

Apuntes para una historia de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco en el contexto de América Latina*

*José Carlos Escudero***

La salud colectiva es un tema difícil, si su objetivo es enseñarla. No es una disciplina “vertical” legitimada por muchos años de historia, como lo son la medicina, el derecho, la antropología, la sociología, la biología; es una disciplina “transversal” que toma elementos de muchas otras. Lo que hoy, por ejemplo, sabemos sobre la causalidad de la salud colectiva del *Homo Sapiens* recoge aportes de la genética, la demografía, la historiografía, la economía política, la biología, la ecología y de muchas otras disciplinas. Lo que sabemos sobre la implementación de medidas para mejorar esta salud colectiva tiene deudas con las ciencias políticas, la antropología y la historiografía, entre otras. El creciente gasto en medicamentos y la ineficacia de muchos de estos se enriquece como tema de análisis con contribuciones de la farmacología, la economía política, las ciencias políticas y la epidemiología clínica. En un mundo globalizado bajo la égida del capital financiero, la dificultad de la aplicación de políticas de Estado para asegurar equidad y eficiencia en el área de la salud colectiva se nutre de aportes de la política y la economía internacionales. Finalmente, la medición de la salud colectiva requiere de la epistemología, la demografía, la estadística y un sinnúmero de técnicas que provienen de diferentes ciencias sociales. El profesor de salud colectiva debe tener como elemento caracterológico básico una curiosidad insaciable para hurgar en la totalidad del conocimiento

disponible, un tiempo amplio para aplicar elementos de este a su disciplina, la generosidad para socializar este conocimiento entre sus pares y alumnos, y la modestia de reconocer la precariedad de este, que le puede dar la flexibilidad para estar siempre aprendiendo ideas nuevas, a la vez que revisando ideas anteriores, que tiempo atrás parecían inmovibles.

Comparando este ambicioso mandato (que nosotros, hoy, estamos lejos de cumplir) con lo que sucedía con la enseñanza de la salud colectiva en los años setenta del siglo pasado en nuestra América Latina, fecha en que se fundó la Maestría de Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), vemos que la situación de la docencia en nuestro continente era mucho más débil. Los planteles docentes de la disciplina y sus currículos de enseñanza en nuestros países eran mucho más recortados en el campo intelectual y académico que hoy. Los docentes tenían un fuerte sesgo biólogo en sus antecedentes intelectuales, con muy poco conocimiento de lo que sucedía en las ciencias sociales, históricas o psicológicas y con escaso o nulo acceso a las técnicas que estas ciencias usaban. A este sesgo intelectual, los docentes sumaban otro hecho, que tiene que ver con la materialidad de la vida: eran generalmente docentes a tiempo parcial, siendo sus otras actividades la de funcionarios en las áreas de la salud de los respectivos países, o en

*Conferencia dictada en el Seminario “XXX años de Medicina Social en la UAM. Pensando el futuro”, realizado en la Ciudad de México el 11 y 12 de noviembre de 2004.

**Correo electrónico: mayoral@mail.retina.ar

agencias internacionales, lo que solía enmarcar de timidez los diagnósticos o las propuestas de acción en el área de la salud colectiva que pudieran sonar como contestatarios o contrahegemónicos.

Sin embargo, América Latina en los años setenta del siglo pasado jugaba frente al sistema mundial hegemónico el mismo papel contrahegemónico que hoy se ha trasladado al mundo árabe y musulmán. Continente que habla español o portugués, lenguas recíprocamente inteligibles, con una historia en gran parte compartida, con unas sociedades civiles mucho mas complejas que lo que su pobreza material podía sugerir, fue en América Latina que apareció una experiencia nacional que, a un escaso centenar de kilómetros del centro imperial, financiero y militar de la economía *mondo* capitalista, tuvo la osadía de darse un modelo independiente de desarrollo económico y social, que entre muchas otras cosas terminó configurando lo que es probablemente hoy el sistema de salud colectiva mas equitativo y eficiente del mundo. Cuba se constituyó entonces en una experiencia a imitar y un modelo a seguir para el resto de América Latina. Los trabajadores de salud progresistas del resto de nuestros países veían con admiración el ejemplo de Cuba, desde el componente militar de su éxito (que, imitado en otras partes, fracasó casi siempre), hasta la organización de su salud, que era el campo específico de su trabajo. Lo que no se pudo prever correctamente fue que este despertar político de América Latina en los años setenta generó en la potencia hegemónica y en sus aliados en cada país, una respuesta que barrió con estos focos de resistencia contrahegemónica; subestimamos la inteligencia de nuestros enemigos y también su capacidad de infundir terror sin límites éticos.

Volvamos a la enseñanza de la salud colectiva, y a la gestión de un proyecto de salud que fuera mas equitativo y eficiente, que fuera más de "izquierda", menos orientado al lucro, más participativo. Se trataba de formar en un ámbito universitario cuadros técnico-intelectuales-políticos que vieran la salud colectiva de otra forma: contextualizando y reduciendo la importancia de sus causalidades biológicas o su problemática administrativo-burocrática, enfatizando sus causalidades sociales y económicas (y que tuvo relativamente menos éxito en estudiar sus causalidades culturales o psicológicas), procurando para su análisis categorías provenientes del marxismo, esa suprema herejía, entonces y hoy para el pensamiento de los funcionarios, que siempre legitiman lo tranquilizador, y que había sido casi ignorado por la enseñanza tradicional del tema salud colectiva. Los setenta eran tiempos a la vez mas fáciles y difíciles que los actuales. Más fáciles: las agencias de las Naciones Unidas (ONU) gozaban de mucho prestigio porque seguían adoptando el pensamiento desarrollista y generoso que inundó

el mundo a partir de la derrota del fascismo en 1945, y disponían de bastante dinero, inclusive para financiar iniciativas heterodoxas como éstas. No había irrumpido aún el pensamiento neoliberal, no había comenzado aún la ofensiva del gobierno de Estados Unidos, que, mediante el no pago de sus cuotas a las ONU y la permanente extorsión del retaceo de recursos, tendió a convertir a las ONU en una agencia subsidiaria de donde realmente circula hoy el poder y el dinero para las políticas sociales y sanitarias focalizadas, subsidiadoras de la Industria de la Salud y generadoras de deuda externa: el Banco Mundial y demás organismos internacionales de crédito. Los setentas eran también tiempos más difíciles: una seguidilla de golpes de Estado, con los genocidios que los acompañaban, implementados por clases políticas que sabían que la democracia era a la larga incompatible con su existencia, asolaba a nuestra América Latina. Estos golpes, siempre auspiciados y a veces también financiados por el gobierno de los Estados Unidos, y el terror que los acompañó, hicieron desaparecer, junto con algunas decenas de miles de personas, la existencia de ámbitos en muchos países donde se pudiera enseñar otra forma de salud colectiva que la oficial.

Formar cuadros para el cambio; el nombre de Juan César García y su trabajo, junto con el de varios compañeros que participaban en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), va a ser siempre recordado por la historia, y uno de los centros de enseñanza de esta nueva corriente de salud colectiva, gracias a la apertura ideológica e intelectual de sus autoridades y la atmósfera cultural rica, amplia y tolerante del país donde sucedió todo esto, fue la Maestría en Medicina Social de la UAM-X en México. Este país, caracterizado por la generosa y solidaria recepción de exiliados políticos de otras partes del mundo, permitió que unos cuantos exiliados latinoamericanos, se sumaran con entusiasmo y agradecimiento a muchos docentes nacionales, y que todos trabajaran en la institución cuyo treinta aniversario estamos festejando hoy. En mi caso personal, la solidaria y contenedora recepción que se me dio en mi exilio, el privilegio que supuso enseñar en la Maestría, y el enriquecimiento intelectual y afectivo que recibí, configuraron una deuda que nunca terminaré de pagar; y que me sirve de guía cuando, de regreso a mi país, estuve en condiciones de ayudar a algún otro hermano latinoamericano que sufre una situación similar a la mía en 1976.

La situación internacional permitía esto. Cuando se fundó la Maestría, las ONU eran un eficaz intermediario entre el mundo comunista y el capitalista, obteniendo fuerzas de esta situación. En el área de la salud la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus agencias regionales, que habían enunciado políticas tan avanzadas y potencialmente anticapi-

talistas como la Atención Primaria y los Medicamentos Esenciales, se permitían fácilmente la existencia en su seno de grupos contrahegemónicos y de formar cuadros para un eventual cambio en los países latinoamericanos que los necesitara. Por la Maestría comenzaron a pasar muchos jóvenes, algunos de los cuales compartían, más o menos secretamente, un proyecto político alternativo al que vivían, y resulta estimulante hoy ver la cantidad de graduados de esta Maestría que han ayudado a la consolidación de un pensamiento crítico que trasciende a las trivialidades y ocultamientos de tantos discursos oficiales sobre la salud colectiva, y que, en áreas de gestión, se esfuerzan por reducir el monto de sufrimiento que nuestros pueblos pagan con enfermedades y muertes evitables, y con limitaciones de sus derechos y potencialidades.

Las cosas han cambiado desde entonces. En los años que han transcurrido desde la fundación de la Maestría, la salud se ha convertido en una de las áreas más importantes de obtención de beneficio para el capitalismo, rivalizando con las tradicionales: energía, armamento o comunicaciones. Salud supone extensión de la vida, calidad de vida, bienestar, inclusive discapacidad física y funcionamiento sexual, siendo todo esto muy apetecible por el *Homo Sapiens*. Lo que hace el capitalismo para cada una de estas metas es ofrecer una panoplia de elementos de diagnóstico (de alta tecnología y costo) y de terapéutica (en general medicamentos), de costo también alto y de eficacia, en muchos casos, dudosa. El capitalismo descarta las alternativas diagnósticas o terapéuticas que supongan trabajo humano, organización social o política, contención grupal; porque le suponen menos (a veces un nulo) beneficio, y porque rivalizan en la "suma cero" de poder político. El planteo capitalista de máxima es la venta de mercancías con una mínima intervención profesional y un mínimo control externo al capitalismo mismo, sea este control del Estado o de la sociedad civil; y el subsidio a "demandantes" de salud (no "necesitados"), para que, estimulados por los medios de comunicación y subsidiados por el conjunto de la sociedad o mediante su propio poder de compra, obtengan estas mercancías en el mercado que el propio capitalismo les ofrece.

Aunque este objetivo de máxima no se ha cumplido en un ningún lado, el camino para llegar a él supone que las presiones para que nuestros países latinoamericanos compren algunas de sus parcelas son mucho más fuertes en nuestra área de salud que, por ejemplo, en las de educación, de vivienda, de urbanismo o de transporte, porque en salud la promesa de beneficio económico es mayor. El debilitamiento de las agencias de las ONU que se ocupan de la salud y su creciente adopción de un discurso neoliberal; el correspondiente aumento de la ingerencia de la Organización

Mundial de Comercio (OMC) en el área; los préstamos del Banco Mundial y de otras agencias similares, los cuales además de endeudamiento internacional suponen una adopción de sus formulas neoliberales, tienen que ver con esta estrategia planetaria, y aunque la salud colectiva somática es de resolución técnica comparativamente simple y poco costosa en recursos materiales (el éxito sanitario de Cuba prueba esto), y sus propuestas son más lineales y de aplicación más rápida que, por ejemplo, en educación. En el área de docencia de la salud colectiva, y por lo menos en mi país, en general se enfatiza la transmisión de técnicas instrumentales para asegurar eficiencia interna de aplicación del modelo capitalista, y no discusiones acerca de la estrategia de este modelo, de su eficiencia finalista y de la existencia de otros modelos posibles. Se subestima la enseñanza de la epidemiología cuya evidencia puede revelar la ineficiencia de la solución capitalista cuando se la mide en morbilidad, mortalidad, nutrición o desarrollo psicomotor, se deja de analizar la construcción de poder político, se ignora el estudio de la nutrida evidencia acerca de la cooptación de intelectuales y la corrupción de políticos que son partes integrantes del modelo neoliberal en salud, se estudia muy superficialmente lo que sucede con los medicamentos que son a la vez el gasto que más rápido crece en la salud capitalista y el que tiene menos justificaciones científicas.

Para concluir, creo haber enunciado los, que entiendo, son los desafíos que enfrenta la Maestría en el momento actual. Por un lado, absorber el rápido avance de conocimiento acerca de la salud colectiva del *Homo Sapiens*, que proviene de áreas tan dispares, y que obliga a sus docentes a ejercer una máxima curiosidad, un máximo poder de síntesis, una máxima humildad y modestia intelectual, y una máxima facilidad de comunicación de este saber. Por otro, reconocer que los márgenes de maniobra intelectual, que aceptan la difusión de modelos de enseñanza de la salud colectiva que colisionen con la vulgata neoliberal, se han estrechado; que la capacidad o el deseo de instituciones que siempre han ayudado a la Maestría de seguir haciéndolo, se han reducido; que también se ha estrechado, en general, el espacio político en nuestros países para aplicar estos modelos para o anticapitalistas; que el panorama mundial actual, donde los conceptos de guerras preventivas, la invasión de países, la legitimación del secuestro de individuos o la aplicación de tortura a ellos han sido reivindicados como política por algunos Estados nacionales y explicitados, para que no exista duda, por líderes de naciones poderosas. Esto último retrotrae al mundo a una situación de falta de ley internacional que no se veía desde la fundación del sistema de las ONU en 1945 y nos hace pronosticar un futuro sombrío para la salud de la población del mundo y hasta para la civilización si estas tendencias no se revierten. Sin embargo,

reivindicando la siempre valiosa frase que vincula el optimismo con nuestra voluntad transformadora, veamos también otros elementos: la creciente, y al parecer irreversible, deslegitimación intelectual del neoliberalismo como propuesta de organización de las sociedades (aunque diferenciando esta deslegitimación de la fuerza brutal del poder fáctico que el neoliberalismo, o más bien quienes se benefician de él, poseen); el creciente énfasis en la construcción de poder local en el área de salud que muchas veces es central en la construcción a nivel país de un poder político general donde muchos graduados y docentes de la Maestría han demostrado sus capacidades; el hecho que la historia no se detiene, y que sigue avanzando hacia socieda-

des más justas, como lo ha demostrado recientemente en nuestra América Latina y en el área de la salud el ejemplo de Venezuela y de sus programas sanitarios. No nos queda otra que seguir en nuestra lucha por una salud que atienda a necesitados y no a clientes, defendiendo sistemas de salud que sean universales y no parciales o focalizados, que sean gratuitos en el momento de la atención, insistiendo que los medicamentos sean evaluados por las ciencias farmacológicas y no por las de *marketing*, insistiendo en sumar la salud a todos los ámbitos sociales donde se practique la convivencia, la contención y la solidaridad. Estas metas crearon la Maestría de Medicina Social, estas metas deben seguir guiando su devenir.