoanalista - Maud Mannoni **25.-**

Freud - Pierre-Sylvestre Clancier **18.-**

Psicoterapias breves - Leonard Small **41.-**

Realidad y juego - D.W. Winnicott **26.-**

Cartas a Jenny - Gordon W. Allport **33.-**

El problema del inconsciente F. V. Bassin **50.-**

granica

Lavalle 1634 - 3er Piso
T.E. 49-0669 y 46-1456

ganización de médicos que excluye a los psicólogos. Cuando hacemos huelga nosotros trabajan los enfermeros y viceversa. Aquí todo está disociado." "Yo me pregunto, si uno hace una revolución en su sistema ideológico y en su tarea técnica: ¿se quedaría en el Hospicio? ", dice uno de ellos. "Pensamos que F.A.P. tiene miedo de entrar aquí, tal vez por temor a perder su identidad".

Este último comentario es importante. Las condiciones límites de las psicosis destacan amplificadamente las condiciones reales del campo asistencia, a veces más encubiertas en otros lugares. Sin duda, los hospitales neuropsiquiátricos deben merecer privilegiada atención en cualquier plan científico —y gremial— impulsado por F.A.P.

Algunas observaciones generales a partir del funcionamiento de los servicios con los que se discutió su experiencia

La discusión con los T.S.M. en el seno de sus propios campos de trabajo permite consignar observaciones generales que, aún teniendo algunas un carácter obvio, constituyen el punto de partida obligado para una profundización del tema "cobertura psiquiátrica y condiciones de trabajo de los T.S.M."

1) Los T.S.M. ubicados dentro del campo asistencial resultan aprisionados entre la falta de apoyo institucional suficiente (falta de políticas sanitarias coherentes, rentas, espacio, planes de capacitación, etc.) y las justas y en general apremiantes demandas asistenciales de la población de pacientes, familiares y propios colegas con sus pedidos de interconsultas.

Dadas las particulares características del rol de T.S.M. estos soportan personalmente es decir, directamente sobre sí mismos, las condiciones negativas del campo, en un nivel equiparable y con similar sufrimiento que los pacientes, siendo esta situación un factor deformante de su personalidad que repercutirá sobre la manera de asumir el rol. Esto contribuye, por ejemplo, a que adopte una actitud acrítica de pasivo administrador de las condiciones existentes. También esta deformación puede darse en el nivel de sus técnicas y criterios terapéuticos, no cuestionándose por ejemplo, las incongruencias que se dan entre criterios de salud, enfermedad y alta. Finalmente, el carácter deformante del campo se expresa en las pautas con las que los T.S.M. organizan, en el área de su responsabilidad, las instituciones asistenciales. Con frecuencia éstas tienden a convertirse sensible o insensiblemente en baluartes defensivos frente a las aspiraciones asistenciales de los pacientes. Cuando esta situación se hace muy crítica, los especialistas se convierten en individuos sitiados y anulados en su capacidad de introducir cambios, reduciéndose a proteger y reforzar el carácter defensivo y represivo de sus técnicas e instituciones.

Algunas de estas deformaciones serán luego detalladamente expuetas.

2) La otra comprobación, relacionada ahora más específicamente con el tema cobertura psiquiátrica, también configura una afirmación en cierta manera redundante para quien tenga experiencia directa en el campo asistencial: la cobertura psiquiátrica es esencialmente *restrictiva* en la generalidad de los servicios asistenciales, llegando en algunos de más reciente organización a adquirir esta restricción un carácter más bien selectivo por el tipo de técnicas y la modalidad con que se las aplica, lo que las hace accesibles sólo a un limitado tipo de pacientes.

Las causas que contribuyen al carácter restrictivo de la cobertura psiquiátrica son múltiples y de distinta naturaleza. Algunas aparecen en cierta medida como externas al campo donde se mueven los T.S.M., siendo otras de índole más próxima a la responsabilidad de estos. Figuran entre las primeras —las externas— el creciente deterioro económico de la población, que convierte en muchos casos en un lujo imposible para las capas trabajadoras la aspiración de ser atendidas psicológicamente, pues esto debería hacerse a costa de perder horas de trabajo. También deben incluirse como factor restrictivo las escasas instituciones que atienden eficazmente a los sectores no productivos de la población (ancianos, niños, adolescentes y disminuídos mentales). Desde ya que esta insuficiencia es notoria también para los sectores productivos.

Hemos considerado estas causas en cierta forma externas al campo de los T.S.M. pero de ninguna manera puede pensarse que realmente lo sean, ya que nada que tenga que ver con la salud de la población puede escapar al examen responsable por parte de estos, aunque ello implique entrar en posesión de claves y medios de lucha más abarcativos que sus técnicas psiquiátricas específicas.

Existen, en cambio, otras causas que condicionan el carácter restrictivo de la asistencia psiquiátrica desde la índole misma de los criterios y técnicas que muchas veces aplican los T.S.M., sobre todo cuando estos criterios y técnicas implícita o aún explícitamente apuntan en primer término a garantizar que luego de un corto período de tratamiento el paciente se conforme con lo que ha recibido, algo así como atender a sus expectativas de ser atendido pero sin un examen y un trabajo real sobre las causas que provocaron su condición de enfermo. También este punto será retomado más adelante.

3) Una tercera comprobación, harto evidente y que resultaría imposible no consignar es la siguiente: dado que la inmensa mayoría de los T.S.M. que operan en el campo asistencial no perciben renta alguna y los pocos rentados reciben una escasa suma, puede afirmarse que la asistencia psiquiátrica pública —otro tanto ocurre en otros campos de la salud— está financiada en un porcentaje considerable por la práctica privada de los especialistas que concurren a los hospitales. Esta situación conduce inevitablemente a que los T.S.M. que inician su práctica profesional, busquen en el hospital tres grandes objetivos: conseguir un grupo de pertenencia profesional con el cual hacer el tránsito gradual de la inexperiencia universitaria a la experiencia clínica, en segundo término, consolidar o iniciar su adiestramiento y, finalmente, como objetivo más o menos encubierto y explícito, apoyarse en los dos puntos anteriores para conseguir de una manera directa o indirecta pacientes que afiancen su práctica privada, desde la que financiarán o no posteriormente su concurrencia al hospital. Esta situación es en general negada e incluso sancionada como contraria a los cánones éticos tradicionales, pero es no obstante tolerada, ya que constituye el pilar sobre el que con la complicidad de las jerarquías que administran las políticas sanitarias, se apoya casi totalmente la prestación profesional en los servicios hospitalarios.

Desde ya que sería totalmente absurdo pretender que lo anterior es la causa por la cual un profesional inscribe su esfuerzo en un hospital. Más aún, puede afirmarse que trabajar en un hospital implica la la mayoría de las veces una postura ideológica solidaria o el punto de partida de la misma en tanto el especialista sea capaz de cuestionar su práctica.

4) Otra observación directamente relacionada con las anteriores y no menos importante, es el hecho ya señalado de la carencia de sistemas organizados de capacitación de los especialistas, lo cual obliga a que estos vayan procesando sobre la marcha y en condiciones deficientes la experiencia que adquieren, cumpliéndose aquello de "en las barbas de los pobres. . .". Esta situación favorece que en muchas circunstancias la prestación asistencial venga a resultar una suerte de epifenómeno encubierto del aprendizaje de quien ve en él la única retribución que recibe por su trabajo.

El único sistema que explícitamente funciona como capacitación está constituído por las residencias y merece por su importancia un desarrollo más detenido.

Las residencias psiquiátricas son muy importantes en el campo asistencial, tanto desde el aporte real a la asistencia como desde las dificultades y defectos actuales de este sistema de capacitación. Estos defectos se ponen de manifiesto desde el reclutamiento mismo, ya que dado el carácter restrictivo de la selección ingresa un número muy reducido de candidatos entre muchos postulantes con un alto monto de expectativas, y los que logran ingresar verán después inevitablemente frustradas estas expectativas, puesto que los principales objetivos que suelen motivar a un residente a serlo son luego desvirtuados. Estos objetivos en su aspecto explícito pueden resumirse en tres :obtener una formación organizada en el área específica de la psiquiatría; contar con una renta inmediata al post–grado de médico; egresar al cabo de tres años como especialista. Pero en la práctica la formación sistemática debe ser organizada por los residentes mismos fuera de la residencia, y en algunos casos incluso deben defenderla de los obstáculos que opone la jerarquía. La renta post–grado está tan por debajo de lo necesario que inevitablemente el residente, con la complicidad del sistema, se ve obligado a contrariar la expresa disposición de dedicación exclusiva, haciéndose cargo de otras tareas rentadas. En cuanto a su egreso como especialista es un hecho que lo será, pero en general para pasar a engrosar el número de especialistas sin renta en el campo asistencial, lo cual hace que frecuentemente lo abandone totalmente por la práctica privada.

El grupo de residentes en un servicio encuentra, en cambio, cumplido el objetivo de tener una pertenencia grupal que acompañe su pasaje gradual a expecialista. Pero si a las frustraciones señaladas agregamos el hecho de que el sistema de residencias actualmente en vigencia tiene un alto monto de incongruencia desde el momento que los objetivos del CONAREME, de la Municipalidad, del hospital y de los mismos residentes sólo son convergentes en una mínima parte, tendremos entonces la explicación de porqué en muchos casos este grupo tiende a primarizarse y entrar en conflictos diferentes con el resto del servicio. Más aún, cuando desde el comienzo se les intentó vender el slogan de agentes de cambio en el campo de la salud mental mientras que, en realidad, se encuentran atrapados entre una creciente responsabilidad y una escasa participacion real en decisiones que modifiquen las condiciones existentes en un servicio.

Quizás porque los residentes estén soportando sistemáticamente y con espíritu de cuerpo en forma aguda esta incongruencia entre responsabilidad alta y poca participación en decisiones que cambien las condiciones institucionales, es que en estos momentos la Federación de Residentes constituye una avanzada de la lucha organizada dentro del campo de la salud.

5) Una observación ya anunciada más arriba destacaba el *carácter defensivo* que pueden llegar a adquirir los comportamientos terapéuticos y las pautas de organización institucional frente a los pacientes. Esta situación se inicia en lo que podemos denominar el circuito ciego que recorre un paciente y que se abre con su admisión, sigue con las operaciones diagnósticas y el tratamiento y se cierra con el alta. Para cualquier T.S.M. del campo asistencial resulta obvio advertir en primer

Nativa libros

MONTEVIDEO-BUENOS AIRES

Teoría Marxista de las clases sociales, Selección con textos de Marx, Engels, Lenin, Stalin y Mao Tse–tung. Un tomo de 180 páginas, $ 18.–

Historia de la Primera Internacional, por N. Sovolev. 130 páginas, $ 16.–

Proceso de la revolución China, por Chou En–Lai y Wang Jung–Wen. Contiene Informes al IX y Xº Congreso del PC de China. 135 páginas, $ 13.–

Brasil: La guerrilla de Araguaia, por Adamastor Terra. Colección Bandera Roja Nº 35. 7 páginas, $ 7.–

La guerra popular en Brasil, por CC del PC del Brasil. 2a. Edición, 55 páginas, $ 4.–

Distribuyen:

D.E.R. Distribuidora Editores Reunidos
Corrientes 1582, Teléf. 457845
Buenos Aires
Argentina

término que los criterios de admisión, salvo excepciones, no suelen respetar ni la capacidad que tiene un servicio para atender solo un tope límite de pacientes, ni el tipo de tratamientos para los que está habilitado dicho servicio. Así comienza a generarse una actitud defensiva en las instituciones asistenciales. También es frecuente advertir que en lo que se refiere a los criterios de salud y enfermedad que se manejan habitualmente en un Servicio de Psicopatología, la situación tiene suficiente ambigüedad como para dudar por momentos de si se debe alinear a la propia institución psiquiátrica en el repertorio de causas que curan o en el de las que enferman. Pero donde la situación se hace más flagrante es en lo que atañe a los criterios de alta, que muchas veces no tienen ninguna correspondencia con criterios de salud. Un porcentaje grande de altas son dadas predominantemente con criterio administrativo, en el mejor de los casos por disminución sintomática cuantitativa y en otros simplemente por dosis o tiempo cumplido.

En la práctica, los hechos más destacables de este circuito suelen comenzar, una vez admitido el paciente, cuando durante el diagnóstico el especialista insensiblemente tiende a privilegiar sólo aquellos datos que configuran una situación que cree factible modificar con los medios terapéuticos de que dispone y, de esta manera, comienza restringiendo la comprensión del paciente. Así, cada terapeuta va conformando de entrada un determinado tipo y quantum de enfermedad que el paciente puede "transportar" con alguna posibilidad de ser modificada en su paso por el servicio. El terapeuta se verá forzado frente a aquellas demandas inatendibles que le significa su paciente, a ir estructurando comportamientos pseudo–terapéuticos que garanticen más que la real solución del problema del enfermo el poder lograr a su tiempo desprenderse de éste y su problema. Por supuesto que esto no llega a darse como un accionar burdo, sino que lo más probable es que esté presidido por una actitud que no deja de ser solidaria con el sufrimiento de su paciente, pero todo esto no sólo le restará eficacia curativa sino que su comportamiento defensivo frente al enfermo, contribuirá a reproducir condiciones similares a las de la situación de dominación de la cual el paciente probablemente trató de zafarse al precio de su actual enfermedad. Esta actitud puede tomar una forma paternalista, aparentemente solidaria, pero que tiene como fin disimular las condiciones adversas del campo terapéutico, reforzando en cambio los escasos beneficios secundarios que el sistema sanitario puede ofrecer al paciente y al especialista. Por eso, resulta tan importante el examen objetivo entre lo que se cree que se está haciendo y lo que realmente se hace.

6) Retomando una afirmación anterior en el sentido de que tanto el paciente como el T.S.M. soportan con similar sufrimiento las condiciones adversas del ámbito asistencial, puede pensarse que la relación entre terapeuta y paciente adquiere un verdadero valor reparatorio para ambos cuando, en lugar de reproducir más o menos encubiertamente la situación de dominación del sistema social, cuando se mantiene la explícita consideración acerca de estas condiciones adversas que aún dándose dentro de la institución psiquiátrica, son, en realidad, reflejo de un entorno social opresivo que a su vez contribuye desde su presión sobre la familia misma a la instauración y a la perduración de la enfermedad.

Este comportamiento frente al paciente por el cual se intenta *no transformar la crónica pobreza de recursos asistenciales en represión crónica,* está sustentado por una ideología terapéutica que considera al enfermo y a sus familiares como potenciales agentes capaces de impulsar cambios en el ámbito de la salud pública, junto con los mismos T.S.M. Su origen debe buscarse tanto en la espontánea rebeldía del enfermo frente a situaciones asistenciales opresivas como en las técnicas terapéuticas que giran en torno al funcionamiento de las asambleas deliberativas de pacientes y terapeutas, en tanto los pacientes son realmente un factor regulador del carácter curativo de la institución. Otro antecedente más reciente es la participación de pacientes y familiares junto a los T.S.M. en los planes de lucha en defensa de los hospitales públicos amenazados por la privatización.

Por otra parte cabe señalar que el instrumentar técnicas asistenciales no opresivas tiene en el momento actual dos consecuencias casi automáticas. La primera se da sobre el personal de enfermería, en general sobrecargado de trabajo por el escaso número de plazas y sobre el cual recae el peso abrumador de pacientes difíciles de manejar en un ámbito no represivo. Este es sin duda un problema grave que puede hacer fracasar estas experiencias. La segunda consecuencia de esta actitud no opresiva son precisamente los violentos ataques que atrae sobre sí un servicio que adopte tal ideología terapéutica. Estos ataques toman siempre el carácter de intervenciones políticas tendientes a eliminar del servicio a aquellos T.S.M. acusados de subversión. Las causas esgrimidas pueden ser diversas, suelen comenzar como rumores de promiscuidad sexual entre pacientes, siguen con las clásicas acusaciones macckarthistas y terminan –sumarios administrativos mediante– en el desmantelamiento del programa. Lo que sí es importante señalar es que cualquiera sea la vía por la que se concrete la acusación, ésta tiene en general su origen en los ámbitos asistenciales inmediatos, puesto que para ellos el programa es en sí una denuncia.

En síntesis, puede decirse que este trabajo solidario con la población enferma es un punto tan importante que de nada valen todas las rupturas ideológicas y políticas de los T.S.M. si las mismas no se acompañan de rupturas en el nivel de las actitudes y comportamientos técnicos frente a los pacientes, aunque la práctica señale las amenazas que tales rupturas solidarias provocan. Pero esta es otra historia, la historia que justifica un último punto de este relato.

7) La organización gremial de los T.S.M., la que les dé fuerza e instrumentos para enfrentar con éxito este peligro y otro más grave aún: el de la autocensura.

En general, en los servicios visitados se observan diferentes grados de organización gremial, sin que hasta el momento esta organización haya superado el estado de movilización coyuntural para alcanzar la adecuada eficacia y permanencia. Tampoco se advierte suficiente agrupamiento de los T.S.M. en torno a las respectivas asociaciones que integran la Coordinadora. Quizás el hecho más auspicioso sea precisamente la denominación de T.S.M., tanto por la connotación ideológica que supone esta denominación como por la posibilidad de una organización masiva en

el nivel gremial y en el de la capacitación científica. Organización que torna posible la implementación política de estos objetivos. El Cuerpo de Delegados y el Centro de Investigación y Docencia son expresión de esta organización.

Dentro de los servicios el eje de la organización gremial gira en torno a la defensa de la asamblea, como un logro irrenunciable desde el cual garantizar el funcionamiento democrático y eficaz de la institución. Otro tanto sucede con la creación del Cuerpo de Delegados del Servicio, integrado con representantes de cada departamento o equipo, y el establecimiento de la hora gremial semanal en cada equipo.

Las asambleas están perdiendo vigencia actualmente, de ahí la necesidad de señalar algunas de las principales causas de este deterioro. Un error frecuente y muy desgastante se da cuando la Asamblea funciona en reemplazo arbitrario y permanente de otras actividades del servicio: ateneos, docencia, asistencia, etc. Surge entonces la tendencia a volver a revertir la situación. Tampoco es admisible que la Asamblea no cuente con objetivos bien explícitos, entre los que figura en primer término la defensa misma del funcionamiento de la Asamblea no sólo como instancia democrática sino como oportunidad de organización y capacitación personal en el rol activo de T.S.M. En tal sentido, la asamblea es quizás la mejor oportunidad para el cuestionamiento y el análisis ideológico de los métodos técnicos, estrategias terapéuticas y los resultados y fracasos dados en el servicio.

Desde ya que la asamblea intraservicio es el punto de partida para que los T.S.M. organicen su participación en sus respectivas asociaciónes en el Cuerpo de Delegados de Coordinadora. Organismos desde los cuales se unificarán criterios e impulsarán solidariamente las luchas revindicativas.

Sin embargo, lo que realmente garantiza el éxito de la asamblea es el correcto trabajo del cuerpo de delegados representantes de equipos y departamentos. Es este cuerpo el que debe introducir en los temarios las aspiraciones y problemas de los equipos y volcar a ellos los acuerdos establecidos en la asamblea. De esta forma el propio cuerpo de delegados se protege de transformarse en un organismo aislado.

Los errores más comunmente observados en el funcionamiento del cuerpo de delegados se dan cuando sus integrantes son al mismo tiempo miembros del staff, o sin serlo funcionan de todos modos coordinados por la jefatura, con lo cual se distorsiona su acción gremial aunque sean excelentes las relaciones con aquella.

Queda para el final la consideración de un problema central en cuanto a la acción gremial: la coexistencia de dicha acción con la acción política. La experiencia muestra en nuestro ámbito y en muchos otros cómo a partir de un cierto grado eficaz de la organización gremial esta acción política no es un objetivo, simplemente es un hecho. Incluso ocurre otro tanto con cualquier cambio radical que se introduce en el nivel de las técnicas o de la organización de la institución psiquiátrica: es el propio sistema establecido que se ve amenazado el que define políticamente la situación con su reacción represiva.

Sin embargo, ocurre que los T.S.M. mantienen en general ante el debate y la acción política una actitud que fluctúa entre declaraciones en el vacío y su posterior e inevitable consecuencia, la apatía. Sólo escapan —y en parte— a esta actitud frente a hechos consumados: la privatización de un hospital, la intervención a un servicio, la represión directa a un compañero. En cambio, es difícil lograr lecturas políticas de hechos mucho más graves aún pero de carácter cotidiano que se dan dentro y fuera del campo de trabajo.

Por ejemplo, suele resultar difícil para un T.S.M. hacer una evaluación política de algo ya señalado y que le toca directamente, cuando la crónica pobreza de recursos en el campo asistencial se convierte en dominación crónica sobre la población enferma. Si el T.S.M. no lo advierte y moviliza entonces acciones eficaces, se transforma no sólo en cómplice pasivo sino en agente activo de esta dominación.

Esta es una conclusión a destacar en este informe sobre cobertura psiquiátrica y condiciones de trabajo de los T.S.M. ¿Cómo hacer para que no se transforme también aquí ni en una declaración vacía ni en una afirmación melancólica? Quienes manejamos el nivel psicológico en el campo de la salud tenemos bastante que decir y hacer al respecto.

PASADO Y PRESENTE

REVISTA TRIMESTRAL
Nº 2/3

Pasado y Presente:
Editorial

José Nun:
El control obrero y el problema de la organización

André Gorz:
Táctica y estrategia del control obrero

Jorge Feldman:
Temática del control obrero en los recientes conflictos obreros

Documentos sobre control obrero

Pedro Aguirre:
Las modificaciones a la Ley de Asociaciones Profesionales

TEXTOS

John W. Cooke:
Apuntes para una crítica del reformismo en la Argentina

Antonio Carlo:
La concepción del partido revolucionario en Lenin

DOCUMENTOS

Movimiento al Socialismo (MAS):
La sociedad socialista venezolana

La CGT y el 17 de Octubre de 1945

BRASIL: 10 AÑOS DE DICTADURA MILITAR

El 1º de abril de 1964 un golpe militar reaccionario y pro-yanki instala la dictadura en el Brasil: torturas y muertes, represiones a obreros, campesinos y estudiantes, sumisión y entrega ante el imperialismo son el saldo de estos diez años. Sin embargo, el pueblo puede hacer también el balance de sus resistencias y sus luchas: huelgas en San Pablo, Paraná y Río Grande do Sul, movilizaciones estudiantiles, y campesinas, compromiso militante de la Iglesia, fuerzas guerrilleras que, en Araguaia, rompieron un cerco de 20.000 soldados, señalan un camino y un objetivo: la derrota final del imperialismo yanki en Brasil y América Latina.

Coyuntura actual de la salud mental

Osvaldo Bonnano

En la actualidad, y desde hace algunos años, se han intensificado las convulsiones y las polémicas en el campo de la psiquiatría y la psicología. Una decena de editoriales y centenares de títulos compiten en la difusión de aportes, cuestionamientos y controversias. El debate teórico, encarnizado, llega a veces a la excelencia del detalle.

Sin embargo, no es éste el tema del presente artículo; no está centrado en el debate de teorías o en la difusión de nuevas técnicas psicoterapéuticas. Consideramos necesario el debate teórico, pero en primer lugar intentamos reflexionar sobre sus condiciones de producción y demarcar un campo desde el cual valorarlo.

Ese campo es el campo orgánico en el que se desarrolla toda práctica científica y profesional, y por lo tanto la teoría (o las teorías) que, con distinto signo, pueden dar cuenta de las exigencias de esa práctica. Tal campo es, en nuestro caso, el de la relación que se establece entre las verdaderas necesidades de atención psicológica del *conjunto* de la población y la *organización de las prestaciones* en todos sus niveles: público, semiprivado y privado.

Demanda y necesidad

Es imprescindible precisar el contenido del término necesidad. Distinguimos entre la *demanda* concreta que se produce cuando alguien se presenta en el hospital o el consultorio a solicitar atención de las *necesidades*, que permanecen latentes o encubiertas, simplemente porque no hay canales organizados para su detección y tratamiento.

Existe una distancia enorme entre la magnitud de la demanda concreta atendida (muchas veces *mal* atendida) y el volumen de las necesidades insatisfechas. Pero el déficit es aún mayor cuando se considera el problema del tipo de patologías tratadas. Se puede tomar el ejemplo del alcoholismo, cuadro que quizás sea el de mayor difusión, y prácticamente no es atendido.

Podrá apreciarse la incidencia que tiene esto en el campo teórico si se trabaja durante períodos prolongados desconociendo las necesidades de la mayoría de la población y sobre la base de una *selección* de cuadros y pacientes determinada, en lo esencial, por los niveles socioeconómicos.

No existen en la Argentina estudios estadísticos que establezcan la difusión global de las patologías mentales. Esto, de por sí, ya es un dato significativo, pero puede estimarse, por estudios parciales, que alrededor del 10% de la población adulta está afectada por algún tipo de patología mental, y que los cuadros prevalentes son alcoholismo, debilidad mental y esquizofrenia, en ese orden.[1]

De modo que hay que analizar cómo se responde a las necesidades de alrededor de 2.000.000 de habitantes.

Articulación entre atención pública y atención privada

35.000 enfermos mentales se en-

[1] Un reciente estudio de la División de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública, realizado sobre una muestra de 2637 personas, arroja una prevalencia de 21,6 de la población de Capital Federal afectada por algún tipo de patología mental.

cuentran cautivos en los hospicios diseminados por el país. Aquí se extreman las características represivas y fragmentadoras y la constitución de las instituciones hospiciales en fuente de enfermedad. La ideología en que se sustentan tales efectos fue analizada por Hugo Vezzetti en un número anterior de *Los Libros.*

Es más difícil establecer cifras en cuanto a los tratamientos ambulatorios. Las casi inexistentes estadísticas apenas registran volúmenes, pero raramente cuadros, tiempos de tratamiento, reincidencias, etc. De cualquier forma, se puede afirmar sin temor a equivocarse que las prestaciones que se realizan, están a una distancia sideral del volumen de necesidades señalado.

Por otra parte, las condiciones harto difíciles en que se desenvuelven las prestaciones (carencia de consultorios, de personal, de rentas para el mismo, de medicamentos, etc.) hace que las más de las veces se atienda al paciente en sus expectativas de ser atendido, y no en la necesidad de fondo que motivó su consulta, y que el profesional se convierta en un "administrador de la pobreza". Por último, el franco abordaje de las necesidades de 2 millones de habitantes, requiere trasponer los muros del hospital y descubrir la demanda latente, a través de una activa política de detección precoz y prevención primaria y secundaria, que aborde los cuadros en el propio contexto de las constelaciones familiares, grupales, laborales, institucionales, que los condicionan y determinan, y que opere en tales constelaciones, sin segregar al paciente del ámbito patógeno, al cual, de cualquier manera, deberá volver, una vez "curado".

Otro elemento a tener en cuenta es el aislamiento existente entre los servicios similares y entre distintos tipos de servicios entre sí. Es habitual la situación de servicios desbordados en su capacidad de atención y otros casi inactivos. Ante situaciones para las que el servicio no está capacitado técnicamente, en general se produce el rechazo del paciente quien queda librado a su propia voluntad y esfuerzo. Por ello el cuidado de pacientes es un proceso fácil de interrumpir y difícil de continuar. De esta forma el *escalonamiento* de prestaciones (prevención primaria, secundaria y terciaria) está sujeto a la anarquía. La consecuencia inmediata es la sobrecarga sobre la atención terciaria, con infinidad de casos, que de haber sido detectados y tratados en el momento pertinente, no llegarían a tal grado de deterioro ni engrosarían el monto de cronificación.

Del conjunto de profesionales que trabajan en los servicios, apenas un 8 ó 10% se encuentra rentado. Además de los concurrentes, es conocido el caso de los "fantasmas", que ni siquiera tienen el derecho de figurar en los registros burocráticos. De esta forma el servicio público se convierte, para el profesional, en un ámbito al cual se va en busca de adiestramiento y capacitación; y para el paciente en escenario en el que él oficia de conejito de Indias. Por un lado el profesional, luego de un par de años, emigra hacia el consultorio privado o pasa a ser asalariado de alguna clínica o mutual. Por el otro, el paciente se retira mal atendido. Desde luego esto tiene mayores implicaciones que serán analizadas más adelante.

Podemos sintetizar diciendo que la ATENCION PUBLICA ES MALA. *Desconoce* las necesidades reales. No tiene planes ni acciones dirigidas hacia la prevención primaria y secundaria. En la atención que presta aún hoy predominan acciones *readaptativas* y *no terapéuticas,* cuando no francamente *asilares* y *represivas.* Reina la más completa desorganización en el *escalonamiento* de las prestaciones. Los profesionales no son pagos o están mal pagados, soportan las condiciones opresivas y distorsionantes del campo y son empujados hacia la práctica privada, o a convertirse en asalariados de monopolios y mutuales.

Las apariencias de desatención y desorganización, sin embargo, no deben ocultarnos la *coherencia de una política de Salud Mental,* que, como cualquier otra, puede medirse por efectos que están a la vista.

No seríamos enteramente justos si dejáramos de señalar que merced al esfuerzo de sectores muy importantes de profesionales han surgido y se han desarrollado, bajo la indiferencia y sobre todo la censura oficial, instituciones que cumplen en alguna medida un papel terapéutico y que se esfuerzan por ponerse al servicio de la comunidad. Fundamentalmente Centros de Salud Mental y Servicios de Psicopatología en hospitales generales. Un análisis exhaustivo de tales instituciones, de las contradicciones del campo y la ubicación de los profesionales frente a las mismas puede encontrarse en el trabajo de Ulloa publicado en este mismo número de *Los Libros,* al que nos remitimos.

Frente a tal lamentable panorama de la atención pública se alza el de la atención privada, como su aparente negación. En realidad no es más que su complemento.

Es indudable que el poderoso desarrollo de la psicología y la psiquiatría de las últimas décadas puso al alcance de ciertos sectores de la población un tipo de tratamiento en el que, al darse un paso en la superación del modelo puramente biológico de la enfermedad mental, se introducen acciones terapéuticas. Por otra parte, y en un país como el nuestro, que tiene una extensa clase media, se ha producido una especie de "democratización" de la atención psiquiátrica, habida cuenta del volumen de la atención privada, notablemente expandida en los últimos años. Haciendo una disgresión —ya que este debate teórico no es el objeto de nuestro artículo— cabe señalar que en la práctica privada, mayoritariamente de cuño psicoanalítico, ha predominado un equivalente al biologicismo: el origen interno, puramente psicológico en este caso, de los conflictos. Ello ha llevado a la relación terapéutica bipersonal, al diván psicoanalítico, al desprestigio de la acción y al privilegio de lo que en la jerga se llama el *insight,* con su consecuencia de reconocimiento meramente intelectual del conflicto y su no resolución práctica. La duda sobre el carácter terapéutico de tales acciones psiquiátricas y la denuncia de su esencia readaptativa se ha ido extendiendo cada vez más.

De cualquier forma, lo que queremos subrayar es la incapacidad *estructural* de la práctica privada para satisfacer las *necesidades* de atención psiquiátrica del conjunto de la población. Esto, por la sencilla razón que la satisfacción de tales necesidades *no es rentable.* Y la práctica privada se despliega sobre una condición básica: la mercantilización de la salud, donde puede curarse quien puede pagar. Es esta condición mercantil de la práctica privada la que demuestra su relación de complementariedad con la atención pública. Los déficits y ca-

rencias de la última hacen necesaria la primera, y posible sólo para aquel reducido estrato que puede acceder a ella.

Eclosión de una crisis

Sin embargo, hoy se ha instalado una crisis en el centro mismo de este sistema. Su envergadura y profundidad pueden entreverse en las posturas de sus protagonistas.

El MOVIMIENTO DE BASE DE PROFESIONALES DE LA SALUD agrupa a varios centenares de médicos, psicólogos, odontólogos, kinesiólogos, etc. de alrededor de 30 hospitales. En un documento de diciembre de 1973 decían:

"Formados en creer que la medicina es un aportolado, y vacunados contra la realidad social (por el sistema que emplearon para enseñarnos), llegamos al ejercicio de la profesión donde nos espera trabajar gratis (o mal pagados) en un hospital, ser explotados con sueldos miserables, horarios inhumanos y sin leyes sociales en monopolios y mutuales, o soñar con la cada vez más estrecha posibilidad de consultorio propio (. . .) Somos un movimiento de profesionales de la salud, que quiere una salud popular en un país donde el pueblo sea protagonista de su propio destino. Concientes de que sólo habrá "pleno bienestar físico, psíquico y social" (OMS) cuando nuestro pueblo rompa sus lazos de dependencia, *queremos aportar a ello desde nuestro propio campo de trabajo; el de la salud (. . .)* Sabemos que esto se consigue de una sola manera: UNIENDOSE Y COMBATIENDO (. . .) Sabemos que aquellos que hoy nos explotan y lucran con la salud (burócratas sindicales) SON PODEROSOS Y NO SE LOS DERROTARA SOLO CON TRENCEOS Y SOLICITADAS, pero somos concientes de que de nuestro lado está la inmensa mayoría de los trabajadores de la salud y del pueblo que concurre al hospital, y que UNIRNOS EN EL COMBATE SERA LA CLAVE DE NUESTRO TRIUNFO."

A su vez, la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, expresaba en una declaración de enero de 1974:

". . . todo plan de salud debe reunir las siguientes condiciones:

a) Asistencia y prevención gratuita y eficiente para toda la población a cargo del Estado. Sin aportes directos ni indirectos que recaigan sobre la clase trabajadora

b) Control popular y participación de la organización y ejecución de la tarea asistencial y preventiva.

c) El Hospital debe ser el eje del Sistema de Salud. Por tanto debe lograrse la salida del Hospital a la comunidad.

d) Las estructuras asistenciales y preventivas, hospitales, centros, servicios, etc., deben tener un funcionamiento horizontal y no vertical como hasta ahora.

e) Carrera Sanitaria Nacional, con ingreso para todos los profesionales y distribución de acuerdo a las necesidades zonales, sectoriales, etc. Promoción por capacidad. Revisión periódica de los cargos.

El plan debe estar basado en la Salud y no en la enfermedad."

A la vez el mismo documento reivindicaba entre otros aspectos del discurso de Liotta en Posadas los siguientes:

"—La enunciación del propósito de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud, terminando con la existencia de una realidad asistencial pública y otra privada.

—La concepción de la enfermedad como determinada por las condiciones generales de vida.

—La enunciación de una política para Salud Mental dentro de una concepción social y comunitaria 'ligada a fábricas, escuelas y organizaciones comunales de base, con funciones de promoción, prevención y detección precoz en el medio social y familiar."

Por último, la Conferencia Nacional de Programación en Salud Mental, realizada el 6, 7 y 8 de julio de 1973, organizada por F.A.P., C.O.P.R.A. y otras organizaciones se pronunció por:

". . . una concepción de la atención de la salud, igualitaria gratuita, estatal, eficiente y de cobertura total".

Como puede apreciarse, estos pronunciamientos son elocuentes por sí mismos. Importa remarcar que no se dirigen a cuestionar tal o cual aspecto parcial del sistema de salud, sino que atacan la médula del mismo: el deterioro del sector público que refuerza la mercantilización privada de la salud y por ende la imposibilidad de resolver las necesidades de la población. Va de suyo que tal cuestionamiento supone una cierta autocrítica del papel que los propios profesionales cumplieron durante un dilatado período y que un núcleo de los mismos, los empresarios de la salud y la jerarquía de los hospicios y del INSM, evidentemente sigue cumpliendo.

Condiciones de la crisis

Cabe indagar en torno a los motivos y condiciones que hicieron posible tal crisis, para tener noción del grado de agudizamiento de las contradicciones, de su madurez y por ende, las condiciones para su resolución.

Queda anotado más arriba la considerable expansión de los tratamientos privados sucedida en los últimos años, en determinados estratos de la población. Pero es evidente que tal demanda, aunque considerable, configura de todos modos un *mercado limitado,* por la propia selectividad socioeconómica que implica. Sobre esta condición básica opera la crisis crónica y coyuntural que arrastra nuestro país, con una notable pauperización de los sectores medios y la restricción consecuente para abordar tratamientos prolongados y costosos. A ello hay que agregar el crecimiento de la matrícula, particularmente en la carrera de Psicología, aunque también en sectores considerables de médicos jóvenes que optan por la especialización en Psiquiatría. Ello lleva a "la cada vez más estrecha posibilidad del consultorio propio".

Es conocida la penosa peregrinación de camadas enteras de psicólogos recién recibidos por los servicios en busca de la formación y experiencia clínica que la Universidad no les dio y la casi imposibilidad de conseguir clientes privados y poder vivir de la profesión. Es así como deben soportar personalmente las condiciones opresivas y distorsionantes del campo de trabajo. A través de ellas llegan a percibir la contradicción que se entabla entre una formación déficiente y el tipo de demanda que se plantea en los servicios públicos por un lado, y por el otro, la que se establece entre ciertos refinamientos teóricos y técnicos, impregnados por una ideología selectiva, represora, y readaptativa y las necesidades de atención de los sectores populares (lo que obliga a plantearse quién es el destinatario del ejercicio profesional).

Grandes dificultades para ingresar en los Servicios. En el caso de lograrlo, oficiar de mano de obra gratis o mal paga; cierre de la posibilidad del ejercicio liberal, como tendencia de desarrollo; explotación a cargo de los grandes sanatorios, verdaderos monopolios de la salud o de las Obras Mutuales, controlados por jerarcas traidores a la clase obrera. Todo ello hace que hoy vastos contingentes de profesionales de la salud mental sean un sector *oprimido* y en muchos casos *explotado.* El papel de agentes de la dominación que las clases dominantes asignan a los psicoterapeutas entra así en abierta colisión con su propia condición de oprimidos.

Tal es la condición *material, objetiva* que está en la base de la creciente acción gremial y política de los profesionales de la salud, y la toma de conciencia que ello conlleva, no sólo en el plano de sus reivindicaciones corporativas, sino en el más vasto de una ciencia y una práctica profesional atravesadas internamente por las contradicciones sociales y políticas.

Es preciso decir que tal campo material fue terreno propicio para la difusión de un conjunto de aportes teóricos, que reactuaron poderosamente sobre el mismo. En particular, la corriente de la antipsiquiatría encabezada por Cooper y Laing, las propias convulsiones en el campo psicoanalítico, los estudios de Goffman, Hocchman, Caudill, Szasz, Bastide, Foucault y otros.

Aportes que denunciaron la concepción social de la locura, los asilos que la prolongan y crean una enfermedad secundaria, la psiquiatría tradicional y los psiquiatras como "policías de la imaginación"; y cierta concepción psiquiátrica que en lo esencial niega los factores sociales, al postular un origen puramente interno, psicológico de los disturbios mentales. Tales conceptualizaciones fueron requeridas por una realidad atravesada por contradicciones y a la vez sirvieron, como instrumento teórico, para detectar las mismas y operar sobre ellas.

Sin embargo, todo lo anterior no basta para dar cuenta de la radicalización de las posiciones hoy planteadas. Las condiciones distorsionantes y opresivas del campo tienen ya una considerable antiguedad. Durante un período prolongado, la respuesta se agotaba en la desesperanza, el escepticismo, la impotencia y la subordinación, o la búsqueda de la práctica privada, lo cual no hacía más que realimentar uno de los polos del circuito. La radicalidad de los planteos actuales, de la cual queda el testimonio de los documentos transcriptos, sólo es pensable en el marco del poderoso auge de luchas obrero y populares, sostenido sin pausa desde 1969. Es ello lo que permite avizorar una perspectiva cierta de resolución de la atención sanitaria nacional; esto supone la derrota de los enemigos de la salud popular, para lo que es imprescindible —y posible— la fusión con las luchas populares. Es significativo, entonces, que esta temática aparezca permanentemente en los pronunciamientos de los trabajadores de la salud, y que se estén haciendo esfuerzos por efectivizarlo en la práctica, aunque es mucho lo que resta andar en este sentido.

La cuestión principal

El análisis precedente nos permite afirmar que hoy los principales esfuerzos de los trabajadores de la Salud Mental deben aplicarse al replanteo radical del Sistema Sanitario Nacional. No es casual la convulsión que ha desatado el Plan Liotta, y el enfrentamiento de posiciones que motivaron las distintas versiones del mismo, hasta el Proyecto finalmente presentado al Parlamento, en el que, como con justeza señala la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, se produjo "la sucesiva degradación" de los principios sustentados por Liotta en el discurso de Misiones. Para un análisis de este proceso nos remitimos al artículo de Beatriz L. Perosio, publicado en este número de *Los Libros.*

Este esfuerzo principal trasciende en sus implicaciones a la resolución de las reivindicaciones corporativas de los trabajadores de la salud, pues supone variar en forma global el eje en torno al cual debe girar la problemática de la Salud Mental. Una práctica científica y profesional planteada desde las *verdaderas necesidades asistenciales del conjunto de la población* y al servicio de su resolución, necesariamente reordena tal problemática. Es ella la que debe indicar *qué estudiar,* y cuáles son las teorías y técnicas aptas para dar cuenta de una demanda social que es contradictoria con el mandato represivo y readaptativo solicitado a la psicología por las clases dominantes. Ello requerirá desde luego análisis teóricos e ideológicos *específicos;* pero su validación no puede encontrarse dentro de la teoría misma, sino en la práctica de su aplicación y en la resolución de las necesidades asistenciales populares.

El porvenir de una batalla

Tal la batalla planteada, y como en toda batalla en ella se ordenan aliados y enemigos.

Los enemigos son poderosos: monopolios de medicamentos; pulpos sanatoriales, grandes empresas, donde la salud es una mercancía y el principio rector el máximo beneficio; jerarcas sindicales que usufructúan siderales prebendas en los convenios de Obras Sociales, especulando con los aportes de las masas trabajadoras, y la jerarquía directiva de hospicios y del I.N.S.M., aliada a unos y otros. Esta es la representación específica en el campo de la salud de los enemigos del pueblo: el imperialismo, en especial yanqui, y los terratenientes y grandes capitalistas a él asociados.

Pero estos enemigos tienen pies de barro. Al tiempo que las movilizaciones populares del último período han golpeado duramente a imperialistas y terratenientes, en el movimiento obrero se extiende un proceso incontenible de recuperación sindical y los días de los jerarcas están contados. A la vez, la creciente movilización de los trabajadores de la salud cuestiona la explotación a la que los someten los monopolios sanatoriales y erosiona el autoritarismo represivo de la jerarquía hospiciaria.

Por ello no son utópicos, *en la actual etapa,* los objetivos de una política que apunte a la expropiación de los monopolios farmacéuticos y sanatoriales y que postule una atención sanitaria gratuita y de cobertura total a cargo del Estado, a través de un Sistema Nacional Obligatorio, cuya dirección esté a cargo de organizaciones populares y de las organizaciones de trabajadores de la salud.

Aunque la afirmación anterior pareciera ser incuestionable, se han generado posiciones enfrentadas sobre el tema. Al proyectarse hacia un futuro lejano los esfuerzos aplicados a la transformación de la organización asistencial se recae en un desarrollo teórico y científico, plan-

teado como desideratum (de realización actual posible), pero que no da cuenta de sus condiciones materiales de producción. La denuncia de la actual situación, en tales casos, se convierte en formal, y las postulaciones de alternativa, en justificaciones más o menos encubiertas.

También hay quienes dicen compartirla en *general,* pero que en *particular* afirman simultáneamente que hoy no existen condiciones concretas para golpear y derrotar a los enemigos de la salud popular. Testimonio de esta postura fueron algunas de las posiciones sustentadas en las asambleas de la C.T.S.M. en torno al debate de la Ley Liotta y sus modificaciones. Al margen de un debate más pormenorizado de táctica política, de cómo, cuándo, dónde y con qué instrumentos dar los golpes, pensamos que subyace una polémica básica a librar con quienes afirman esto.

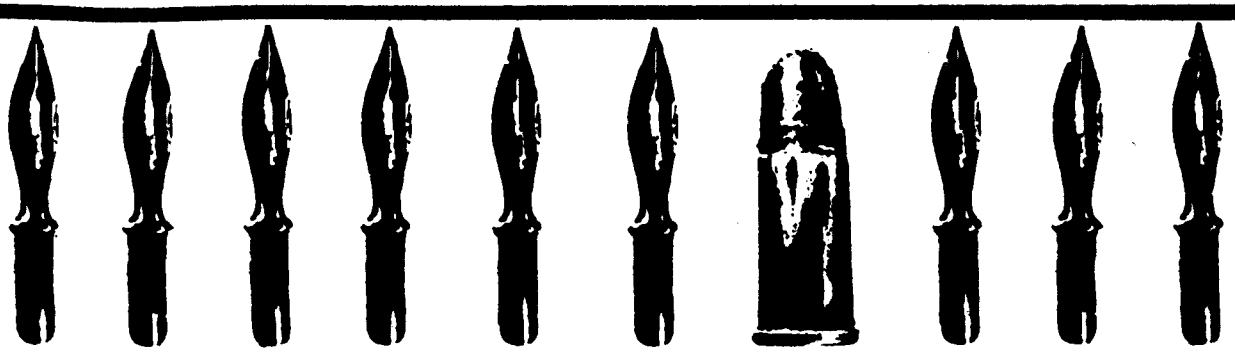
La reflexión sobre los intentos de transformación de la estructura asistencial parecen indicar "lo imposible que es una acción de renovación técnica que no se imponga como una necesidad económica". . . "es imposible adoptar sistemas de control social de tipo más avanzado, cuando los viejos todavía son suficientes en muchos aspectos" (Franco Basaglia, La mayoría marginada). Todo ello señalado, desde luego, desde el punto de vista de los intereses del capital, y en relación a países capitalistas avanzados. En Argentina, país *dependiente,* la cuestión asume características específicas. Los intentos reformadores del plan Liotta, en su versión original, y que sin duda eran positivos, expresaban probablemente las necesidades de la gran burguesía nacional, que incluye ciertas mejoras de la salud de la población a los efectos de incrementar el rendimiento económico y poder forcejear en mejores condiciones con los monopolios imperialistas.

Pero sucede, que en este aspecto, como en otros, quedó demostrado la incapacidad de los sectores de clase que hegemoniza al actual gobierno para abordar transformaciones profundas. Los intentos reformadores de la estructura sanitaria, en cuanto se enfrentaron con los intereses retrógrados que conservan en sus manos *efectivamente* las palancas de acceso a la salud de la población, retrocedieron en sus postulaciones originales y llegaron a un compromiso, que en lo esencial no modifica nada.

Por ello, toda actuación de los trabajadores de la salud mental, que conduzca a una *subordinación* de los objetivos propios a la política conciliadora y vacilante del gobierno, sólo lleva a callejones sin salida y a fracasos reiteradamente transitados. Tampoco se trata, desde luego, de confundir los colores. Los enemigos son lo que son, y todo lo que se pueda marchar junto con el gobierno para golpearlos, deberá ser aprovechado.

Pero si para el imperialismo y la oligarquía bastan los hospicios y los métodos de control habituales, y ciertos sectores de burquesía aspiran a cierta modernización técnica es del pueblo de donde surge la demanda de una *transformación* radical de la organización sanitaria. Hacia allí hay que mirar, confiando en el inagotable potencial transformador del que tantos ejemplos nos ofrece la historia reciente del país.

Urgencia de respuestas teóricas y técnicas, penurias económicas, crisis de identidad y de rol profesional sacuden hoy a los trabajadores de la salud mental. Para ellos también parece ser cierto, en términos *actuales* y *urgentes,* aquello que dijo Mao Tsetung y que se encarna en el proceso revolucionario chino: servir al pueblo.



SOMOS CONTEMPORANEOS COMPARTA NUESTRO TIEMPO

Teoría del capital y la distribución
J. Robinson, M. Dobb, Samuelson, Oscar Braun y otros

Metalogos
Gregory Bateson

Interacción familiar
G. Bateson

Tácticas de poder de Jesucristo
Jay Haley

En nombre de la ciencia
H.L. Nieburg

Teoría de la comunicación humana
Paul Watzlawick y otros

Sociología de la desviación
Howard Becker

Ritual de la interacción
Erwing Goffman

La organización social de la muerte
David Sudnow

EDITORIAL TIEMPO CONTEMPORANEO VIAMONTE 1453 TEL. 45-9640 BS. AS.

Salud pública y dependencia

Beatriz L. Perosio

La salud pública y la de dependencia

"La asboluta falta o la inadecuada atención médica, problema de una magnitud que alcanza a más de la mitad de la población del país, el desorden existente en la organización y distribución funcional de nuestros hospitales, el descreimiento del equipo de salud, los magros resultados obtenidos en la protección real de los grupos sociales más vulnerables al riesgo son algunos de los factores que, habiendo permanecido inconmovibles por un largo plazo señalan la necesitad prioritaria de presentar de inmediato las bases de una reforma amplia y profunda".[1]

Estas palabras del Dr. Domingo Liotta, Subsecretario de Salud Pública de la Nación, configuran bastante claramente el campo manifiesto de la asistencia sanitaria en nuestro país.

Se refieren a una realidad en la que 66 de cada 1000 niños que nacen vivos mueren antes de cumplir el año de vida; en la que el 10o/o de la población en edad escolar está infectado por la tuberculosis y la tasa de morbilidad por esta causa alcanza casi el 1o/o; en la que existen un 1o/oo de leprosos en todo el país; en la que no han sido erradicados el paludismo, las parasitosis ambientales o la fiebre hemorrágica; en la que el Chagas se presenta en el 70o/o de la superficie del país, afectando a un 10o/o de la población y provocando aproximadamente 330.000 enfermos con cardiopatías chagásicas crónicas.[2]

Y se refieren a una realidad en la que el estado calamitoso de la asistencia pública en hospitales y la absoluta carencia de planes de medicina preventiva han sido reiteradamente denunciados por las asociaciones de trabajadores de la salud como vallas importantes en el camino hacia una asistencia que reuna mínimas condiciones técnicas de eficacia.

El presente artículo intenta aportar a la comprensión de algunas de las causas que subyacen a esta realidad.

El panorama sanitario

El deterioro de la asistencia sanitaria argentina es una consecuencia directa de la penetración del imperialismo norteamericano y sus agentes dentro del aparato estatal.

Esta afirmación se verifica en dos niveles:

a) *Un nivel estructural,* en la medida en que la salud es un fenómeno directamente relacionado con los factores económicos y políticos que determinan al conjunto de la sociedad.

Si aceptamos que la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez" (definición de la Organización Mundial de la Salud, OMS), estamos diciendo que la salud no es un fenómeno aislado que dependa de la mera conciencia subjetiva de enfermedad o, incluso, de factores etiológicos, claramente demostrables que expliquen una situación de malestar físico o mental.

Por el contrario, el centro de esta definición está puesto en el "completo bienestar", que implica necesariamente aspectos tales como vivienda digna, condiciones de trabajo humanas, alimentación adecuada, descanso suficiente, etc., factores todos que dependen de una realidad estructural abarcativa del campo de la salud.

Como prueba indirecta, vale conocer algunas estadísticas comparativas que resaltan esta realidad.

Mientras la expectativa de vida al nacer era, en EEUU de 71,2 años en 1960, para Colombia era de 48 años, para Ecuador 44 años y en Bolivia y Guatemala sólo alcanzaba a 43 años.[3]

Mientras la tasa de mortalidad infantil era, para la misma fecha, de 25,1o/oo en EEUU, en Bolivia era de 90,7o/oo, en Brasil 94,4o/o y en Colombia alcanzaba al 96,9 o/oo.[3]

En nuestro propio país, donde esta tasa es del 64o/oo (dos y media veces la estadounidense), aparecen diferencias significativas entre la Capital (31,2o/oo) y el interior (77,5 o/oo), llegando a niveles alarmantes en provincias como Neuquén (104 o/oo), San Luis (101o/oo) o Jujuy (131o/oo). ¿Las causas? En un 46 o/o de casos, la patología infecciosa y la desnutrición.[4]

Tomando este mismo índice, es interesante ver cómo varía de acuerdo con la profundización del dominio imperialista sobre nuestro país.

En 1966, año de instauración de la llamada "Revolución Argentina", la tasa de mortalidad infantil era del 52o/oo, para ir ascendiendo al 55,7o/oo en 1967, al 61o/oo en 1968, hasta llegar al 66o/oo en 1972. El aumento es de una cuarta parte en 6 años.

Si consideramos que en esos años nacieron 3.041.011 niños, de los que murieron 186.409, vemos que, en caso de haberse mantenido las condiciones sanitarias vigentes en 1966 hubiesen muerto 27.718 niños menos. Estos casi 28.000 niños muertos son resultado directo del serio deterioro de las condiciones de vida en nuestro país a consecuencia de la entrega de los resortes fundamentales de la economía al capital monopolista.

Debemos recalcar que, en este mismo período, el presupuesto sanitario nacional descendió, desde un ya exiguo 3,08o/o del presupuesto global en 1966, hasta un ínfimo 1,02o/o en 1972. En este lapso disminuyó también seriamente la capacidad instalada de nuestros hospitales, se cerraron servicios y disminuyó la cantidad de camas, llegando a situaciones aberrantes como la

---

1 "Bases para un proyecto de Reforma Sanitaria Nacional" – Discurso pronunciado por el Subsecretario de Salud Pública de la Nación, Dr. Domingo Liotta en la Ciudad de Posadas – Junio de 1973.

2 "Política Sanitaria – Iguales derechos para toda la población" - Dr. Domingo Liotta en "El Cronista Comercial" – Anuario – Diciembre 1973.

3 Relato oficial del Colegio Médico de Chile al 8º Congreso Médico Social Panamericano.

4 Cifras del CONADE – 1964

El presente trabajo es el resultado de la investigación de varios compañeros de la Tendencia Práctica Revolúcionaria de T.S.M. pero, fundamentalmente, de la práctica política, gremial y científica que desarrolló la misma durante este último año.

que resulta de comparar las prestaciones realizadas por el Hospital de Clínicas de Córdoba en los años 1969 y 1970, donde se observa un descenso significativo en todos los órdenes de servicios, excepción hecha del aumento de autopsias. Simple y directo: a mayor deterioro de las condiciones de vida y asistencia sanitaria, sólo puede esperarse un aumento de la mortalidad.

b) *Un nivel de intervención directa,* en la planificación de la política sanitaria argentina. Este es el nivel que abordaremos en el presente artículo.

El imperialismo y la Salud Pública

Las inversiones en salud pública son consideradas por la lógica económica de las clases dominantes como un gasto improductivo, más allá de un cierto nivel mínimo necesario para la reproducción de fuerza de trabajo.

Evidentemente, estas inversiones no producen ganancias y su único producto, que es la *salud,* es un producto innecesario para los intereses imperialistas en los países Latinoamericanos, donde cuentan con un gran ejército industrial de reserva. La lógica del desarrollo capitalista lleva, entonces, a desatender este campo absolutamente irrelevante para la defensa de sus intereses.

Consecuente con este desarrollo en 1955, al plantearse el gobierno de la "Revolución Libertadora" la necesidad de "sanear" sus finanzas, comenzó por pedir a la *Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP) un informe sobre la realidad sanitaria.

La respuesta, es una "recomendación" que orienta la política sanitaria nacional a partir de allí y cuya vigencia persiste aún hoy: "Se necesita un programa de descentralización progresiva, por el cual los hospitales generales pasen a jurisdicción provincial o municipal y cuando sea posible quedar a cargo de instituciones privadas, Se precisa estimular a las colectividades a asumir cada vez mayores responsabilidades en el sostenimiento de los hospitales."

Estas orientaciones fueron refinadas por la Iº y IIº Reuniones especiales de Ministros de Salud de las Américas (Washington 1963 y Bs.As. 1968) y evaluada su aplicación como "muy positiva" por la IIIº Reunión (Stgo. de Chile 1972). Incluso esta última fija, entre las metas del plan Decenal de Salud para las Américas 1971–1980, lo siguiente: "Desarrollar sistemas de financiamiento que alleguen nuevas fuentes de fondos al sector y aseguren la colaboración más amplia de la comunidad y la participación del sector salud en los proyectos claves de desarrollo nacional".

El objetivo principal de estas "recomendaciones" es descargar al Estado de la obligación presupuestaria que significa velar por la salud de la población. Esta descarga permite "sanear las finanzas" para solventar la deuda externa y proveer de préstamos a las Empresas imperialistas (saneamiento y créditos que son condición sine qua non de los préstamos del BID).

El objetivo secundario es allegar fondos a los sectores oligárquicos que controlan en toda América Latina la organización de la asistencia privada. En nuestro país, la presencia de la burocracia sindical amplía y complica el reparto. Los fondos, queda bien claro en las "recomendaciones" que deben provenir de "la comunidad".

El criterio principal con que "recomienda" el imperialismo en materia de salud es un criterio económico regido por la utilidad de las inversiones. Para la lógica capitalista, la salud pública se transforma en un negocio orientado por el mayor lucro, abandonando, en la práctica, el justo criterio (proclamado incluso por la OMS) de que el derecho a la salud es un derecho inalienable del ser humano y su garante debe ser el Estado.

El imperialismo y la Salud Pública en nuestro país

Diversos intentos, más o menos fallidos, de aplicar esta política van jalonando la historia de la política sanitaria argentina, entre 1957, fecha de creación del Instituto Nacional de Salud Mental (Ley 12.628), primer organismo descentralizado y 1970, momento en que la dictadura militar organiza la màquinaria definitiva para adecuarse a las exigencias imperialistas en este sector.

Leyes 18.610 y 18.980

El pilar sobre el que se asienta esa maquinaria es la Ley 18.610 de creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).

Promulgada el 23 de febrero de 1970, sufrió varias modificaciones y no se reglamentó hasta el 18 de octubre de 1971, pero su vigencia real data del 1 de enero de 1970.

Esta Ley persigue un objetivo fundamental: crear un monto de fondos para salud pública que pudiese reemplazar en este sector al aporte estatal, que había venido disminuyendo considerablemente desde 1956 y se hallaba en el nivel más bajo de la historia, con el consecuente deterioro de los hospitales, que carecían de elementos mínimos de funcionamiento, personal, presupuesto, etc. Estos fondos, como recomendara la O.S.P., debían provenir de la "comunidad".

Tomando como base el sistema de Obras Sociales vigente, la ley expresa en su fundamentación:

"Este Ministerio ha observado con preocupación la difícil situación existente en materia de Obras Sociales. . . frente a las dificultades financieras de muchas de ellas. . .".

. . . "Quedan aún importantes sectores de trabajadores que no se encuentran amparados por Obra Social alguna, viéndose así obligados a afrontar con su solo esfuerzo la cobertura de riesgos que normalmente se financian en forma solidaria. . .".

. . . "al establecerse un aporte mínimo obligatorio destinado a las Obras Sociales, a cargo del empleador y el trabajador. . ., dando así solución a un problema que es particularmente grave en el caso de las O.S. sindicales, ante la falta de concreción de los incrementos solicitados por casi todas las asociaciones profesionales de trabajadores en la reciente negociación de los convenios colectivos de trabajo".

Esta fundamentación pretende presentar como interés de los trabajadores el despojo a que se los somete en función de los intereses imperialistas.

Reconoce que los trabajadores no cubiertos por una O.S. deben financiar por su cuenta su salud, sin decir una sola palabra acerca de los motivos por los que la asistencia sanitaria oficial no cubre esos riesgos, como le correspondería.

Reconoce que los trabajadores fueron perjudicados en los convenios

colectivos de trabajo (recordemos que los salarios habían estado congelados desde 1966 y que estamos hablanco de uno de los períodos inflacionarios más violentos de la historia argentina) y que esto les acarrea problemas graves para financiar su salud.

Y encuentra la "solución" en un aporte obligatorio de esos mismos trabajadores que reconoce perjudicados y de cuya cobertura sanitaria el el Estado parece considerarse desligado.

Veamos las disposiciones centrales de la Ley:

1) desde el punto de vista económico:

—Establece el monto de los aportes mensuales obligatorios: 2o/o del salario a cargo del empleador; 1o/o más otro 1o/o cuando tenga familiares a cargo, por parte del trabajador y 2o/o a cargo del jubilado, retirado o pensionado, tenga o no grupo familiar. A ello se añaden los recursos para el Fondo de Redistribución (Art. 21) que ascienden a un 3o/o del Sueldo Anual Complementario por parte del empleador y otro tanto por parte del trabajador.

Es importante aclarar, respecto de los aportes a cargo de los empleadores, que en ningún lado figura la prohibición de cargar ese aporte a los costos de producción, de manera que, en última instancia, ese dinero surge también de los bolsillos de los trabajadores al adquirir los productos que consumen.

En 1972, el total de aportes significó más de $200.000 millones de pesos m/n. Para que se tenga una idea de la magnitud de la cifra, digamos que, en ese mismo año, el aporte estatal a la salud pública fue de 144.000 millones de pesos m/n.

Pese a lo abultado de la cifra y a que su origen es el magro salario del trabajador, la exacción no se detiene allí. La reglamentación de la ley se encarga de autorizar "bonos moderadores o cualquier otro tipo de contribución directa del los beneficiarios que apliquen las Obras Sociales", medida que suele aplicarse, en la práctica, sobre las prestaciones más onerosas.

—El manejo de los fondos queda directamente a cargo de las Obras Sociales y/o los sindicatos, aún en el caso que éstos no tuviesen obra social montada, con el fin de que la creen o la adecúen.

¿Qué sentido tiene dar a sindicatos el manejo de estos fondos, aún cuando carezcan de una organización de prestaciones y deban contratarlas? Lo comprenderemos más adelante.

—Los fondos previstos por la ley sólo pueden depositarse en bancos oficiales y (por modificación del 16/4/71 — Ley 18980) en bancos sindicales creados o a crearse. Es decir que se abre el camino para que una organización sindical abra su propio banco contando como base con los fondos de las Obras Sociales. Ya comentaremos también ésto.

2) Desde el punto de vista de la distribución de fondos:

—La ley estipula que el 70o/o de los fondos deberán utilizarse en "prestaciones asistenciales mínimas" (clínica médica, urgencias, diagnóstico y tratamiento, internación y odontología), de manera que las prestaciones más caras no quedan cubiertas (cirugía mayor, por ejemplo). Sobre el destino del restante 30o/o no hay respuesta clara en el articulado de la ley, que habla de utilizarlo en "asistir financieramente a las O.S. de su actividad de jurisdicción provincial, que por especiales circunstancias los requieran; acordar otras prestaciones sociales (hoteles y colonias de vacaciones, por ejemplo) y atender a los gastos administrativos". Sin herir susceptibilidades, podríamos decir que parece un tanto exagerado el monto dispuesto para tales fines, que ascendió aproximadamente a 70.000 millones de pesos m/n en 1972.

—Las prestaciones de las obras sociales podrán realizarse "en forma directa o mediante convenios", creándose así un importante canal de derivación de fondos hacia la medicina privada, de acuerdo a lo que habíamos visto era objetivo secundario de las "recomendaciones" de la O.S.P.

En la práctica, esta derivación alcanza cifras astronómicas, como lo demuestra el siguiente cuadro:

Proporción de consultas según efectos y financiación

	Sector Público	O.Sociales y prepagos	Privado
Efectivizan	26o/o	12o/o	62o/o
Financian	26o/o	38o/o	36o/o

Nos encontramos con que un 26 o/o de las consultas, financiadas por las O.S., son realizadas por el sector privado, que se convierte así en el mayor beneficiario de los pagos por atención médica.

Las "recomendaciones" ya están totalmente cumplidas: no financia la salud el Estado, sino "la comunidad" y el dinero se lo lleva la oligarquía. —Negocio redondo—, sobre todo si tenemos en cuenta que de las prestaciones menos rentables (internaciones largas, pacientes crónicos, etc.) sigue encargándose el Estado en sus faltos de presupuesto y deteriorados hospitales.

3) Desde el punto de vista de la calidad de la asistencia.

—Pese a que se está legislando para el sector salud, no aparecen en el articulado de la ley disposiciones que se refieran a este punto.

Sólo se menciona de pasada el "control técnico" por parte del estado, al mismo nivel de relevancia que el administrativo, financiero y contable.

Lo que se halla en juego en esta ley no tiene nada que ver con la calidad de la salud. El centro está puesto en el problema costos y ésto es lo que determinará el nivel de la asistencia.

4) Desde el punto de vista político.

Esta ley realiza grandes concesiones a los sindicatos, al otorgarles el manejo de montos siderales de fondos, aún en el caso de no contar con O.S., permitirles crear sus propios bancos, manejar de manera poco clara el 30o/o de los fondos, y otras disposiciones que sería largo enumerar.

Como contrapartida, pesa sobre las O.S. la permanente espada de Damocles de la inspección financiero—contable y la intervención estatal, formas de control, consagradas por la ley.

Es decir que los sindicatos, cuyas O.S. vegetaban desde hacía años, en muchos casos en el déficit crónico, no sólo solucionaban este problema, sino que pasaban a disponer de montos que jamás habían manejado pero, a cambio, debían subordinar aún más su política a la de sus aliados militares.

—La burocracia sindical, usurpadora del poder en esos sindicatos, no puso objeciones asegurando así la

Revolución Argentina sus espaldas en el sector gremial.

Recordemos, si no, cómo, frente a la cláusula proscriptiva del 26 de agosto, bastó que Lanusse apelara a una simple congelación de fondos para que la débil oposición insinuada por la burocracia cegetista tardara apenas 24 horas en disiparse.

En conclusión, este instrumento legal constituye sin lugar a dudas la clave de la política recomendada en 1956 por la Oficina Sanitaria Panamericana, a la vez que favorece el poder de sectores enfrentados con los intereses del pueblo:

1º) Porque permite al Estado desembarazarse de sus responsabilidades en materia sanitaria, creando otra fuente de recursos.

2º) Porque el volumen de recursos que crea recae sobre las espaldas de la clase trabajadora.

3º) Porque no se atiende a objetivos de eficiencia y calidad en la asistencia.

4º) Porque permite a la medieina del lucro regenteada por la oligarquía aumentar sus recursos y fortalecer su poder.

5º) Por el poder económico y político que otorga a la burocracia sindical, representante de intereses antinacionales.

6º) Porque coloca a las organizaciones sindicales que deben ser recuperadas por el pueblo bajo el poder militar.

Leyes 19.032, 19.337 y 19.710

Otros instrumentos legales, complementan a la 18.610, cubriendo aquellos aspectos que no trata y organizando mejor el sistema de derivación de fondos a través del cual el deterioro de la salud pública produce ganancias.

Severa contracción de la estructura capitalista: es necesario que el pueblo sufra para que los monopolios no pierdan y las empresas de salud lucren —Contradicción coherente con el sistema en el que la salud se convierte en mercancía y la renta corre paralela a la gravedad y duración de la enfermedad. Podría ser ésta una vía para buscar la razón por la cual no se promueve la salud, la medicina preventiva prácticamente no existe, etc. Las determinaciones de la estructura favorecen otra cosa. Pero éste sería tema para otro artículo. Volvamos a lo nuestro.

La Ley 19.032, del 13/5/71, se encarga de cubrir asistencialmente al sector pasivo, creando el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

La fundamentación recoge la dramática situación de los jubilados y reconoce lo agudo del problema, por su edad, que hace necesaria una mayor cantidad de prestaciones y por lo reducido de sus haberes. Por supuesto, la vía de solución se encuentra a través del aporte de "la comunidad". En este caso, un 2º/o de sus haberes y un 3º/o del aguinaldo a cargo de los jubilados y un 1º/o del salario de los trabajadores en actividad. Además, la diferencia del primer haber jubilatorio, en caso de aumento, y "el producido de los aranceles que cobre por los servicios que preste" son otras formas de exacción al magro patrimonio de los jubilados que esta ley prevee. Nuevamente son los sectores menos favorecidos los que deben financiar la salud. Es interesante notar que aún actualmente, luego de casi 3 años de recaudación ininterrumpida, no están organizados los servicios a que la ley se refiere más que de una manera muy parcial y casi exclusivamente en la Capital Federal. Es realmente clara la fundamentación de la ley cuando dice, acerca del sistema de financiamiento: "No se trata, pues, de un desvío de fondos de las Cajas Nacionales de Previsión para fines extraños, sino de la afectación de un nuevo recurso destinado a financiar prestaciones no previstas en el regimen vigente". Lo que no queda tan claro, en la práctica, es quién es el destinatario de esas "prestaciones", dado que los jubilados no las reciben. Pero, al fin y al cabo, los "desvíos de fondos" son moneda corriente en este campo y está claro que se trata de "un nuevo recurso".

Unos meses más tarde (10/11/71) vé la luz la Ley 19337, llamada de "Descentralización Hospitalaria". Complemento ideal para la 18.610, su objetivo principal consiste en legalizar las diversas maniobras necesarias para asegurar que el Estado pueda desentenderse de los problemas presupuestarios de la salud.

Se argumenta en su fundamentación que se trata de "crear un regimen legal para que los hospitales y establecimientos asistenciales del sector público puedan coordinar e integrar sus prestaciones con las O.S. comprendidas en las leyes 18.610, 18.980 y 19.032, a través de convenios. Los establecimientos señalados deben contar con un régimen administrativo ágil que les permita ingresar eficientemente en el sistema, por lo que se les otorga el carácter de organismos descentralizados". De un plumazo se pretende convertir al sistema de O.S. en la columna vertebral de la organización sanitaria nacional y ésto se hace bajo la advocación de "lograr una elevación del nivel de salud con especial énfasis en los sectores de población de menores recursos socio—económicos". Parece ridículo que alguien pretendiese ésto, tomando como base la medicina comercial y atada a criterios económicos de las O.S. y sus contratistas privadas. Pero la necesidad imperiosa de cumplir con las directivas de Washington no se detiene en argumentos más o menos coherentes.

Acerca de los fondos para el sostenimiento de los hospitales, que antes provenían en su totalidad del Estado, se establecen tres formas principales de financiación.

Por un lado, "los fondos que le fije el Presupuesto general de la Nación". Ya hemos visto cuál es la política en este sentido, y sabemos el nivel de deterioro a que el miserrimo y constantemente disminuido presupuesto llevó a los hospitales públicos.

Por otro lado, "el producido de los convenios con las O.S." —y ya tenemos legalizado el mecanismo para que "las colectividades asuman cada vez mayores responsabilidades en el sostenimiento de los hospitales".— La O.S.P. puede estar contenta. Sus "recomendaciones" son órdenes para el gobierno de la dictadura militar.

Por último, "las recaudaciones y derechos que perciba, adquiera o provengan del ejercicio de sus funciones o prestación de servicios". Es decir que, por si no basta la derivación de fondos de O.S. al mantenimiento de los hospitales públicos, se establece el arancelamiento directo de los servicios. Después de todo, esto no es nuevo. No hace más que oficializar los "bonos de la cooperadora" o los aportes de material clínico que se exigían para la atención de un paciente. Y, de todas maneras, si alguien no tiene dinero para pagar el arancel, siem-

pre le queda el humillante recurso de conseguirse un "certificado de pobreza", gestionándolo ante la administración del hospital.

La gratuidad de la asistencia y el papel del Estado como garante de la salud pública quedan sepultados por esta ley, cuya aplicación a todos los hospitales nacionales afecta, incluso, a los establecimientos de zonas tan marginales como Belén, Icaño, Chumbicha (Catamarca), Fernández, Añatuya, Ojo de Agua, Bandera Bajada, Quimili, Pinto (Santiago del Estero), Ainogasta, Chilecito, Chamical (La Rioja), Tartagal, Embarcación (Salta), Paso de los Indios, Río Mayo, Río Senguer (Chubut) y muchos otros (92 establecimientos en total), que, seguramente, con los fondos que les aporten las numerosas, ricas y organizadas O.S. de esas zonas podrán "elevar el nivel de salud".

Las contradicciones son tan flagrantes y el propósito de sacarse de encima la salud pública tan evidente que ninguna "fundamentación" puede ocultar el profundo servicio a los intereses imperialistas de esta política y su ataque directo a los sectores populares.

Luego de promulgada la ley 19.337, los trabajadores mantienen, la salud pública de cinco formas distintas:

1º) A través de los mecanismos de recaudación impositiva, habituales, de donde surgen los aportes estatales. Jamás se ha insinuado siquiera la posibilidad de implantar un impuesto especial a los monopolios, con destino a la salud.

2º) A través del pago directo de servicios, en consultorios privados, sistema de pre–pago, Obras Sociales y hospitales públicos (con o sin bonos de cooperadora).

3º) A través del descuento compulsivo sobre su salario que consagró la 18.610.

4º) Pagando los aumentos de precio de los productos de consumo (lo que deteriora su salario real), derivados del traslado a "costos" del valor del aporte de los empleadores.

5º) A través del traslado al presupuesto de salud de fondos recaudados por la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos. Una de las mayores y más publicitadas fuentes de recursos es el PRODE, otra de las creaciones del Ministro Manrique.

Si tenemos en cuenta que los trabajadores son los creadores de toda la renta nacional y que sus salarios congelados significan en todo este período un deterioro estrepitoso del salario real, la manifiesta injusticia de esta situación salta a ojos vistas.

Termina de completar el panorama de la Salud Pública de la dictadura la ley 19.710 (30/6/72), que regula la contratación de las prestaciones médicas.

Su objetivo principal es, dejando hablar a su propia fundamentación, "satisfacer adecuados niveles de atención médica y de internación, al más bajo costo factible de los mismos".

La contradicción intrínseca de esta afirmación resalta en cuanto la analizamos someramente. Porque para plantearse el nivel de atención debe partirse de las necesidades en la materia y no del más bajo costo factible. Es sabido que, en medicina, sólo pueden bajarse los costos a través de dos caminos: no realizando la renovación periódica o bajando el costo de la mano de obra, es decir, médicos, enfermeras, etc. Acerca de la renovación de materiales, es conocido el deterioro y la obsolescencia de los equipos con que contamos, en un país que, hasta no hace mucho tiempo, se hallaba entre los primeros en cuanto al nivel de instalaciones con que contaba. Acerca de la mano de obra, es también conocido que el trabajo de los prestadores médicos, en hospitales, clínicas, etc., se realiza ad honorem o como asalariados, en condiciones que configuran una verdadera situación de explotación.

En rigor de verdad, la ley no deja dudas respecto a que su objetivo principal es lograr el más bajo costo y esto se relaciona con el objetivo ya enunciado de esta política de brindar "prestaciones mínimas" (Ley 18610).

Para lograr ese objetivo, el sistema de contratación plantea que el subsector público (gracias a la ley 19337) y el privado pasarán a disputarse el "mercado" creado por los fondos disponibles de las O.S. que exceden su capacidad instalada de prestación de servicios.

Se establece que las O.S. "procurarán la utilización de los servicios y la capacidad instalada que tuvieron las mismas y las instituciones hospitalarias comprendidas en la ley 19.337". "Esta preferencia de contratación se otorgará siempre que se ofrezcan niveles de eficiencia y condiciones acordes con las normas técnicas pertinentes".

Pero es sabido que los hospitales, sumidos en el caos económico–financiero, administrativo y asistencial, no pueden, en general, competir con la asistencia privada y los grandes monopolios.

Entonces, los resultados están a la vista. Mientras los sanatorios privados tienden a monopolizar las prestaciones más rentables (como ya vimos) y los contratos de las O.S. más poderosas, se dispondrá de los hospitales para las prestaciones que no dejan ganancias y las O.S. de menores recursos.

Por último, respecto de los médicos, se abaratan los costos estableciendo modalidades de contratación sin relación de dependencia ni beneficios sociales, sin carrera médica ni estabilidad, por contratos temporarios, etc.

Con esta ley se cierra finalmente el círculo que propuso la O.S.P. y comenzó con la 18.610. Los monopolios no pierden un centavo en atender a la salud. El Estado logra desligarse en gran medida (excepto para mantener aquellos servicios que nadie cree lucrativos), la oligarquía se llena los bolsillos a costa del trabajo explotado de los profesionales y las clases populares financian todo el sistema. Evidentemente, la inventiva de Manrique logró resolver el problema que desde 1956 tenía preocupadas a las clases dominantes y, finalmente, se ha logrado el objetivo: la salud pública ya está regida por el lucro y se ha transformado en una mercancía negociable.

Con este desquiciado panorama se encontró el Subsecretario Liotta cuando, a partir del 25 de Mayo de 1973, asumió la responsabilidad de Salud Pública.

Hoy, casi un año después, la situación no ha variado. Toda esta legislación sigue en vigencia y amenaza ser profundizada, en caso de aprobarse el plan de Sistema Nacional Integrado de Salud que está a consideración del Poder Legislativo.

En un próximo número de *LOS LIBROS* analizaremos este plan y comentaremos las viscicitudes que fue sufriendo y las causas de su imposibilidad para hacer frente de manera consecuente a la política del imperialismo, así como trataremos las posibilidades de lograr una organización alternativa, al servicio de las necesidades de la clase obrera y del pueblo.

Documento

Sobre la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud

Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental

Documento presentado ante los bloques parlamentarios durante el mes de enero de 1974

Ante la presentación del Proyecto de Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud (I.N.I.S.), realizada por el Poder Ejecutivo al Parlamento, la COORDINADORA DE TRABAJADORES DE SALUD MENTAL (C.T.S.M.) integrada por las Asociaciones de psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras, se dirige al Parlamento Nacional con el objeto de fijar su posición.

Esta postura está determinada además por la situación de deterioro en que se encuentra la salud pública en todo el país como consecuencia de la política antipopular de la dictadura.

Partimos del principio de que la solución integral del problema de salud sólo será posible en una estructura social sin explotadores ni explotados.

Creemos imprescindible, en la coyuntura actual, como marco necesario a los planes de salud una política que tienda a solucionar prioritariamente los problemas de vivienda, alimentación, educación, trabajo permanente, es decir a elevar el nivel de vida del pueblo, asegurando una redistribución del producto bruto en beneficio de la clase trabajadora.

En función de tales principios consideramos que todo plan de salud debe reunir las siguientes condiciones:

a) Asistencia y prevención gratuita y eficiente para toda la población, a cargo del Estado. Sin aportes directos ni indirectos que graven el salario de la clase trabajadora.

b) Control y participación popular en la organización y ejecución de la tarea asistencial y preventiva.

c) El hospital debe ser el eje del sistema de salud. Por tanto debe lograrse la salida del hospital a la comunidad.

d) Las estructuras asistenciales y preventivas, hospitales, centros, servicios, etc., deben tener un funcionamiento horizontal.

e) Carrera Sanitaria Nacional, con ingreso para todos los profesionales y distribución de acuerdo a las necesidades zonales, sectoriales, etc.; promoción por capacidad. Revisión periódica de los cargos.

El plan debe estar basado en la salud y no en la enfermedad.

En el marco de esta definición los TSM apoyamos en su momento y reivindicamos hoy como válidas las "Bases para un Proyecto de Reforma Sanitaria Nacional", enunciadas por el Subsecretario Dr. Liotta en Posadas en Junio de 1973. De ese proyecto reivindicamos como puntos centrales:

—La enunciación del propósito de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud, terminando con la existencia de una realidad asistencial pública y otra privada.

—El propósito de un aumento significativo del presupuesto para salud pública con fondos provenientes de rentas generales.

—El proyecto de un mecanismo de recaudación impositiva para salud que no recaiga sobre el ingreso de la población asalariada.

—El anuncio de una Carrera Sanitaria Nacional con ingreso por concurso, estabilidad, retribución justa y sistema de capacitación.

—La concepción de la enfermedad como determinada por las condiciones generales de vida.

—La enunciación de una política para salud mental dentro de una concepción social y comunitaria, "ligada a fábricas, escuelas y organizaciones comunales de base, con funciones de promoción, prevención y detección precoz en el medio social y familiar".

—El anticipo del pedido de derogación de la ley nacional 19.337, de descentralización hospitalaria.

No podemos dejar de señalar la sucesiva degradación que estos principios sufrieron en los diversos proyectos conocidos que surgieron de la Subsecretaría de Salud Pública. Este proceso negativo fue consecuencia de la fuerte oposición ejercida por quienes manejan los fondos destinados a las Obras Sociales y por los capitalistas de la medicina que usufructúan dichos fondos.

Aun teniendo en cuenta la distancia, ya mencionada, entre las declaraciones del Dr. Liotta en Posadas y el proyecto de ley presentado a las Cámaras, reivindicamos como válidos:

a) El planteo inicial de organización de un Sistema Nacional de Salud y la asunción por parte del Estado de la res-

ponsabilidad de garantizar una prestación sanitaria eficiente e igualitaria. Si bien no están claras en el proyecto las medidas que garanticen el cumplimiento real de tal responsabilidad.

b) El anunciado proyecto de Carrera Sanitaria, recientemente conocido y sobre el cual la CTSM fijará su posición una vez estudiado.

c) La apertura a la participación de sectores de trabajadores y profesionales en la conducción del Sistema, si bien dada la modalidad de integración del Consejo Federal y de los Consejos Provinciales, no se asegura una efectiva congestión ni ninguna forma efectiva de control popular.

La degradación del actual proyecto respecto de los anteriores se pone de manifiesto en dos puntos generales. Por un lado en el régimen de financiación proyectado en el que se elimina toda referencia a la supresión de los aportes de los trabajadores. Y en el mecanismo de integración al Sistema que deja cada vez más librada a la adhesión voluntaria, la integración de las obras sociales e inclusive de las provincias.

Si bien se hacen necesarios estudios técnicos más exhaustivos que la CTSM dará a conocer en su oportunidad al Parlamento, pueden marcarse las siguientes diferencias negativas entre el actual proyecto de ley (Cuarto proyecto del 14/12/73) y el anterior (del 15/10/73):

1º) El proyecto anterior establecía mucho más claramente las disposiciones respecto de la integración al Sistema, si bien con limitaciones en cuanto a la integración de *todos* los recursos, al menos aseguraba la participación de las obras sociales, estatales paraestatales y mixtas y de los organismos descentralizados del Estado.

Hoy esto se substituye por una formulación ambigua (art. 3º), que no hace *ninguna referencia* a las obras sociales ni especifica formas de integración, que solo integra al *sector estatal,* con la excepción hecha en el art. 37º, ni siquiera provincial, y que abre la peligrosa posibilidad de *convenios* con entes privados, afectando así la efectiva centralizaicón y fortalecimiento del sector público. Por otra parte esto se reafirma en el art. 27º. Todo esto abre una vía para la derivación de recursos estatales al mantenimiento del comercio de la salud, como hoy sucede con las prestaciones de las obras sociales: más de 50º/o de los recursos que éstas destinan a prestaciones asistenciales, se derivan a los grandes monopolios de la salud mediante "convenios".

2º) Se establece la duración de los integrantes del Consejo Federal (art. 6º) y del Consejo de Area Programativa (art. 16º) en CUATRO AÑOS, llama la atención esta especificación en un proyecto que en muchos aspectos de la implementación es marcadamente ambiguo. Por otra parte para los representantes de organismos gremiales de trabajadores y profesionales esto significa limitar el derecho democrático de sus bases de revocación del mandato de sus representantes. Es evidente que esta disposición fomenta una burocratización de su conducción.

3º) En materia de recursos y financiación, el proyecto anterior establecía que los recursos del Sistema debían representar *no menos del 6º/o del Producto Bruto Interno.* La contribución fijada por el actual proyecto (art. 20º) no solo es varias veces inferior a ese índice, sino que establece una suma de *"hasta* $ 3.400.000.000 y conforme a las posibilidades financieras", con lo que el monto definitivo queda sumamente incierto.

Por otra parte se hablaba en la versión anterior de "tenderá a disminuir el aporte de los trabajadores y el pago de los servicios que preste hasta lograr, en este último caso, su eventual supresión." Aun esta intención, sumamente ambigua por otra parte, es eliminada en la versión actual, en la que nada indica ni la intención ni la posibilidad de eliminar formas de financiación que recaen sobre la clase trabajadora.

4º) No sólo se elimina toda referencia a tal propósito general, sino que se elimina una disposición que constaba en *todos los anteriores* en cuanto a derogar el aporte de jubilados y pensionados (2º/o de sus haberes y 3º/o del aguinaldo). Considerando la situación de extrema precariedad de este sector de la población y los escasos servicios organizados con los que hasta hoy cuenta para su beneficio, esta medida constituye una muestra grave de insensibilidad social y de abandono de las obligaciones del Estado hacia los sectores desposeídos.

5º) El proyecto anterior establecía un régimen de expropiación directo de los bienes necesarios para el cumplimiento de los fines del SNIS. En el actual esto es reemplazado (art. 31º) así: "La Administración Federal del SNIS propondrá el dictado de las normas necesarias para declarar de utilidad pública y sujetos a expropiación todos los bienes que considere necesarios para el cumplimiento de sus fines". El retroceso es claro y su signo evidente. Todo tiende a debilitar la efectiva posibilidad de centralización e integración de recursos.

6º) Se establece (art. 37º) la exclusión explícita del SNIS de los establecimientos y servicios asistenciales en jurisdicción de las Fuerzas Armadas, de Seguridad y Defensa. Esta disposición que no figura en ninguno de los proyectos anteriores, pone en cuestión el alcance que se otorga a la decisión de integrar *por lo menos* los recursos del Estado.

Esta es en síntesis nuestra posición sobre el Proyecto de SNIS. Teniendo en cuenta la escasa información y discusión de los sucesivos proyectos, la CTSM solicita que no se trate el actual proyecto de ley en sesiones extraordinarias, para dar lugar al más amplio debate con participación de todos los sectores y a la presentación por esa vía de modificaciones o proyectos alternativos.

Hemos mencionado la situación de deterioro de la salud pública en el país, y esta situación requiere urgente solución. En ese sentido la CTSM propone el siguiente PLAN DE EMERGENCIA:

a) Mayor presupuesto para los hospitales y centros de salud. Ese refuerzo deberá ser inmediato. En tal sentido se establecerá un impuesto extraordinario a los monopolios farmacéuticos. Esta propuesta no implica claudicar del principio ya definido por la CTSM en cuanto a la necesidad de la nacionalización de los laboratorios.

b) Apertura de nuevas salas de Psiquiatría en los Hospitales generales. Reapertura de las cerradas. Creación de gabinetes psicopedagógicos en las escuelas.

c) Inclusión de las prestaciones psiquiátricas integrales dentro de los beneficios de las obras sociales, en las mismas condiciones de paridad que el resto de las prestaciones.

d) Disolución inmediata del Instituto Nacional de Salud Mental e integración de la Salud Mental a la salud pública.

e) Contra los instrumentos legales que propenden a la discriminación ideológica. Contra la aplicación de la Ley de Prescindibilidad. Por la reincorporación inmediata de todos los cesanteados por causas políticas y gremiales; por la aplicación en ese sentido de la ley 20.508.

f) Por la normalización de la situación de los concurrentes; aumento del número de rentas. Ingreso irrestricto de los profesionales con distribución adecuada a las necesidades.

La CTSM junto con los sectores que ya han respondido positivamente a su llamado exhorta a las Comisiones de Salud de los bloques parlamentarios a confluir con los sectores involucrados en el campo de la salud profesionales y no profesionales, en un *Movimiento estable que coordine acciones* en defensa de la salud popular y de las legítimas reivindicaciones de los trabajadores del sector.

Libros distribuidos en Buenos Aires

Febrero – Marzo 1974

CIENCIAS SOCIALES

Yves Benot
Diderot: del ateísmo al anticolonialismo
Siglo XXI, México, 331 pág.

Botana, Braun, Floria
El régimen militar (1966–1973)
Astrea, Buenos Aires, 552 pág.

Rafael Caldera
Temas de sociología venezolana
Editorial Tiempo Nuevo, Caracas

Theotonio Dos Santos
Imperialismo y empresas multinacionales
Galerna, Buenos Aires, 138 pág.

E. Evans Pritchard
Las teorías de la religión primitiva
Siglo XXI, Madrid, 200 pág.

Thomas Lowit
El sindicalismo en la Europa del Este
Nova Terra, Barcelona, 357 pág.

Herbert Marcuse
La sociedad opresora
Editorial Tiempo Nuevo, Caracas

Marcel Merle
El anticolonialismo europeo: desde las Casas a Marx
Alianza, Madrid, 397 pág.

Paul M. Sweezy y Charles Bettelheim
Algunos problemas actuales del socialismo
Traducción de Gonzalo Gil,

Pilar Muñoz, Ignacio Romero, Josefina Rubio
Siglo XXI Argentina, Buenos Aires, 125 pág.

Max Weber
La ética protestante y el espíritu del capitalismo
Península, Barcelona, 262 pág.

SUSCRIBASE

A

los libros

PARA UNA CRITICA POLITICA DE LA CULTURA

Tarifa de suscripción

Argentina	
12 números	**$ 60,00**
América	
12 números	**U$S 13**
Vía aérea	**U$S 18**
Europa	
12 números	**U$S 15**
Vía aérea	**U$S 21**

Cheques y giros a la orden de LOS LIBROS, Tucumán 1427, 2º Piso of. 207, Buenos Aires. -

COMUNICACION

Camilo Taufic
Periodismo y lucha de clases
Ediciones de la Flor, Buenos Aires, 215 pág.

Sylvina Walger y Carlos Ulanovsky
TV Guía Negra
Ediciones de la Flor, Buenos Aires, 216 pág.

CRITICA E HISTORIA LITERARIA

Rodolfo Borello
Hernández, poesía y política
Plus Ultra, Buenos Aires, 1974

Donald Drew Egbert
El arte en la teoría marxista y la práctica soviética
Tusquets, Barcelona, 93 pág.

Julio Ortega
Relato de la Utopía. Notas sobre narrativa cubana de la revolución

La gaya ciencia, Barcelona, 232 pág.

Félix Martínez Bonati
La estructura de la obra literaria
Seix Barral, Barcelona

ECONOMIA

Jagdish Bhagwati
La economía y el orden mundial en el año 2000
Siglo XXI, México, 418 pág.

Oscar Braun
El plan económico del gobierno popular
El coloquio, Buenos Aires, 80 pág.

Celso Furtado
El mito del desarrollo económico y el futuro del Tercer Mundo
Periferia, Buenos Aires, 91 pág.

Federico Herschel
Política Económica
Siglo XXI, México, 136 pág.

Ricardo Kesselman
Las estrategias del desarrollo como ideologías
Siglo XXI, Buenos Aires, 150 pág.

Witold Kula
Problemas y métodos de la historia económica
Península, Barcelona, 729 pág.

Manual de economía política del capitalismo
Sin indicación de autor
Granica Editor, Buenos Aires, 355 pág.

James O'Connor
Estado y capitalismo en la sociedad norteamericana
Traducción de Rut Simcovich
Periferia, Buenos Aires, 363 pág.

S.H. Rewoldt, J.D. Scott, M.R. Warshaw
Dirección comercial
Traducción de Aníbal C. Leal
El Ateneo, Buenos Aires, 400 pág.

Rowthorn, Warren, Emmanuel, Cardoso
Capital monopolista yanqui y capital monopolista europeo
Traducción de Oscar Muslera
Granica, Buenos Aires, 160 pág.

Sweezy, Magdoff, O'Connor, Adam, Vaitsos, Girvan
Teoría y práctica de la empresa multinacional
Periferia, Buenos Aires, 189 pág.

Alberti, Bini, del Corno y Giamantoni
El autoritarismo en la escuela
Fontanella, Barcelona, 322 pág.

Cuadernos de Educación
Números 12 13
T.A. Vasconi: "Ideología, lucha de clases y aparatos educativos en el desarrollo de América Latina"

Iván Illich
América y la revolución cultural
Patria Grande, Buenos Aires, 65 pág.

Gilbert de Landsheere
Evaluación continua y exámenes. Manual de docimología: un nuevo desarrollo conceptual y práctico de ambos procesos
Traducción de Juan Jorge Thomas
El Ateneo, Buenos Aires, 243 pág.

FILOSOFIA

E. Paolo Lamanna
La filosofía del siglo XX. Tomo V de la Historia de la Filosofía
Traducción de Floreal Mazía
Hachette, Buenos Aires, 679 pág.

Sebastiano Timpanaro
Praxis, materialismo y estructuralismo
Fontanella, Barcelona, 233 pág.

HISTORIA

Ramón Campbell
El misterioso mundo de Rapanui
Editorial Francisco de Aguirre, Buenos Aires–Santiago de Chile, 333 pág.

J.R. Hale
La Europa del Renacimiento 1480–1520
Traducción de Ramón Cotarelo
Siglo XXI, Madrid, 409 pág.

Mateo Martinic
Crónica de las Tierras del Sur del Canal de Beagle
Editorial Francisco de Aguirre, Buenos Aires–Santiago de Chile, 236 pág.

Juan Manuel de Rosas
Cartas del Exilio 1853/1875
Rodolfo Alonso Editor, Buenos Aires, 201 pág.

A. Soboul, F. Hincker y otros
El feudalismo
Ayuso, Madrid, 355 pág.

NARRATIVA EUROPEA Y NORTE AMERICANA

Ray Bradbury
Las maquinarias de la alegría
Traducción de Aurora Bernárdez
Minotauro, Buenos Aires, 251 pág.

Jean Cocteau
El libro blanco
Traducción de Rafael Ferrer
Rodolfo Alonso Editor, Buenos Aires, 69 pág.

Anatoly Dneprov, Ilya Varshavsky y otros
Otros seres, otros mundos
Traducción de Juan J. Mathé
Rodolfo Alonso Editor, Buenos Aires, 230 pág.

Ernest Hemingway
Nick Adams
Emecé, Buenos Aires, 222 pág.

Ross Macdonald
Archer, el blanco móvil
Traducción de María Victoria Suárez
Editorial Alfa Argentina, Buenos Aires, 223 pág.

Sade
Ernestina
Traducción de Amanda Forns de Gioia. Prólogo de Oscar del Barco
Rodolfo Alonso Editor, Buenos Aires, 110 pág.

Vassilis Vassilikos
Diario de Z
Traducción de Mario Lancellotti
Sudamericana, Buenos Aires, 175 pág.

Julio Verne
Viaje al centro de la Tierra
Traducción de Ana Noboa de Dufaux
Editorial Francisco de Aguirre, Buenos Aires–Santiago de Chile, 175 pág.

NARRATIVA LATINO-AMERICANA

José María Arguedas
El sexto
Losada, Buenos Aires, 169 pág.

Arias, Bioy Casares, Borges, Bird, Di Benedetto, Guido, Gudiño Kieffer, Mujica Láinez, Ocampo, Poletti
Mi mejor cuento
Ediciones Orión, Buenos Aires, 227 pág.

Gabriel García Márquez
Ojos de perro azul
Sudamericana, Buenos Aires, 133 pág.

Néstor Mux
Cartas íntimas para todos
Ediciones Elepé, La Plata, 81 pág.

Martín Alberto Noel
Los domingos
Emecé, Buenos Aires,
239 pág.

Juan Carlos Onetti
Tiempo de abrazar
Arca, Montevideo, 247 pág.

Juan Carlos Onetti
Cuentos completos
Prólogo de Jorge Rufinelli
Corregidor, Buenos Aires,
384 pág.

Olga Soria y Osvaldo Balbi
Pequeña historia de dos elefantes
Ediciones cultura popular

POESIA

Osvaldo Balbi
De uno en uno
Ediciones cultura popular

Rodolfo Braceli
El último padre
Ediciones de la Flor,
Buenos Aires, 83 pág.

Enrique Fierro
Mutaciones, 1 1963–1966
Siete poetas
hispanoamericanos,
Montevideo, 122 pág.

Pablo Neruda
Libro de las preguntas,
99 pág.
El corazón amarillo,
110 pág.
Jardín de invierno,
104 pág.
2000, 50 pág.
Losada, Buenos Aires

POLITICA

Osvaldo Balbi
Sugar Co.
Ediciones cultura popular,
Tucumán

Ricardo Carpani
Peronismo, nacionalismo y socialismo nacional
Centro de Estudios Políticos,
Buenos Aires, 141 pág.

Chou en–lai y Wang Jung–Wen
Proceso de la revolución china
Nativa Libros, Buenos Aires,
133 pág.

Guy Debord
La sociedad del espectáculo
Traducción de Jorge Diamant
Ediciones de la Flor,
Buenos Aires, 178 pág.

Joan Garcés
El estado y los problemas tácticos en el gobierno de Allende
Siglo XXI Argentina,
Buenos Aires, 309 pág.

Ernesto Giudici
Imperialismo y liberación nacional
Granica, Buenos Aires,
169 pág.

Andrew Graham–Yooll (comp.)
Tiempo de violencia
Cronología del "Gran
Acuerdo Nacional"
Buenos Aires, 160 pág.

La guerra popular en el Brasil
Documento del Comité
Central del Partido Comunista
del Brasil
Nativa Libros, Buenos Aires,
54 pág.

Dieter Khun
Límites de la oposición
Tiempo Nuevo, Caracas,
190 pág.

V.I. Lenin
El triunfo de los Kadetes y las tareas del Partido Obrero. La socialdemocradia y los acuerdos electorales
La Rosa Blindada, Buenos
Aires, 109 pág.

Ernest Mandel
Treinta preguntas y respuestas acerca de la historia del Partido Comunista de la Unión Soviética
Pluma, Buenos Aires,
82 pág.

Ruy Mauro Marini, Pio García
y otros
¿Por qué cayó Allende?
Autopsia del gobierno popular chileno
Rodolfo Alonso Editor,
Buenos Aires, 84 pág.

Pedro Negre Rigol
Fe y política. Sociología latinoamericana y teología de la liberación
Tierra Nueva, Montevideo

León Trotski
La guerra y la Internacional
Ediciones La Rosa Blindada,
Buenos Aires, 111 pág.

León Trotsky
La revolución estrangulada
Traducción de Silvia Elena
Palomar
Rodolfo Alonso Editor,
Buenos Aires, 120 pág.

PSICOLOGIA

Siegfried Bernfeld
El psicoanálisis y la educación antiautoritaria
Barral Editores, Barcelona,
359 pág.

J. Castorina y otros
Explicación y modelos en psicología
Nueva Visión, Buenos Aires,
147 pág.

Georges Devereux
Ensayos de etnopsiquiatría general
Barral Editores, Barcelona,
428 pág.

Gantheret, Dahmer, Marcuse,
Steigerwald, Brohm,
Fernbach y otros
Marxismo, psicoanálisis y Sexpol
II. Estado actual de la discusión
Traducción de Ruth
Dzudzek
Granica Editor, Buenos Aires,
361 pág.

Gemma Jappe
Sobre la palabra y el lenguaje en psicoanálisis
Traducción de Ruth Dzudzek
Granica Editor, Buenos Aires,
174 pág.

Robert P. Liberman
Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta
Fontanella, Barcelona

J.B. Pontalis
Después de Freud
Traducción de José Bianco
Sudamericana, Buenos Aires,
338 pág.

Murray Sidman
Tácticas de investigación científica. Evaluación de datos experimentales en psicología.
Fontanella, Barcelona

René Zazzo y otros
Los débiles mentales
Fontanella, Barcelona

REVISTAS

El cuento
Revista de imaginación
Agosto–septiembre 1973,
año X, tomo X, número 60
México

El cuento
Revista de imaginación
Octubre–noviembre 1973,
año X, tomo X, número 61
México

Desarrollo económico
Revista de Ciencias Sociales
Publicación del Instituto de
Desarrollo Económico y
Social
Número 52, enero–marzo de
1974

Eco
Noviembre de 1973, nº 157
Bogotá, Colombia

Estudios Internacionales
Año VI, abril–junio 1973,
nº 22
Revista del Instituto de Estudios
Internacionales de la Universidad
de Chile

Venga que le cuento
Publicación periódica
aleatoria de narradores
argentinos
Número 2
Zunino ediciones,
Buenos Aires, 55 pág.

APORTES DE SIGLO XXI PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LA REALIDAD NACIONAL

SOLANAS y GETINO / Cine, cultura y descolonización **$ 24**

BRAUN (comp.) / El capitalismo argentino en crisis **$ 20**

KESSELMAN / Las estrategias de desarrollo como ideologías **$ 18**

HALPERIN DONGHI / Revolución y guerra. **Formación de una élite dirigente en la Argentina criolla** **$ 40**

RATZER / Los marxistas argentinos del 90 **$ 16**

FERRARA / ¿Qué son las ligas agrarias? **Historia y documentos de las organizaciones campesinas del Nordeste argentino** **$ 45**

TESTA / Empresas multinacionales e imperialismo **$ 26**

CANTON / La política de los militares argentinos, 1900-1971 **$ 12**

CANTON / Elecciones y partidos políticos en la Argentina. **Historia, interpretación y balance,** 1910-1966 **$ 28**

DELICH / Tierra y conciencia campesina en Tucumán **$ 12**

DUEJO / El capital monopolista y las contradicciones secundarias en la Argentina **$ 17**

MURMIS y PORTANTIERO / Estudios sobre los orígenes del peronismo, I **$ 14**

PANAIA, LESSER y SKUPCH / Estudios sobre los orígenes del peronismo, II **$ 18**

PERALTA RAMOS / Etapas de acumulación y alianzas de clase en la Argentina (1930-1970) **$ 17**

JORGE / Industria y concentración económica. **Desde principios de siglo hasta el peronismo** **$ 15**

HUMOR

QUINO / A mí no me grite **$ 25**

SABAT / Al troesma con cariño **$ 36**

El libro de Hortensia **$ 25**

siglo veintiuno argentina editores sa

Córdoba 2064 Bs. As. Tel. 45-7609/46-9059/49-2614

Solicite catalogos e información periódica