

EL INVESTIGADOR HUGO SPINELLI EXPLICA LA IDEA DE “SALUD COLECTIVA”

“La salud tiene que ver con montones de cosas que no son los médicos”

Es médico de la UBA y se doctoró en “salud colectiva” en Brasil. Aquí analiza ese concepto, que incorpora al campo de la salud variables hasta ahora excluidas. Como ejemplo, plantea tomar las muertes por armas de fuego dentro del área de la salud. Provocador y riguroso, Spinelli esboza una visión diferente del sistema sanitario argentino.

Por Verónica Engler

Publicado en el diario Página 12 el 20 de febrero de 2012

–Usted es médico por la Universidad de Buenos Aires, pero se doctoró en Brasil en Salud Colectiva, ¿podría explicar este concepto de salud?

–La gran discusión sobre qué concepción se tiene de la salud, a nivel individual o a nivel colectivo, es una discusión vieja, que encuentra antecedentes en este país. Los higienistas a fines del siglo XIX y principios del XX van a plantear básicamente la visión de los conjuntos sociales. Emilio Coni se definía a sí mismo no como médico de personas sino de ciudades, y veía la acción en salud cómo construir redes de agua y cloacas, por ejemplo. Esta tensión entre lo individual y colectivo es una tensión que atraviesa todo el desarrollo científico del campo biomédico y del campo de la salud. El concepto de medicina social es tomado en América latina a partir de los años '60, donde hay una figura que es central, muy poco conocida en la Argentina, que es Juan César García, un médico nacido en Necochea. García va a ser un actor muy importante en la construcción de lo que fue el movimiento de medicina social en América latina. Ese movimiento va a traer la idea de la dimensión social, que es una cuestión que hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recuperado. Pero en ese momento ese abordaje se hacía desde una matriz claramente marxista, de un marxismo estructuralista, y entraba en discusión con algunos planteos que se hacían desde los Estados Unidos, que es por donde entra la idea de lo comunitario.

–¿Cómo es este modelo comunitario que viene desde el Norte?

–Esta idea de lo comunitario trataba de escapar al modelo flexneriano. (Abraham) Flexner es alguien que organiza una reforma en el sistema de salud de los Estados Unidos. A principios de 1900 en Estados Unidos la alopátia y la homeopatía convivían sin distinciones. El modelo que va a formular Flexner define como científica a la medicina alopática y destierra a la medicina homeopática al rol de no científica. Como se dan cuenta de que esa medicina no es posible para todos empiezan a buscarse formas de incluir algunas dimensiones de lo social, con todo el temor que había en el marco de la Guerra Fría de incluir lo social. Entonces aparece la cuestión de la medicina preventiva, de los abordajes comunitarios, que entran básicamente por la influencia de fundaciones americanas, en competencia con todo el movimiento de la medicina social. En Brasil, la medicina social en parte es reformulada como salud colectiva, en parte porque no podían usar lo social, en parte porque tenían que salir de esa medicina que parecía que hablaba solamente de los médicos. Y realmente la salud tiene que ver con montones de cosas que no tienen que ver con los médicos: tiene que ver con el trabajo, con la alimentación, con los contaminantes. La salud colectiva es un movimiento que crean los brasileños, básicamente una de las figuras centrales ahí es María Cecilia Donnangelo. Lo que va a plantear la salud colectiva brasileña es que es un movimiento en el cual hay articulación de cuestiones teóricas y cuestiones prácticas, con tres ejes: la epidemiología, que es ver la distribución y las causas de lo que se enferma y muere la gente; el tema de la política, la planificación y la gestión; y la relación entre ciencias sociales y salud.

–¿Cómo ve la configuración del campo de la salud en la Argentina? ¿Cuáles son los actores y los capitales en juego?

–El campo de la salud en la Argentina, como el campo de la salud en todos los países del mundo, es sumamente complejo. Es un campo que maneja casi el 10 por ciento del PBI, eso representa una cifra por año muy importante, y ahí concurren distintos agentes en busca de distintos capitales. Hay gente que concurre a ese campo en busca de capitales claramente económicos, su prioridad es la rentabilidad económica, hacen de eso una industria, y también concurren abnegados trabajadores que siguen el juramento hipocrático. Me parece

que la sociedad tiene muy poco problematizada la complejidad del campo, y lo imagina como un campo neutro en el que confluyen clones de San Francisco y Santa Teresa, pero el campo es sumamente complejo. Existe lo que se llama el complejo médico-industrial, los laboratorios que producen medicamentos así como los que venden tecnología. Son necesarios los medicamentos y las tecnologías, pero a veces hay un sobredimensionamiento de esto. En el país, en el campo de la salud ha habido una proletarianización de un conjunto grande de trabajadores y profesionales, en el sentido de que hay concentración de la rentabilidad, hay nichos de altísima rentabilidad y cuestiones de baja rentabilidad. Lo paradójico es que las zonas de baja rentabilidad son las que producen salud. Es decir, un trabajador comunitario que tiene cercanía con las poblaciones produce mucha más salud que alguien que está en el punto final atendiendo algo que se podría haber evitado. Pero el premio está en el uso de la alta tecnología y no en el trabajador que pueda estar previniendo, trabajando con poblaciones que puedan estar siendo vulnerables a determinadas cuestiones. Pero éste no es un problema sólo nuestro, es un problema de todos los países y tiene que ver con cómo se estructura la lógica del campo de la salud. La estructura de la lógica del campo está determinada por esta composición del complejo médico-industrial, que a su vez tiene fuerte influencia en muchas de las entidades que regulan a los propios profesionales o forman en las facultades a los profesionales.

–¿Cómo considera que es el gasto en salud en Argentina en relación con los indicadores de salud a nivel poblacional?

–Por el gasto que tiene, Argentina tendría que tener mejores indicadores. Argentina tiene un porcentaje de PBI alto en salud, sin embargo hay indicadores de rendimiento malo. Es decir, seguir midiendo solamente la mortalidad infantil es engañarnos. Nosotros gastamos mucho más en salud que en educación, y mucho más en salud que en ciencia y tecnología. Sin embargo, cualquier profesional de la salud va a decir que el gran determinante en los problemas de salud muchas veces son los niveles educacionales. Sin embargo, el Gobierno puede intervenir muy poco en contener el gasto en salud, porque está por fuera de las estructuras del Gobierno, y sí puede regular mucho mejor el gasto en educación y en ciencia y tecnología. Contener el gasto en salud es una cuestión que no es propiedad sólo del Gobierno, independientemente de la complejidad y la cantidad de actores. Estamos hablando de un sector que maneja cientos de miles de trabajadores, y que no es regulado con una simple ley. Construir legalidad no implica construir legitimidad. Hay prácticas que son medicalizantes, que tienen fuertes componentes de control social, y que se caracterizan por tener alto consenso en la sociedad. Las prácticas del campo de la biomedicina tienen alto consenso en los usuarios, de tal manera que aquel profesional que quiere correrse de una prescripción de medicamentos porque lo considera innecesario, no pocas veces se encuentra con que es la población la que le pide el medicamento. Y ahí aparecen todas las concepciones mágicas del efecto de la cura. Hay muy poca problematización sobre las cuestiones de empleo, de medio ambiente, porque en definitiva la enfermedad tiene que ver con esas cosas, con lo que comemos, con el aire que respiramos. Y en este sentido vuelvo a Coni, a esa concepción que tenían los higienistas que, más allá de cierto positivismo que había en muchos de ellos, implica una mirada mucho más apropiada a la realidad que esa concepción que tenemos cuando festejamos la compra de un tomógrafo, como si eso fuera la gran conquista para la salud de la población.

–Usted suele decir que hay una medicina para pobres que se oculta bajo la “progresista” denominación de Atención Primaria de la Salud, ¿a qué se refiere con esta distinción?

–El tema de la Atención Primaria de la Salud es una declaración que se hace en el año 1978 en Alma-Ata (en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en Kazajistán). En Argentina había experiencias muy interesantes, con anterioridad a eso. Se podría recuperar la experiencia de (Carlos) Alvarado en Jujuy en los años '60, y antes también, cuando (Ramón) Carrillo fue ministro de Salud de la Nación. La declaración que implicaba, por ejemplo, un nuevo orden económico internacional y el desarme, luego devino en algo bien distinto, en una medicina pobre para pobres, algo que había advertido Mario Testa. Lo que se ve hoy es una cuestión que tiene un amplio abanico de posibilidades. No todo lo público es igual, no todas las obras sociales son iguales, hay asimetrías entre los sectores y hay asimetrías hacia el interior de los sectores. Entonces, lo que hay es una fragmentación. El sistema público en nuestro país, generalmente, se hace cargo de todo lo que es urgencias y no lo cobra. Y además el sector público financia las grandes prestaciones

de psiquiatría, diálisis, discapacidad y trasplante. Otra perversión que tiene el sistema es lo que se llama la solidaridad invertida, en la que el pobre aparece financiando al rico, el hospital financia a la prepaga, porque cuando una persona con cobertura de prepaga tiene un accidente en la calle lo termina atendiendo el hospital, con lo cual la prepaga se libera de ese gasto. Estos mecanismos de solidaridad invertida son muy comunes en el sistema de salud.

–A propósito de la preponderancia que comienza a darse en la salud pública a las Políticas Basadas en Evidencia, usted retoma en uno de sus textos una de las zonceras planteadas por Arturo Jauretche en la que se contraponen “políticas criollas versus políticas científicas”, donde lo “científico” siempre viene de afuera. ¿Cuál sería la zoncera encerrada en las políticas basadas en la evidencia científica?

–Oscar Varsavsky ya planteaba en los años '70, en Ciencia, política y cientificismo, que en la medida en que la ciencia se fundaba sobre el modelo de verdad universal también existía la necesidad de plantear alguna otra pregunta más allá de la verdad. Por ejemplo, acerca de la importancia, es decir, si era importante o no. Con lo cual, cambiaba la lógica. Hay todo un movimiento generado en los países centrales de medicina basada en la evidencia, lo cual es lógico, ya que la medicina no puede ser un hecho mágico, pero la trampa está en quién produce las evidencias. Entonces, cuando uno va a analizarlo, las evidencias las producen determinadas publicaciones científicas, lo cual no estaría mal porque sería producto de investigaciones. Lo que uno se pregunta es quiénes son los dueños de esas publicaciones científicas, quiénes son los dueños que están detrás de las grandes editoriales, dueños de esas grandes bases de datos. Y son, en general, las grandes multinacionales del medicamento. Por eso, publicar en una revista de punta, en las que son de más alto impacto, un trabajo que demuestre que un medicamento no es eficaz es entre raro e imposible. Y en esto hay profundas denuncias, hay por ejemplo un texto muy fuerte de Marcia Angell (The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It) en el que realizó una serie de denuncias sobre las trampas que hay en las publicaciones científicas. Angell fue durante diecisiete años editora de la revista The New England Journal of Medicine. Entonces, se supone que yo tengo que tomar definiciones sobre una cuestión en base a intereses no explícitos de una farmacéutica que me dice cómo medicar a un paciente. A eso nosotros nos oponemos, lo cual no significa renunciar a la ciencia. Varsavsky planteaba la idea de “ciencia contextualizada”, y creo que en Argentina se está haciendo una fuerte apuesta en el desarrollo de la ciencia y la tecnología que debe volver sobre esos referentes que tuvo la Argentina, como Varsavsky, Amílcar Herrera, (Jorge) Sabato. Son aquellos referentes que planteaban el desarrollo, pero contextualizado.

–El año pasado se publicó un estudio dirigido por usted titulado Mortalidad por armas de fuego en Argentina, 1990-2008. ¿Cómo es que decide encarar el tema de la mortalidad por armas de fuego desde el punto de vista de la salud pública y no, por ejemplo, desde una dimensión delictiva?

–Porque nosotros intentamos provocar siempre el campo de la salud, haciendo esas preguntas que el campo no se hace. Como trabajador de la salud, mi preocupación es de qué se muere y de qué se enferma la gente, no qué bacteria causa muerte. Entonces, si la gente se muere por disparos de armas de fuego, yo quiero estudiar las armas de fuego, y si la respuesta no queda en el campo de la salud, la verdad es que a mí no me preocupa. Nuestro objetivo es la salud de los conjuntos poblacionales, no la medicina en los conjuntos poblacionales.

–A partir de esta investigación, ¿cuáles son los indicios que aparecen sobre las muertes producidas por la intervención de armas de fuego en nuestro país?

–En comparación con otros países de América latina, Argentina no tiene indicadores de violencia altos. En la investigación, el hallazgo más curioso es que hay entre 2001 y 2003 un incremento de las muertes por homicidios y por armas de fuego. Estos resultados se dan prácticamente en todo el país, excepto la región del noroeste (NOA). ¿Por qué hay un incremento a partir del 2000 y una caída a partir del 2003 de las muertes por armas de fuego en todo el país? Esto es algo que no está problematizado, no fue noticia, lo que quedó en la historia hasta ahora fueron los muertos del 20 y 21 de diciembre de 2001. Pero hay un incremento notable en ese período, tomando las estadísticas del Ministerio de Salud. ¿Fueron las políticas de gatillo fácil, fue la política de la mano dura, fue una liberación como forma de enfrentar a la crisis, hubo una situación de anomia en la sociedad? Son algunas de

las preguntas que uno podría plantearse, pero el dato es evidente y está ahí. Luego las muertes por armas de fuego fueron bajando en el país, y no solamente aquí, también bajaron en otros países. Por ejemplo, ciudades de Brasil que tenían tasas de homicidio altas, como Río de Janeiro y San Pablo, han bajado notablemente, en algunas ciudades de Colombia también. No está claro por qué son esas bajas, no hay una explicación, los que estudian estos temas tienen distintas hipótesis pero nadie puede verificar esta cuestión. La pregunta es: ¿es posible sostener una política de desarme total, de prohibir la venta y la portación de armas? Brasil hizo un plebiscito hace unos años y se perdió. Ahí hay intereses económicos fuertes que juegan con el sentido común y tratan de construir la idea de que tener un arma es una forma de protegerse, cuando en realidad está comprobado que tener un arma en la casa lo único que aumenta es la probabilidad de ser víctima de esa propia arma. Los poseedores de armas tienen cuarenta y tres veces más probabilidades de matarse o de matar a alguien de su familia que de disparar contra un delincuente.

–En este gran grupo de “muertes por violencia”, ¿cómo hicieron este corte de “muertes por armas de fuego”?

–Generalmente las muertes por violencias se clasifican por accidentes, homicidios, suicidios o causas desconocidas. Nosotros lo que hicimos fue reordenar esa lógica y poner “armas de fuego”, que es una circunstancia. Entonces, la tomamos y a partir de ahí reordenamos todo, cambiamos la lógica clasificatoria. Es decir, las formas de clasificación son formas también de mostrar una información, que puede estar alterada si yo cambio la lógica de clasificación. Siempre depende de lo que se quiera problematizar. Si se presenta siempre como “accidentes, homicidios, suicidios”, el tema armas de fuego queda diluido.

–En relación con el período 2001-2003, en el que se produce un aumento notorio en las muertes por armas de fuego, en la investigación señalan que una proporción importante de esas muertes corresponde a diferentes abusos por parte del Estado, como los casos de gatillo fácil y violencia institucional.

–No podemos afirmar eso, pero son hipótesis a trabajar. El certificado técnico de defunción pierde mucha información en el proceso de análisis. Nosotros lo que estamos viendo es muy reducido, porque vemos a la víctima, por ejemplo, pero no sabemos nada del victimario. Ahí lo que habría que reconstruir es el proceso relacional víctima-victimario. Por ejemplo, uno puede levantar hipótesis como la de gatillo fácil, pero no tenemos datos para afirmar las causas de esas cuestiones. Lo que sí podemos afirmar es la matanza, que es lo que muestran las estadísticas que se reflejan con regularidad en todas las provincias, menos en el NOA. Eso tiene que ser discutido, porque no fueron solamente los muertos de Plaza de Mayo del 20 y 21 de diciembre de 2001. Acá hubo otro fenómeno que escapa a esa circunstancia. Acá parece que hubiera habido una indicación, una acción de liberar ciertas cuestiones para un ejercicio más libre de disparar, o una situación de anomia. Yo creo menos en la cuestión de anomia. Este período se da cuando hay ministros de seguridad que planteaban claramente el tema de la mano dura.