

NUMERO 3

20
09

Es una publicación de
Asociación Civil El Agora

Posibles

Política • Salud Internacional • Desarrollos sustentables

UNA PUBLICACIÓN PARA PENSAR LO LOCAL JUNTO A LO GLOBAL



Salud Internacional; diálogos y miradas para un campo en construcción.

Un intercambio entre Mario
Rovere y Ulises Panisset.

Itzhak Levav.

Trabajar por la Paz desde la Salud
en Medio Oriente.

La ciudad contra el capital.

Por Jordi Borja.



Dossier Central

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

**Para fortalecer la democracia
hay que empoderar al pueblo.**

Entrevista al politólogo Atilio Borón.

Profesor Louk Hulsman

Por Eugenio Raúl Zaffaroni.

Riesgos ambientales y Salud.

Notas de un viaje a la región del
volcán Chaitén.

Consejo Editor

Anne Emanuelle - Birn. Historiadora. Profesora de la Universidad de Toronto. Canadá.

Carlos Bloch. Director del Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario. Argentina.

Carlos Sluzki. Psiquiatra. Profesor en el College of Health and Human Services, y el Institute for Conflict Analysis and Resolution. George Mason University. Washington. EEUU.

Carlos Vidal Layseca. Ex- Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Washington DC. EEUU.

Celia Almeida. Investigadora de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca. Coordina el Programa de Cooperación de la Fundación Oswaldo Cruz en países de África Portuguesa.

Celia Iriart. University of New México. EE.UU.

Christian Darras. Representante OPS/OMS en Bolivia.

Delia Sánchez. Consultora OPS en el Área de Desarrollo de la Investigación. Montevideo. Uruguay.

Eduardo Espinoza. Docente de la Universidad de El Salvador. El Salvador.

Emiliano Galende. Universidad Nacional de Lanús. Doctorado de Salud Mental. Argentina.

Eugenio Villar. Funcionario OMS. Ginebra.

Fernando Carrión. Arquitecto Urbanista. FLACSO. Ecuador.

Francisco "Chico" Withaker Ferreira. Co-Fundador del Foro Social Mundial. Brasil.

Franciso Leone. Director del Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación. La Plata. Argentina.

Francoise Barten. Docente del Instituto de Salud Internacional de la Radboud University de Nijmegen. Holanda. Colaboradora de la Comisión de la OMS sobre Determinantes sociales.

Gastao Wagner de Sousa Campos. Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Estadual de Campinas. Brasil.

Gloria Wright Miotto. Coordinadora del Área Desarrollo de Educación e Investigación de la CICAD-OEA.

Graciela Rosso. Intendente de Luján. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Graciela Uriburu. Ex-Representante de la Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires. Argentina.

Horacio Lores. Senador Nacional. Neuquén. Argentina.

Irene Luppi. Coordinadora Académica de la Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Rosario. Argentina.

Jordi Borja. Geógrafo. Barcelona.

José Antonio Pagés. Representante OPS/OMS en Argentina.

José Roberto Ferreira. Director de Relaciones Internacionales de la Fundación Oswaldo Cruz. Río de Janeiro. Brasil.

Marcela Miravet Defagó. Médica sanitarista, Diplomada en Salud Internacional. Córdoba. Argentina.

María Isabel Rodríguez. Ex-Rectora de la Universidad del Salvador de Centroamérica. El Salvador. Centroamérica.

Mercedes Botto. Socióloga. Investigadora de FLACSO. Buenos Aires Argentina.

Mónica Abramzón. Socióloga. Investigadora del Instituto Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Mónica Fein. Diputada Nacional. Santa Fe. Argentina.

Nila Heredia Miranda. Ex-Ministra de Salud de Bolivia. Coordinadora del Programa en Interculturalidad y Salud, Organismo Regional Andino de Salud. La Paz, Bolivia.

Olga Pisani. Coordinadora asociada de la Maestría de Salud Pública Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Oscar Feo Isturiz. Secretario Ejecutivo del Convenio Hipólito Unanue, Cooperación Andina en Salud. Venezuela.

Pablo Bonazzola. Asesor legislativo. Ex Secretario de Salud Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Rosana Onocko Campos. Docente del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas. Brasil.

Tania Celeste Matos Nunes. Coordinadora de la Red de Escuelas y Centros Formadores en Salud Pública de la Escola de Governo ENSP-Fiocruz. Brasil.

Ulysses Panisset. Dr. en Relaciones Internacionales de John Hopkins University. Consultor OMS. Ginebra.

Víctor Penchazadeh. Médico Generalista. Docente de Columbia University. Buenos Aires. Argentina.

Virginia López Casariego. Comité de Pediatría Social. Sociedad Argentina de Pediatría. Argentina.

Los miembros del Consejo Editorial participan de esta iniciativa a título personal y no en representación de las instituciones en las cuales se desempeñan.

PoSIBLES

Política • Salud Internacional • Desarrollos sustentables

UNA PUBLICACIÓN PARA PENSAR LO LOCAL JUNTO A LO GLOBAL



Editores Responsables: Claudia Laub y Mario Rovere

Coordinación de Edición: María E. Harrington

Equipo de Edición: Ana Fuks, Analía Bertoloto, Andrea Jait, Andrés Dunayevich, Anselmo Torres, Eugenia Bagnasco, Lucio Scardino, Martín Latorraca, Martina Iparraguirre, Nora Gómez, María Pia Ferreyra y Sebastián Pérez Panelli.

Edición, diseño y diagramación: Lucio Scardino.

PoSIBLES es una publicación de Asociación Civil El Agora. ISSN 1852-107X

Contacto: e-mail: posibles@gmail.com - <http://www.elagora.org.ar>

Dirección:

Laprida 175. CP 5000 - Córdoba

Carlos Pellegrini 833, 4º Piso, E. Ciudad de Buenos Aires

Argentina

El Agora es una asociación civil de carácter político y pluralista que, mediante la integración de lo local y lo global, brega por transformaciones sociales que se orientan a la equidad, la solidaridad y la profundización de la democracia.

En alianza con otras organizaciones afines, procura: **1.** Difundir derechos, dispositivos, prácticas de resistencia y de reinclusión activa que los marcos jurídicos, el conocimiento técnico y la experiencia de los pueblos y movimientos sociales aportan para la construcción de una ciudadanía plena. **2.** Promover iniciativas que -a diferentes escalas- exploren las fronteras, empujen los límites y abran posibilidades para 'contagiar' a otros actores e incidir en las agendas de la sociedad y del estado.

El Agora se organiza, impulsa sinergias y genera prácticas coherentes con los valores que orientan su proyecto de sociedad. Para ello se propone:

- Profundizar su lógica de democratizar el conocimiento socializando saberes profesionales mediante 'traducciones' comprensibles y operativas, y promoviendo construcciones interculturales que atraviesen estratos sociales, campos profesionales, sectores del estado y fronteras nacionales.
- Visibilizar y dar visibilidad, más allá del orden informativo oficial, a prácticas de reinclusión activa y de desarrollo sustentable, haciendo accesibles las experiencias a los más diversos grupos de interés y nacionalidades.

El Agora se sostiene como una organización abierta con fuerte vocación por la construcción de redes, alianzas y coaliciones, más interesada por generar capital social que por la 'acumulación' de recursos o de prestigio.

Por ello su organización interna no-jerárquica conformada por diversos equipos se sustenta bajo la lógica de que 'las buenas ideas y las buenas asociaciones atraen los recursos' y no a la inversa.

PoSIBLES

Esta publicación es un proyecto largamente pensado y discutido entre los integrantes de El Agora.

Impulsados por los debates de temas de la agenda internacional de comienzo de siglo decidimos promover este proyecto de publicación cuyo título, luego de muchas propuestas, le hemos dado en llamar PoSIBLES. Tiene como objetivo generar debates desde la política, la salud internacional y el desarrollo sustentable a los problemas actuales desde lo local junto a lo global.

Sumario

PANORAMA EDITORIAL.

¿2GD o 2 GP? **6**

Salud Internacional; diálogos y miradas para un campo en construcción.

*Entrevista con Ulises Panisset. **12***

*Foro de Belem **15***

Dejar Gaza es más difícil que ir a Gaza.

*Por Carlos Trotta **16***

Trabajar por la Paz desde la Salud.

*Entrevista Itzhak Levav. **19***

*Una mirada a Africa: Darfur, cada vez más aislada. **23***

*La ciudad contra el capital. Por Jordi Borja. **24***

*Profesor Louk Hulsman. Por Eugenio Raúl Zaffaroni. **27***

DOSSIER:

Atención Primaria de la Salud. ¿De dónde viene?

*¿Cuándo nació? ¿A dónde va? **30***

De paso por el territorio autónomo zapatista. Conocimos su organización y su sistema de salud.

*Por Mauricio Torres **41***

Para fortalecer la democracia hay que empoderar al pueblo.

*Entrevista a Atilio Borón **44***

Medicina tradicional y popular en la cuenca del Caribe.

*Más que un recurso, un valor. Por Mariana Costaguta **50***

*Riesgos ambientales y Salud. Notas de un viaje a la región del Chaitén. **52***

*IV Taller Internacional de Salud Infanto Juvenil en Camagüey, Cuba. **60***

*Actividades. Lecturas para compartir **61***

Buenas Prácticas.

*Experiencias que han mejorado las condiciones de vida en sus comunidades **64***

CONTRATAPA: **66**

¿2GD o 2GP?

Por Claudia Laub y Mario Rovere (Eds.)

Como si de constatar una hipótesis se tratara, el mundo se empeña en demostrar, una y otra vez, que los límites entre lo posible y lo imposible están allí sólo para ser borrados.

El fascinante ejercicio de detectar, compilar y conectar noticias a lo largo de un trimestre, nos ofrece elementos valiosos para comprender la tarea permanente de 'de-construcción' de un mundo de relaciones globales que se entraman a cada paso con las locales, a veces en tiempos diferidos y en ocasiones con una simultaneidad sorprendente.

Colocar la salud y los desarrollos sustentables –así, en plural, abierto a múltiples caminos- en perspectiva de política internacional y/o combinar estos términos en otras o diferentes maneras representa un intento más por develar, por acercar, por comprender de qué materia está hecho este mundo en el que vivimos.

Nos han preguntado por qué en una revista con tantos lectores del sector salud, de derechos humanos y de sectores sociales en general, no nos concentramos más en sus temas técnicos y la propia pregunta nos sirvió para hacer más conciente la opción, ya que abundan las revistas especializadas entre las cuales podríamos ofrecer escasa diferencia pero no queremos por acción u omisión aislarnos del pulso de la política, del pulso de la vida y fortalecer involuntariamente una engañosa y estéril sensación de autonomía.

Como un ejemplo concreto a fines del 2003, luego de haber viajado al sur de México, nos quedó una sensación muy parecida a la que generosamente comparte en este número Mauricio Torres. Poco tiempo después en una prestigiosa revista de salud vimos un artículo sobre la tuberculosis en Chiapas. Curiosamente el artículo no hacía ninguna mención a que en una parte significativa de ese territorio el personal formal del Ministerio de Salud no tiene ninguna entrada y que la población estaba organizando su propia lucha contra la tuberculosis con ayuda internacional y obviamente sin reportar al sistema formal de salud. Sin embargo, el artículo hablaba de la enfermedad en el territorio como si el programa tuviera presencia en todo el Estado.

En menos que lo que vive una generación hemos visto tantos giros sorprendentes, tantas fintas y tantas gambetas asombrosas, tantos dolores, tantas traiciones consumadas, tantas muestras de egoísmo y otras tantas de altruismo, tantas manifestaciones de poder y tantos poderes derrumbarse que nos permitimos dudar de las certezas y sobre todo de las hegemonías que -claro está-, si todos dudamos de ellas, pueden perder mucho de su eficacia.

Hace apenas diez años, una buena parte del planeta estaba homogéneamente alineada con un conjunto de preceptos que hoy parecen en las antípodas de lo que homogeneiza a buena parte de los países de Latinoamérica. Para entonces el liberalismo económico y los agentes económicos transnacionales aprovechando la caída del muro de Berlín y el derrumbe del bloque soviético habían alcanzado la mayor de sus utopías, expandir el libre mercado a todos los rincones del planeta.

Ya para entonces un conjunto de ingeniosos mecanismos habían logrado en los países centrales someter y coaptar a las democracias, compatibilizando liberalismo económico con liberalismo político mediante una serie de ingeniosos instrumentos como el control de las empresas periodísticas, las



// Almuerzo en la cima del rascacielos. (1932). De Charles Ebbets.

encuestas de opinión, el marketing político, que concretaron lo que hoy es una obviedad aunque muy poco difundida y analizada en sus consecuencias: sin dinero -y más concretamente sin mucho dinero- no se ganan o ganaban elecciones.

Esto permitió en la década de los '90 concebir que era factible instalar una nueva oleada de gobiernos liberales en regiones del planeta como América Latina -aunque la opinión pública los rechazaba abiertamente- sin tener que recurrir ahora a entrenar dictadores y financiar golpes militares, medidas que ya por entonces habían probado sus consecuencias desastrosas hasta para el propio EE.UU.

La transferencia de las herramientas de control e influencia electoral, los créditos abundantes, baratos y llenos de condicionalidades, el financiamiento a partidos políticos, la compra de voluntades, las presiones en la firma de tratados internacionales sin debate doméstico, entre otros mecanismos, consiguieron transformar a la democracia en algo parecido a lo que ya era en algunos países centrales: un verdadero aparato de captura.

Las crisis, como bien lo describen David Harvey y Naomí Klein, erosionan las bases políticas de gobiernos vigentes pero al mismo tiempo resultan legitimadoras de altas concentraciones de poder instalando un miedo paralizante, pero muy bien aprovechado por el capital especulativo. Los golpes de mercado, generalmente con hiperinflación, han sido utilizados en América Latina a mediados de los '80 y principios de los '90 como preludeo de gobiernos neoliberales generando además grandes transferencias económicas de lo que pueden verse ejemplos clarísimos en Bolivia, Argentina, Brasil, Perú, Ecuador, entre otros.

Las crisis de las que hablamos son presentadas a la opinión pública como obra de la naturaleza cuando muchas veces han sido programadas y ejecutadas prolijamente a través de una serie de medidas, que merecerían denominarse de "terrorismo" económico.

"¿Por qué no dijo abiertamente durante la campaña electoral lo que pensaba hacer?", le preguntaron a poco de comenzar su gobierno al entonces presidente de Argentina Carlos Menem, "porque sino no me hubieran votado" fue mas o menos su respuesta, mostrando que ya se insinuaba como un discípulo aventajado de la escuela del cinismo político que Ronald Reagan y Margaret Thatcher habían inaugurado con tanto éxito. Pero, lo mismo pudo haber contestado en su momento Alberto Fujimori en Perú, Fernando Collor de Melo

en Brasil, Hugo Banzer en Bolivia, o Carlos Salinas de Gortari en México, sin entender la gravedad de traicionar el mandato popular.

Curiosamente no se encontraba en los medios de comunicación dominantes de la época mucha preocupación por la calidad institucional, ni por el carácter democrático de los gobiernos. Privatizar por decreto de necesidad y urgencia del poder ejecutivo, como en Argentina, o disolver el congreso, como en Perú, eran en última instancia aspectos secundarios, costos marginales, cuando un fin tan noble como las privatizaciones de las empresas y de las funciones públicas lo justificaba.

Sólo Uruguay se atrevió a llevar, en el corazón de la década neoliberal, una privatización a plebiscito y el NO resultó tan aplastante que no dejaría de asistirle razón a quien llegara a pensar que pocas o ninguna privatización, en la región, hubieran logrado pasar el duro test de someterse a la voluntad popular.

Recordar esto es importante porque existe una sólida embestida mediática contra los

//Las crisis de las que hablamos son presentadas a la opinión pública como obra de la naturaleza cuando muchas veces han sido programadas y ejecutadas prolijamente a través de una serie de medidas, que bien merecerían denominarse de "terrorismo" económico.//

plebiscitos, e importantes sofistas han llegado a la muy notable conclusión de que no hacer plebiscitos es mucho más democrático que hacerlos.

Es evidente mirando sus antecedentes históricos que los medios no están tanto contra los plebiscitos sino contra sus resultados porque, desde la revolución francesa hasta aquí, las clases dirigentes a las que se encuentran tan ligados no han cesado de construir ingeniosos dispositivos para cooptar la democracia e impedir que cumpla con lo que promete, gobiernos que cumplan la voluntad popular y garanticen los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas sin diferencias.

"Pueblos que mandan y gobiernos que obedecen", parece una nueva utopía que

proviene del sur de México, pero quedará para los enojados estudiosos de la democracia explicarnos si en esta frase no se encuentra justamente el sentido original de la propia democracia y quienes fueron, cuando ocurrió y, sobre todo, cómo se logró burlar este mandato. Mientras encuentran la respuesta nos preparamos para una nueva etapa en la región, tratando de garantizar que la democracia cumpla con lo que promete.

Cuando los procesos de transformación social se legitimaban por la fuerza, la descalificación se centraba en la ilegitimidad de origen, cuando se sustentan en los votos se apela al populismo y a la demagogia como descalificación. Si de fe democrática se trata, en definitiva no importa cual sea el proceso analizado ya que, así como no hay político, tampoco hay cadena periodística que resista un archivo.

Sin embargo, la declaración de "populista" dista de ser inocente. Dado que el sistema de Naciones Unidas se organiza, desde antes del fin de la Segunda Guerra Mundial, representando fundamentalmente el orden y los consensos de los aliados, calificar a un gobierno de populista es un prolegómeno para caracterizarlo como fascista o Nazi, un rasgo posible de condenar por el Consejo de Seguridad de ese organismo, que surgió para prevenir el surgimiento de nuevos nazismos. Por eso era tan importante caracterizar a Sadam Hussein como un líder manipulador y terrorista, una categoría que puede caerle a cualquier líder que no se alinee con el alicaído G7¹.

Estas consideraciones son imprescindibles para entender la relevancia de los plebiscitos y las serias dudas sobre la vocación democrática de quienes los cuestionan.

En ese marco, durante el último trimestre tuvimos oportunidad de conocer los resultados de un referéndum que ratificó la Constitución Boliviana, un hecho histórico que parecía "imposible" tres meses atrás. La nueva y extensa (411 artículos) Constitución de Bolivia la redefine como un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario y trae una serie de innovaciones en el campo de los derechos sociales que resultan de sumo interés e iremos publicando progresivamente. Pero resulta hoy imprescindible, por su repercusión dentro y fuera del país, comenzar a difundir algunos principios que ya se perciben en los primeros tres artículos de esa carta fundacional, la primera en la historia Boliviana aprobada y ratificada por el voto popular con el 62 % de sus habitantes².

En su artículo 2 la nueva constitución boliviana expresa: "Dada la existencia precolonial de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos y su dominio ancestral sobre sus territorios, se garantiza su libre determinación en el marco de la unidad del Estado, que consiste en su derecho a la autonomía, al autogobierno, a su cultura, al reconocimiento de sus instituciones y a la consolidación de sus entidades territoriales, conforme a esta Constitución y la ley.

El gobierno del presidente Hugo Chávez también acaba de ganar un plebiscito por un margen suficiente pero, que también indica que el proceso de polarización continúa. Chávez ha perdido antes un plebiscito y es evidente que puede tanto ganar como perder en futuras elecciones. Pero es imprescindible reconocer que Chávez no es sólo ese personaje mediático, que da el rol

1 Integrado por los países más industrializados del mundo y con mayor peso político: Japón, Canadá, Inglaterra, Estados Unidos, Francia, Alemania e Italia.

2 Más información sobre el proceso político de Bolivia recomendamos leer nota en PoSibles N° 1, pág. 10.

justo para polarizar dentro y fuera de Venezuela con su lenguaje llano y su forma frontal de comunicar sus ideas. En realidad Chávez es, en soledad, el pionero de este enorme giro que hoy vive la región, y quedará para los historiadores saber hasta que punto el anacrónico y frustrado golpe del 11 de abril del 2002, con la comprobada participación del gobierno de EE.UU., no radicalizó y aceleró este proceso regional.

Lo cierto es que ya durante el 2004 Venezuela adoptó dos decisiones relevantes: denunció ante la OEA la injerencia del gobierno de EEUU y de organizaciones estadounidenses en el golpe de Estado del 11 de abril de 2002; y resolvió retirar a su país de la Escuela de las Américas, un organismo norteamericano en el cual a lo largo del medio siglo pasado se formaron cientos de miles de militares de países latinoamericanos en la doctrina de la seguridad nacional, la técnica del golpe de Estado, las torturas y desapariciones.

Mientras este panorama internacional se escribía, Laura Sacchetti³ nos acercaba información sobre otro frente inesperado de cambios posibles:

“Desde el 20 de enero, las paradisíacas islas caribeñas de Guadalupe y Martinica dejaron de ser la maravilla exótica con playas y palmeras para el disfrute de las burguesías internacionales cuando buena parte de sus habitantes -la literatura francesa los caracterizó como “buenos salvajes”- declararon una huelga general para protestar por el alza del costo de vida y reclamar una suba en los salarios.”

“La Unión General de Trabajadores de ambos Departamentos de Ultramar, eufemismo con que Francia conserva sus colonias, reivindican la cultura e identidad criollas. Quieren desarrollar el policultivo para lograr autosuficiencia y que la industria deje de ser liviana para pasar a fabricar lo que allí hace falta.”

“Para quienes aprendimos la geografía del Caribe mientras leíamos con pasión El siglo de las luces de Carpentier, volver a leer sobre incendios y ataques a las propiedades de los blancos en Point a Pitre, es reconocer la marca de un colonialismo que se perpetúa en los bekés, bisnietos de aquellos blancos que esclavizaban en sus haciendas a los pobladores de las islas.”

“Y cuando nos enteramos que la izquierda francesa se une a la revuelta, con Besancenot, Bové y Royal trasladándose al Caribe, revivimos la historia de Víctor Hughé llegando en nombre de la Revolución. Una vez más la actitud colonial: el progresismo europeo queriendo decirle al resto del mundo que la protesta será revolucionaria si ellos fijan el canon.”

El trimestre no podría haber terminado con una noticia más sorprendente. El resultado de las elecciones en El Salvador es, de por sí, un triunfo del diálogo, de la concertación, de la paz y de la democracia. En nuestra experiencia en El Salvador en años recientes, observamos que se habían levantado voces que, luego de veinte años, dudaban sobre si el Frente Farabundo Martí había hecho bien en desmovilizarse. El triunfo, en el marco de un proceso democrático de un partido con estos rasgos y esta historia, es un mensaje esperanzador para la región y es difícil de imaginar que, a pesar de

3 Centro de investigación y Producción: Cultura, Arte y Género.



// Nueva Carta Magna. La dirigente sindical quechua Silvia Lazarte entrega el texto al Vice-presidente Álvaro García Linera. Foto: EFE

las diferencias, sus resonancias no lleguen hasta la hermana Colombia, donde la historia dirá si la estrategia confrontacionista del presidente Álvaro Uribe cambió irreversiblemente las correlaciones de fuerza o simplemente ha postergado el conflicto cambiando sus líneas de frontera.

En la escena mundial el trimestre empezó con una noticia dramática. Apenas habíamos cerrado nuestro número PoSibles anterior cuando comenzó un nuevo episodio del histórico conflicto árabe-israelí. El tema en sí trae tanta controversia y está tan mal informado por los medios de comunicación que, a pesar que el camino más fácil nos sugería un comentario fugaz, una rápida condena en la lógica de la opinión pública mundial simpatizando con David frente a Goliat, pensamos en un camino alternativo. En este número le dedicamos dos artículos originales, un reportaje de Carlos Trotta, cirujano cardiovascular Argentino que estuvo en Gaza durante el conflicto trabajando para Médicos sin Fronteras y otro a “Tuncho” Levav, un referente del movimiento de salud mental en la Argentina, coeditor de la revista Palestino-Israelí de Salud Pública “Bridges”, de por sí toda una definición. No se trata de una búsqueda de neutralidad, de hecho el aprovechamiento de la finalización de la gestión Bush y el apuro por terminar la unilateral escalada bélica por parte del ejército israelí antes que asumiera Obama es toda una definición en términos internacionales. Más

bien, nuestra intención se inserta en la lógica de “no hay soluciones sencillas a problemas complejos” y construir la paz en medio oriente es hoy uno de los problemas más complejos de las relaciones internacionales.

Dejamos para el final las propias consecuencias de la asunción del presidente Barak Obama primer presidente afroamericano de los EE. UU. Más allá de los cambios que impone la rotación de partidos, la ceremonia de asunción contó con suficientes gestos como para asociar con otros momentos de la historia de ese país, con resonancias de la presidencia de Kennedy y de la resistencia a la guerra de Vietnam. La oposición de los republicanos y sus medios de comunicación no se hizo esperar y, sin respetar siquiera los 100 días de tregua, comenzó a desgranar comentarios que combinan dimensiones racistas con el uso del término “socialista”, para calificar sus medidas anticrisis lo cual es todo un grito de guerra en EE.UU. Tampoco faltan voces críticas “por izquierda”, como la del propio Paul Krugman afirmando que las medidas propuestas son insuficientes. Mientras tanto una noticia que pasó desapercibida no deja de ser todo un símbolo: entre los recortes realizados por el Congreso de ese país al pedido del ejecutivo se incluyeron los fondos que se preveían para brindar atención de la salud a cuarenta millones de personas sin seguro ni cobertura.

// Cuando los procesos de transformación social se legitimaban por la fuerza, la descalificación se centraba en la ilegitimidad de origen, cuando se sustentan en los votos se apela al populismo y a la demagogia como descalificación.//

Cómo continúa la historia de la primer potencia militar no es un dato menor. Luego de instalar el concepto de crisis y recesión el desempleo no se hizo esperar y, al igual que en Europa, bate records en cada nuevo reporte sin dar muestras de encontrar fondo. En este contexto, el orden mediático de los países centrales, especialmente la CNN y la BBC, parecen estar preparando a la población para el peor de los escenarios. Seguramente con la esperanza de que la realidad luego parecerá mejor, han reflatado testimonios de personas que vivieron la recesión del '29 y por eso han estado hablando de Segunda Gran Depresión: 2GD según su forma edulcorada de presentación.

En enero el Foro Económico Mundial de Davos se convirtió en el escenario privilegiado para evaluar el ánimo de los economistas y los dirigentes empresariales y políticos de las grandes potencias. Las noticias internacionales reflejaron el pesimismo. Moisés Naim, del Diario El País, de España⁴ que cubre habitualmente esta reunión, mencionaba en un artículo del 1 de febrero: “Llevo muchos años asistiendo a estas reuniones y nunca antes había visto un ambiente tan pesimista. Una lúgubre anticipación de lo que viene

⁴ Cinco razones para el optimismo Diario El País http://www.elpais.com/articulo/internacional/razones/optimismo/elpepiint/20090201elpepiint_7/Tes visitado 21/3/09

dominó las conversaciones”. Lo curioso es que, buscando motivos para el optimismo, el periodista comienza afirmando que “la economía mundial ha sufrido un doloroso infarto. Sufrirá mucho, pero al salir de la crisis se verá obligada a adoptar hábitos más sanos y sostenibles.”

En su contracara, el Foro Social Mundial que como siempre sesionó en las mismas fechas, esta vez en Belem do Pará en Nordeste Brasileiro, el clima era bien distinto y por primera vez fueron invitados cuatro presidentes latinoamericano al Foro. Se lo llamó el poker de Presidentes: Rafael Correa, de Ecuador; Fernando Lugo, de Paraguay; Evo Morales, de Bolivia; y Hugo Chávez, de Venezuela.

Participaron de una de las reuniones de mayor voltaje. Rescatamos este concepto del presidente de Paraguay que recordó su participación en ediciones anteriores de estos eventos antes de llegar a la primera magistratura de su país y aseguró que su visión de cambio profundo no se ha modificado de entonces acá. “No se trata de un cambio que se generó en los centro de poder”, afirmó. “Se fue repensando, discutiendo ‘debajo del árbol’”, en alusión a una expresión popular paraguaya. La integración latinoamericana fue otro de los aspectos a los que se refirió en su intervención de aproximadamente 20 minutos. “Para que sea genuina tiene que venir desde abajo, de ahí la urgencia de democratizar más nuestras sociedades para hacerlas escenarios de participación popular. Nuestros gobiernos progresistas estamos convencidos de que los movimientos populares son el soporte de los cambios en la región. Esas luchas son las que han transformado a América. En Paraguay creemos en esta América Latina diferente y que nuestro país recuperará su dignidad. Queremos ser tratados de igual a igual”.

En un contexto como este, no sabemos si el Foro Social Mundial que se realizó en Belem -parte de lo resuelto en ese encuentro se publica en este documento- continúa siendo una contestación al Foro de Davos o si su dinamismo preanuncia mejor el mundo que vendrá.

En el dossier de PoSibles N° 2 planteábamos que los fenómenos migratorios han adquirido una súbita centralidad en la agenda internacional como consecuencia de una serie de medidas antimigratorias de la Unión Europea y de EE.UU. implementadas aún antes que estallara la crisis internacional.

En los últimos meses se han intensificado estas medidas, principalmente en los países desarrollados, Presentamos aquí algunos casos informados por la prensa internacional.

España con un crecimiento económico durante 14 años recibió a cuatro millones de inmigrantes en los últimos 10 años llegando éstos a representar el 11.4% de la población total. Su procedencia en su mayoría es de América Latina que migraron tras las sucesivas crisis económicas de sus países, constituyéndose en una importante fuerza de trabajo en la producción de bienes y los servicios. El estallido de la crisis financiera mundial y su

impacto en los indicadores de la desocupación española (14% a fines de 2008) impulsó al gobierno a implementar una serie de medidas con el fin de incentivar el retorno de inmigrantes a sus países de origen—acorde a disposiciones adoptadas por el parlamento de la Unión Europea—. Entre estas medidas figura el Programa Retorno Voluntario que establece el abono acumulado y anticipado de prestación por desempleo destinado a inmigrantes que se han quedado sin trabajo y voluntariamente quieran regresar a sus países. Según el Ministerio de Trabajo e Inmigración español en el primer mes de vigencia unos 1.400 inmigrantes solicitaron acogerse al Programa, de los cuales el 50% son de América Latina: ecuatorianos, colombianos y argentinos.

Por otra parte, las autoridades francesas expulsaron de su territorio a 29.796 inmigrantes en situación irregular durante 2008, con lo que se superó el objetivo fijado en 26.000, según anunció el ministro de Inmigración, Brice Hortefeux. “Por primera vez en una generación, el número de clandestinos ha empezado a disminuir”, dijo en conferencia de prensa.

En Italia el gobierno del Primer Ministro, Silvio Berlusconi, propuso medidas más estrictas contra la violencia sexual y la inmigración ilegal, después de una ola de violaciones atribuidas a extranjeros. Mediante un decreto de emergencia, entre otras medidas, prolongó el tiempo que los inmigrantes puedan permanecer en los centros de identificación de dos a seis meses.

Al parecer, por expresiones de Barack Obama, en Estados Unidos en el corto plazo no se sumarán -a las ya existentes- medidas antimigratorias por parte de su gobierno. En su campaña electoral Obama manifestó: “los hispanoamericanos han vivido en este país por generaciones y los nuevos inmigrantes latinos que han llegado solamente harán más rico a nuestro país y no existe ninguna razón para tenerles miedo”. (ARGENPRESS.INFO 3 de febrero de 2009). Reconoció que “nadie ha sido más afectada” por la recesión en Estados Unidos que la comunidad hispana (cadena de la televisión hispana Telemundo en Fort Myers, Florida) ya que entre los hispanos, que conforman la primera minoría en la nación, se han dado los mayores índices de desempleo, de personas sin seguro médico y de juicios de embargo hipotecario. (www.lavoz.com.ar/nota.asp?nota_id=489044).

Compartimos finalmente con nuestros lectores la emoción y el reconocimiento a la Dra. María Isabel Rodríguez, miembro del Consejo Editorial de PoSIBles, que, en una nueva muestra de ese su inagotable empuje que tanto nos compromete, puso el enorme prestigio de su larga trayectoria profesional y política, especialmente el adquirido en su gestión de ocho años como rectora en la recuperación de la Universidad Pública de su país, al servicio del triunfo del actual presidente electo de El Salvador. Asume de este modo una nueva tarea, participando en el reducido grupo de confianza que busca garantizar la transición democrática en ese país.

El mundo en general y América Latina en general vive tiempos de profunda desestructuración y reestructuración, las epidemias y pandemias de las que nos ocuparemos en nuestro próximo número reinstalan la salud internacional en la agenda mundial mientras tanto en el difícil balance que entraña la palabra crisis: amenaza y oportunidad, los medios de comunicación instalan la idea de una Segunda

Al conmemorarse el Día Internacional del Migrante, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) señala que los países deberían reconocer la contribución positiva de los migrantes a la recuperación y al crecimiento económico, y resistir a la tentación de cerrar las puertas en tiempos de crisis económica.

GINEBRA, 18 de diciembre de 2008.

Gran Depresión como quien también induce a pensar que la receta ya está escrita. Sin embargo la dualidad está también hoy presente:

Segunda Gran Depresión para unos Segunda Gran Posibilidad para otros.

Editores



Entrevista con Ulises Panisset

Salud Internacional: Diálogos y miradas para un campo en construcción

A través de los nuevos medios electrónicos construimos este diálogo entre Ulysses Panisset (OMS) y Mario Rovere (PoSIbles), un diálogo que comenzó en 1989 con las primeras aproximaciones a una teoría de la salud internacional. Un campo que parece tener hoy más utilidad que nunca para comprender la complejidad y la incertidumbre que se abre tras casi dos décadas de fundamentalismo de mercado.

A través de los nuevos medios electrónicos construimos este diálogo entre Ulysses Panisset (OMS) y Mario Rovere (PoSIBles), un diálogo que comenzó en 1989 con las primeras aproximaciones a una teoría de la salud internacional. Un campo que parece tener hoy más utilidad que nunca para comprender la complejidad y la incertidumbre que se abre tras casi dos décadas de fundamentalismo de mercado.

MR: Casi imposible comenzar esta conversación ignorando la grieta, hasta el momento insondable, que se ha abierto en la economía mundial. ¿Qué variables con potencial impacto sobre la salud piensa que habría que tener en cuenta para construir escenarios y preparar planes alternativos en países de mediana y baja renta?

UP: Es sintomático que la palabra crisis era utilizada hasta el siglo XIX, y mismo en el inicio del XX para referirse sólo a la quiebra de la salud individual, un cambio en el momento en que la enfermedad nos coloca entre la recuperación o la muerte (recovery or death), según el diccionario Webster. El capitalismo del siglo XX se apropió más que metafóricamente de la palabra. La crisis actual del modelo económico mundial, que culmina ahora con la bancarrota del sistema financiero internacional, con sus reflejos profundos e inmediatos en la economía productiva de los países ricos y, paulatinamente, de manera desastrosa para los países de mediana y baja renta, debe ser analizada en un cuadro de un conjunto de crisis urgentes, interconectadas y decisivas en nuestro planeta, que requieren soluciones inmediatas y estratégicas.

MR: ¿Habría como un sistema de vasos comunicantes de las crisis?

U.P. Algo así. El desafío es buscar soluciones específicas para superar la agudización de este conjunto de crisis, con impacto agregado para todas las áreas, a través de la combinación de la audacia de los pueblos más afectados y de la cooperación internacional realmente solidaria. El momento actual demanda superar los discursos que se paralizan en la simple denuncia y obliga a buscar políticas específicas, contextualizadas y coordinadas, que disminuyan el impacto actual y futuro causado por este conjunto de crisis. Sin embargo, estas políticas no pueden ser aisladas o restrictas a un sólo sector. A manera de ilustración, la OMS estima que los cambios climáticos son ya responsables de más de 150.000 muertes anualmente. (ver <http://www.who.int/heli/risks/climate/climatechange/en/index.html>). Los cambios en la precipitación de lluvias ha influenciado patrones de transmisión de enfermedades, principalmente relacionadas con la contaminación del agua (cólera, otras diarreas, así como las transmitidas por insectos, como el Dengue, la Fiebre Amarilla o la Malaria). Adicionalmente los cambios climáticos afectan fuertemente la producción de alimentos. Los riesgos, como siempre, se concentran en las poblaciones más pobres, los que menos contribuyen para la emisión de gases de efecto invernadero.

MR: ¿Cómo ilustraría estos efectos cruzados?

UP: Los efectos agregadores y comunicantes de las crisis son evidentes, por ejemplo: mientras el precio

del barril de petróleo llegó a US\$100, los precios de alimentos se elevaron en más de 50%, por nombrar en Haití, generando manifestaciones de protesta, con muertes. Hay preocupaciones bien fundamentadas que el impacto de algunas alternativas actuales a la crisis de combustible, como el estímulo a la producción de etanol, representen un impacto adicional en los precios de los fertilizantes y de los costos de la producción de alimentos.

//Ulysses Panisset.



Es médico salubrista con más de 10 años de trabajo a nivel local en su país, es de nacionalidad brasilera, con un Ph.D en Relaciones Internacionales de la Johns Hopkins University. Su tesis ha sido publicada en EE. UU. con el título "Internacional Health Statecraft; Foreign Policy and Public Health in Peru's Cholera Epidemic". Ha sido docente de la Universidad Federal de Minas Gerais, Universidad de Texas en Galveston y de la Universidad de Georgetown, consultor de la OPS y actualmente es consultor de la OMS en el campo de utilización de la información científica en la elaboración de políticas de salud, en la sede de ese organismo en Ginebra.

MR: Pero a esto se le suman las inequidades

UP: La crisis de las inequidades y su impacto en la salud está fuertemente documentada, en forma exhaustiva desde Engels con "La condición de la clase trabajadora en Inglaterra" en 1844 hasta el más reciente informe de la Comisión de determinantes sociales de salud organizada por la OMS (www.who.int/social_determinants/final_report/en/). Además del sentido común obvio, hay fuertes evidencias que en momentos de agudización de la crisis económica el impacto en la salud en los sectores más vulnerables es aún peor.

En el reciente libro "The Spirit Level : Why More Equal Societies Almost Always Do Better", los epidemiólogos Richard Wilkinson e Kate Pickett apuntan el hecho que en los países de alto ingreso, el modelo de privilegiar el crecimiento económico sobre la equidad cobra un alto costo sobre la salud de las poblaciones. También en los países ricos la inequidad causa expectativas de vida menores y años de vida menos saludables, aumenta las tasas de

embarazo adolescente, la violencia, la obesidad, el encarcelamiento y la drogadicción. Más que todo por la destrucción del capital social.

Esta situación de confluencia de diversas crisis (esto que llamamos un sistema de vasos comunicantes de las crisis) en el marco de una profunda desigualdad social intra e inter países, requiere repensar todo el modelo de estímulo consumista que ha llevado a la hiper-explotación de los recursos naturales y de las fuerzas productivas. Vivimos una época en que sectores de la humanidad lograron niveles de conocimiento nunca antes experimentados, que nos permiten no sólo disminuir el costo humano de estas crisis en la situación de salud y en la sustentación de la vida. Sin embargo, seis enfermedades prevenibles a relativamente bajos costos causan más de 70% de las 10.6 millones de muertes anuales de niños con menos de 5 años. Todos los años más de medio millón de mujeres en países de mediana y baja renta mueren en el embarazo o en el parto. La OMS, al evaluar los datos más recientes de las Metas de Desarrollo para el Milenio ("MDGs"), resalta que medidas relativamente sencillas de acceso universal a los servicios de salud y educación, además de medidas de defensa ambiental, podrían salvar la vida y mejorar la situación de salud de centenas de millones de seres humanos. A través de medidas eficientes basadas en evidencias científicas, y de costo relativamente bajo.

MR: En la contextualización de salud Internacional ya José R. Ferreira diferenciaba lo que era asistencia de lo que era cooperación a lo que los internacional se le agrega la ayuda humanitaria.

El Instituto de Medicina de las Academias de Ciencia de los EE.UU. ("to highlight health as a pillar of US foreign policy" http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12506) acaba de proponer a Barack Obama tareas específicas de cooperación internacional norteamericana que incluyen el fortalecimiento de los servicios de salud y de recursos humanos, el aumento de la investigación relacionado con las enfermedades que atacan de manera desproporcionada a los pobres, y el apoyo a la independencia de la OMS para promover a la salud sin interferencias de los grandes intereses económicos.

Adicionalmente, propone la organización de un comité inter-agencias norteamericanas, con alto poder de decisión política, dirigido por un asistente del presidente. Por otro lado, es fundamental recordar que los mismos sectores conservadores norteamericanos defienden ahora la cobertura universal de salud para los más de 40 millones de ciudadanos sin cobertura garantizada de servicios de salud. El hecho de que los EE.UU. representan una democracia retrasada en relación, por ejemplo, con los logros de los servicios de salud en gran parte de Europa influye mucho. Esto puede resultar una oportunidad para repensar la cooperación Norte- Sur.

De manera simultánea, es significativa la falta de timing de las agendas de cooperación internacional en salud, que continúan dominadas por una "industria" de consultores de los países de alto ingreso, con efectos muy impactantes en las agendas de las organizaciones

internacionales. Por ejemplo, hace mucho tenemos evidencias de la superposición de enfermedades infecciosas con las no comunicables en el cuadro epidemiológico de nuestros países. Sin embargo, aún que las enfermedades crónicas y no comunicables son responsables por más de la mitad de las muertes de personas con menos de 70 años en los países de bajo y mediano ingreso, no se encuentran delineados ni en los ODMs. Los recursos adicionales necesarios para enfrentar este cuadro son escasos, principalmente en esta época de crisis.

// Más evidentes que la crisis económica son las crisis alimentaria, climática, de combustibles, así como la más problemática de todas, la crisis de las inequidades; todas con un profundo impacto sobre la salud de nuestras poblaciones y sobre el futuro de la humanidad.//

Las crisis, como en toda historia de la humanidad, guardan el potencial de transformaciones radicales. Para nosotros que creemos en la participación social como llave para los cambios necesarios, entramos en un período de intensa fase de protestas que pueden darse caóticamente, o a través de una participación social constructiva e innovadora.

Frente a esta situación de predominio de las visiones y recursos anglosajonas en la agenda internacional de cooperación en salud, sentimos la necesidad de que los países más vulnerables generen sus propias políticas de salud internacional, sin el control directo de las agendas de los que insisten en proponer, ya avanzando en el siglo XXI, que la salud internacional es la "salud para los pobres".

MR: La construcción de la salud internacional con una perspectiva que complemente las miradas prevalentes constituidas desde los países centrales en este campo ha constituido un desafío por más de 20 años. ¿Cuáles crees que son los rasgos básicos de la construcción de una mirada que incluya los intereses y las perspectivas de los países más desfavorecidos?

UP: Al principio en nuestra historia profesional comenzamos a analizar estas respuestas: como un proceso de construcción de la inteligencia colectiva (como el que postula Pierre Levy). Recientemente María Isabel Rodríguez nos solicitó una reflexión sobre la práctica de la salud internacional, a partir de lo internacional en el local (Allí nuevamente imposible no asociar con Paulo Freire y sus procesos de cooperación que quedaron documentados en su texto Cartas a Guinea Bissau). Pensé en mi propia experiencia en el barrio Lindeá en Belo Horizonte, durante el período

de la dictadura militar, en que las reflexiones de Juan Cesar García y de JR Ferreira (sobre educación médica) nos traía una perspectiva de respuesta latinoamericana. Al mismo tiempo la presencia en el barrio de las multinacionales y su impacto en la salud; de la industria farmacéutica ya más que globalizada en los años '70.

Cuando trabajamos juntos aquel esquema DIS/SAI creo que allí cambió la mirada de la salud internacional sólo desde los países centrales. Fue un momento que encontramos relevante de la construcción de la salud internacional ya que se construía un puente desde las dos orillas: desde la salud pública y desde las relaciones internacionales. Así, surgió la idea de la Salud como Asunto Internacional (SAI) y de las Dimensiones Internacionales de la Salud DIS.

//La OMS estima que los cambios climáticos son ya responsables por más de 150,000 muertes anualmente. Los cambios en la precipitación de lluvias ha influenciado patrones de transmisión de enfermedades, principalmente relacionadas con la contaminación del agua. Adicionalmente los cambios climáticos afectan fuertemente la producción de alimentos. Los riesgos, como siempre, se concentran en las poblaciones más pobres, los que menos contribuyen para la emisión de gases de efecto invernadero.//

Sin embargo, el tema ha encontrado una fuerte resistencia de los países centrales.

Mientras tanto, los países de mediana y de baja renta necesitan de una profunda consciencia del impacto de los fenómenos internacionales en la salud de sus poblaciones, así como perspectivas y políticas propias para enfrentar estos problemas coyuntural y estratégicamente desde una perspectiva de salud internacional y no de salud global y sé que desde su espacio de PoSibles están haciendo mucho por ello.



Foro Social Mundial de la Salud CARTA DE BELEM

El III Foro Social Mundial de la Salud, reunido en la Ciudad de Belém do Para - Brasil, entre los días 25 y 27 de enero de 2009, congregó aproximadamente 2000 personas de 25 países y 130 organizaciones. entre activistas, usuarios, trabajadores, gestores, estudiantes y docentes del campo de la salud y de la seguridad social y de otros campos que inciden en la salud de las personas, de 25 países y 130 organizaciones.

En la Carta de Belem, documento aprobado al final de encuentro, los participantes declaran las principales discusiones y conclusiones y presentan sus recomendaciones para la acción en pro de la lucha por el derecho a la salud y la seguridad social y sus relaciones con el mundo del trabajo y el ambiente.

El III Foro Social Mundial de Salud continúa los debates realizados en los Encuentros Internacionales en Defensa de la Salud de los Pueblos realizados en 2002 y 2003 en Porto Alegre - Brasil y en 2004 en Mumbai -India, así como en los Foros Mundiales de la Salud realizados en Porto Alegre en 2005 y en Nairobi en 2007.

A través de Gonzalo Basile, presidente de la filial Argentina de la Organización Médicos del Mundo, accedimos a la versión completa de la declaración, de la cual reproducimos su conclusión.

"CONVOCAMOS A LOS PUEBLOS DEL MUNDO, SUS MOVIMIENTOS Y ORGANIZACIONES PARA QUE SE ARTICULEN EN ESTA AGENDA POR LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL, COMO UNA RESPUESTA ESTRUCTURAL Y CONTUNDENTE A LA HEGEMONIA NEOLIBERAL Y COMO UN PASO CLAVE EN EL AVANCE DE UNA PERSPECTIVA CIVILIZATORIA, COMBATIENDO LA BARBARIE, SIENDO CAPAZ DE RESPETAR LOS DERECHOS HUMANOS Y SOCIALES Y ESTABLECIENDO EL COMPROMISO ETICO POR LA VIDA, EL BUEN VIVIR DE TODOS Y TODAS!

RUMBO A LA I CONFERENCIA MUNDIAL POR EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD Y DE SEGURIDAD SOCIAL – GOBIERNOS Y SOCIEDAD CIVIL INTERNACIONAL EN DIALOGO PARA LA GARANTIA DE LOS DERECHOS EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS DE LA HEGEMONIA CAPITALISTA NEOLIBERAL!

TODOS MOVILIZADOS POR LOS SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EL DIA 7 DE ABRIL DE 2009 - CONSTRUYENDO EL CAMINO PARA EL SUCESO POLITICO DE LA PRIMERA CONFERENCIA MUNDIAL!

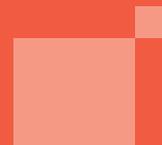
SALUD PARA TODOS Y TODAS YA!"

Puede encontrar la declaración completa en el sitio web del Foro: www.fsms.org.br

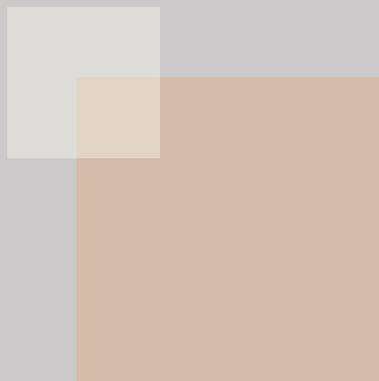
CRONICA:

Dejar Gaza es más difícil que ir a Gaza

Por Dr. Carlos Trotta*



“Frente a las acciones bélicas que se desencadenaron sorpresivamente el 27 de diciembre del 2008 en la franja de Gaza la organización MSF decidió enviar equipos para la atención médica de la población civil. El Dr. Carlos Trotta fue convocado y éste es su relato para los lectores de PoSIBles”.



*Médico cirujano argentino. Formado en Cirugía Cardiovascular en Cleveland, EE.UU. Responsable del servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Regional de Mar del Plata y con su prolongada experiencia se ha incorporado recientemente como voluntario en la organización Médicos sin Fronteras (MSF).



// Franja de Gaza.

Fuente: http://1.bp.blogspot.com/_XJFBc1Cccqo/SctIDjB1Wii/AAAAAAAAA1U/dvygOAnYizw/s1600-h/Gaza15.jpg

Trataré de explicar este título. El 7 de enero del presente año Médicos sin Fronteras (MSF), desde su oficina en Buenos Aires (www.msf.org.ar), me ofreció la posibilidad de formar parte de un equipo de emergencia para colaborar en la asistencia de la población Palestina. Fue así como el día 9 estaba volando hacia Jerusalén; para llegar a los territorios palestinos en donde MSF trabaja desde 1988.

Las misiones de MSF consisten en –como en este caso- aportar ayuda a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin ninguna discriminación por raza, religión o ideología política. Lo hace en su carácter de organización médico-humanitaria internacional, con un espíritu neutral e independiente de todo poder político, económico, o religioso, con un financiamiento mayoritariamente privado, proveniente de más de 3,1 millones de donantes y socios de todo el mundo. Cada año, MSF envía al terreno a más de 4.600 profesionales, que colaboran con 25.000 trabajadores locales también contratados por la organización. Actualmente MSF cuenta con más de 350 proyectos de acción médica y humanitaria en 60 países. En reconocimiento a su labor humanitaria, recibió en 1999 el Premio Nobel de la Paz.

Al llegar, a pesar de la urgencia de la situación, no se pudo conseguir autorización por parte del gobierno israelí para entrar a la Franja de Gaza hasta varios días después.

Para hacerlo seguimos un trayecto poco común. Salimos (y escribo en plural porque había personal de MSF de varias nacionalidades... noruega, china, checa, italiana, francesa, sueca) desde El Cairo y llegamos al paso de Erez después de atravesar durante la noche el Desierto de Sinaí y bordear el Mar Rojo y el Mar Muerto.

La Franja de Gaza es exactamente eso: una lonja de terreno con un millón y medio de habitantes en apenas 40 Km. de largo y solo 12 Km. de longitud en su porción más ancha. Los controles para ingresar son rigurosos, el tránsito a través de ellos muy demorado y al atravesarlos, se entra en la zona del paso de Erez que es particularmente expuesta y peligrosa. En nuestro caso, vivimos 20 minutos muy expectantes allí en Erez -hasta la llegada de la Cruz Roja que nos fue abriendo paso- porque estábamos en medio de la nada, con sonidos de disparos más o menos cercanos y metidos dentro de un pequeño vehículo que como único salvoconducto llevaba la bandera MSF: Médicos Sin Fronteras no utiliza escoltas armadas en ninguno de los países en los que trabaja, y es esa particularidad y por su carácter de organización humanitaria de espíritu neutral la que le permite actuar en 60 países.

Al ingresar a la ciudad de Gaza en las primeras horas de la tarde del día siguiente me sorprendió encontrar una ciudad de cerca de 400 mil habitantes con sus avenidas, edificios de departamentos, oficinas públicas y negocios aunque, obviamente, con muy poca gente en las calles (así y todo algunos nos saludaban) y con el aspecto de destrucción que hemos visto en películas de la 2ª. Guerra Mundial.

Nos recibieron cálidamente. El pueblo palestino no rehúsa el contacto físico: el apretón fuerte de manos, el abrazo. Nuestro primer destino era el Hospital Al - Shifa (con 600 camas, era el lugar de referencia de la mayor parte de los heridos).

Pudimos entonces presenciar lo que tantas veces habíamos visto en televisión o en fotos: la llegada de numerosas ambulancias con heridos (o muertos), el dolor y la urgencia de sus acompañantes, los camarógrafos, el personal de la sala de emergencia tratando de ordenar tanto caos (con un balance estimado de 600 muertos y 2950 heridos en solamente 11 días, según un comunicado de MSF del 7 de enero) y lo que particularmente me impresionó: muchos chicos registrando calladamente la escena.

El hospital es importante, está muy cerca de una de las mezquitas que fueron bombardeadas, tiene muchas de sus ventanas sin vidrios por la misma razón, pero cuenta con casi todas las especialidades y con personal bien entrenado aunque en esos días exhausto por el volumen de trabajo (se trabaja 24 hs. de guardia y 24 hs. de “descanso”, aunque en muchos casos hay que permanecer en el mismo hospital porque por razones de seguridad no se lo puede abandonar ni para acompañar a la propia familia).

Tiene 6 quirófanos y en los momentos de mayor llegada de heridos había 2 camillas operando en cada una de ellas.

Como dije al comienzo es más difícil dejar Gaza que ir a Gaza porque quedan muchas imágenes acumuladas y hay que “metabolizarlas”.

Seguramente seguirán llegando ONGs y se habla también de importantes sumas de dinero para la “reconstrucción” de Gaza. Todo eso es importante porque las víctimas están allí ahora y necesitan ser asistidas y acompañadas ya, pero, desde mi opinión personal, creo que, sin tardanza, habrá también que trabajar para enfrentar las causas de estos conflictos.

¿O cuántas veces más hacen falta?

Como en la canción de Dylan...

“¿Cuántos caminos debe un hombre recorrer?”



//Nos recibieron cálidamente.
El pueblo palestino no rehúsa el
contacto físico: el apretón fuerte
de manos, el abrazo. Nuestro
primer destino era el Hospital Al
- Shifa.//

En los días que estuvimos allí muchas de las lesiones que vimos y en cuya atención participamos (en mi caso como cirujano vascular) eran severísimas, con destrucción extensa de tejidos, más allá de toda posibilidad de reparación.

Cuando se produjo un alto al fuego disminuyó el flujo de heridos pero aun así continuaron llegando aquellos que no se habían atrevido a salir de sus casas o los muertos atrapados en los escombros.

En esas circunstancias Médicos sin Fronteras pudo introducir un camión con una carpa quirúrgica con 2 quirófanos y 10 camas de internación, que se desplegó en un terreno cercano al Hospital Al - Shifa, para recibir y tratar a pacientes derivados de allí o provenientes de los consultorios externos que MSF tiene en el territorio o que habían sido detectados en la población por su equipo de asistentes sociales.

Vimos entonces las primeras secuelas físicas del conflicto: quemaduras, amputaciones, heridas por fragmentos metálicos. La mayor parte de ellos, niños y jóvenes, ya que en la Franja de Gaza un 40 a 55 % de la población es menor de 16 años.

Se entendió claramente que en esta segunda etapa –después de la ofensiva- era necesario un equipo de atención con una composición diferente a la nuestra y fuimos reemplazados por cirujanos ortopédicos, cirujanos plásticos, psicólogos, y enfermeras y técnicos entrenados para rehabilitar a las personas que habían sufrido una discapacidad y para restaurar a los quemados.

Nuestra misión (así se las llama) terminó después de cuatro semanas. Pero la tarea sigue aunque en un escenario políticamente muy inestable e incierto.

Trabajar por la Paz desde la salud

Entrevista con el Dr. Itzhak Levav*

“Una fuerza poderosa obstaculizadora es la fusión de la religión con reivindicaciones nacionalistas. Eso hace al diálogo muy difícil o imposible. Cuando se apela a Dios como argumento central para la reivindicación, por ejemplo, la de los colonos en los asentamientos de los territorios ocupados o como lo hace el Hamas, no hay posibilidad de diálogo. Vaya usted a disputarle la verdad de Dios, imposible.

Desafortunadamente, todas esas fuerzas religiosas y fundamentalistas existen tanto del lado palestino como ciertamente del lado israelí, frustrando todo entendimiento.”

Hablamos con el Dr. Itzhak Levav, médico psiquiatra argentino que hoy vive en Israel. Es co-fundador y miembro del Comité Editorial de la revista Palestino-Israelí de Salud Pública "Bridges" en alusión a la política de la OMS y de OPS, 'Salud como Puente para la Paz'.

PoSIBLES: Dr. Levav, a fin del año pasado volvimos a vivir con mucho dolor, a pesar de la distancia, un episodio bélico entre Israel y Palestina en la franja de Gaza. Resulta muy difícil comprender integralmente lo que sucedió y lo que está pasando a través de los medios de comunicación. Con su experiencia internacional, ¿Qué claves se nos escapan habitualmente a quienes vivimos lejos del conflicto y a los medios de comunicación?

Dr. Levav: Acá hay una situación compleja de muchos años de existencia. Es un conflicto muy antiguo en el que pareciera que las dos partes no tienen la capacidad de llegar a una solución excepto parcial; por ejemplo, el acuerdo de Oslo que implicó el reconocimiento mutuo de Israel y de la OPL, fue un acuerdo entre las dos partes hecho sin la intervención de los Estados Unidos.

Se trata de un conflicto que lleva mucho tiempo donde, a mi juicio, las dos partes buscan justicia. Lo crucial es que no hay parte a quien no le asista la justicia en el conflicto. Entonces, si ambas partes tienen reivindicaciones justas, este conflicto sólo puede terminarse si ambas partes renuncian a la reivindicación total, de manera de poder lograr paz, bienestar para sus poblaciones, y concluir con las crueldades de las acciones armadas sean del ejército o sean del terror. Todo lo que sucede tiene que verse dentro de este gran contexto.

Las fuerzas que se oponen a la solución del conflicto son muchas pero, particularmente, hay una de ellas a la que Uds. aludieran. Una fuerza poderosa obstaculizadora es la fusión de la religión con reivindicaciones nacionalistas. Eso hace al diálogo, a mi juicio, muy difícil o imposible. Cuando en oportunidades discuto políticas o sucesos con gente que tiene una posición cercana a la fundamentalista desde el punto de vista religioso, se hace imposible todo diálogo -porque el diálogo, finalmente, busca comprensión mutua y, tal vez, una determinada renuncia de la posición que se sostiene. Cuando se apela a Dios como argumento central para la reivindicación, por ejemplo, la de los colonos en los asentamientos de los territorios ocupados o como lo hace el Hamas, no hay posibilidad de diálogo. Vaya usted a disputarle la verdad de Dios, imposible.

PoSIBLES: Una pregunta complicada, como debe haber en toda entrevista, hace poco tiempo el premio Nobel de Literatura José Saramago sacudió un poco a la opinión pública con una frase polémica afirmando algo así como que si el mundo fuera ateo no habría mas guerras. El sentido común nos hace asociar religión con paz, ¿Qué papel están jugando concretamente en este conflicto las instituciones religiosas en la construcción de puentes para la paz?

Dr. Levav: Uds. preguntan "¿Cómo es posible que la religión, que debería ser moderadora...?" Sí, puede ser moderadora cuando la religión no es extrema y cuando permanece separada de temas terrenales tales como nación o patria. Cuando se combina es complejo. Lo vivimos, saltando épocas y continentes, en la Argentina, donde los grupos católicos de extrema derecha hablaban de "Patria, Estado, Religión" ¿recuerdan?, sus posiciones eran intolerantes. En nombre de las religiones se ha masacrado a aquellos que no comulgaban. Desafortunadamente, todas esas fuerzas religiosas y fundamentalistas existen tanto del lado palestino como ciertamente del lado israelí, frustrando todo entendimiento. Repito: sólo cuando la religión se funde en la política nacionalista es cuando el diálogo se desvanece.

En relación al problema específico de Gaza, acá se produjo una decisión política muy difícil de entender a la distancia. Una de ellas es que Gaza, que fuera gobernada por Egipto, fue ocupada en



// **Itzhak Levav**

Fuente: Diario Página 12 (Argentina).
<http://www.pagina12.com.ar/fotos/20080721/notas/na17fo01.jpg>

El Dr. Levav fue parte del legendario proyecto Lanús, liderado por el Dr. Mauricio Goldenberg, y que fuera pionero en la configuración del pensamiento de la salud mental en la Argentina.

Desde 1987 a 1999 fue coordinador del Programa de Salud Mental de la OPS y actualmente es miembro del Panel de Expertos de la OMS.

En el 2008, el Dr. Levav recibió el Doctorado Honoris Causa de la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina.

el año 1967 por los israelíes. En el año 2006, el entonces primer ministro Sharon, de manera unilateral, evacuó Gaza. En Gaza vivían 8000 colonos. Esa acción, de facto, debilita al Al Fatah, que es un grupo moderado y laico que gobierna dese Ramallah. Él lo hace por intenciones aviesas y a eso suceden dos cosas: el fortalecimiento del Hamas, que es un movimiento político religioso, que no reconoce, al contrario de el Al Fatah, la existencia del Estado de Israel. Por lo tanto Hamas se convierte de facto en enemigo de Israel. Israel contesta al Hamas desde la evacuación de Gaza con el cierre prácticamente completo de Gaza.

Gaza tiene una historia muy larga. Sin remontarme muy atrás, en años recientes anteriores a esta evacuación,

Gaza estaba progresando económicamente, sin dejar de ser una zona extremadamente pobre con una altísima fertilidad, como suele suceder en estas situaciones. Durante algunos años había fuerza de trabajo de Gaza que venía a trabajar a Israel y que traía dinero al hogar en los fines de semana. Con el cierre se produce el ahorcamiento económico, amén de las otras cosas que impiden un cierre: que la gente no se puede trasladar, que las mercaderías no entran. Hay, incluso, dificultades para el traslado de los pacientes de Gaza que necesitan atención médica. Esto ha sido objeto de denuncia por parte de Médicos por los Derechos Humanos-Israel (cuyo presidente, dicho sea de paso es argentino, el Dr. Filc).

El gobierno de Israel lo hace con el objeto de deslegitimizar al Hamas –porque, según la postura del gobierno, no es un enemigo con el cual se puede negociar. Ahora bien, Hamas tomó el gobierno de Gaza en elecciones democráticas, legítimas. Hamas fue elegido por su población. (En un momento determinado tiene un conflicto con el Al Fatah donde actúa con notable crueldad, pero es gobierno).

Acá hay una situación difícil, Hamas fundamentalista, religioso y político, pero por otro lado es un gobierno legítimo elegido por su pueblo. A mi juicio, Israel no puede rehusar dialogar con Hamas - aunque debido a la repugnancia mutua el dialogo requiere de partes mediadoras.

//Durante algunos años había fuerza de trabajo de Gaza que venía a trabajar a Israel y que traía dinero al hogar en los fines de semana.

Con el cierre se produce el ahorcamiento económico, amén de las otras cosas que impiden un cierre: que la gente no se puede trasladar, que las mercaderías no entran. Hay, incluso, dificultades para el traslado de los pacientes de Gaza que necesitan atención médica.//

PoSIBLES: Una pregunta que nos surge a partir de esto es ¿Cómo una especie de resultado paradójico, las acciones de Israel no han tenido como efecto juntar al Hamas con Al Fatah?

Dr. Levav: En teoría, sí. En la práctica, menos. En general, la actitud del gobierno de Israel ha sido muy miope, a mi juicio. Quizás las próximas elecciones dirán... Hay mucha tensión entre el Al Fatah y el Hamas, entre paréntesis, basado en el hecho de que el Al Fatah es secular y Hamás es un grupo religioso.

POSIBLES: Veamos ahora la acción militar en si misma.

Dr. Levav: En los últimos años Hamas intenta forzar el cambio de la política del gobierno israelí lanzando cohetes a la población civil del sur de Israel. En la población civil de Israel en el sur hay grupos que votan a los partidos de izquierda, porque hay muchísimos kibutzim, y hay ciudades de desarrollo que votan a los grupos de derecha. Ambos grupos presiona al gobierno que acabe con los cohetes.

Hamas no toma responsabilidad de sus acciones, y estás pueden ser destructiva para su población. (No queda elegante que lo diga, pero despertar al oso tiene un determinado riesgo). La situación en el sur de Israel se vuelve insostenible y desencadena una acción de guerra muy cruel donde Israel usa una fuerza desmedida. Eso trae

como consiguiente que mucha gente de la población civil de Gaza, inocente totalmente, en el sentido de que no son de las fuerzas combativas de Hamas, muera.

Esta parte de la acción es altamente criticada por la izquierda acá. Hay movimientos, que no están en la prensa internacional, por ejemplo, el partido del cual yo soy afiliado y otros como el partido Comunista, etc. que censuran duramente al ejército y al gobierno por esta acción de guerra que utilizó un exceso desmedido de fuerza.

Lo terrible es que ni Hamas quiere negociar, ni Israel quiere negociar con Hamas, entonces no hay opción en estos dos grupos, excepto guerrear. Y, no necesito decirlo, después de tanta guerra que no va a traer solución. Todos estos años de guerra no han traído soluciones –entonces, lo elemental es intentar otra cosa. Es de esperar que el gobierno del presidente Obama y la canciller Sra. Clinton pongan presión sobre Israel y que otros países logren que Hamas modere sus posiciones y se una a Al Fatah de manera que ambos grupos negocien y se llegue a la partición –finalmente- y al Estado palestino.

PoSIBLES: Usted no es un periodista o un observador sino que, además ha intentado hacer cosas concretas en relación al tema de construir un puente entre Israel y Palestina pensando en la lógica de la salud pública como puente. Entonces una de las preguntas que teníamos es: ¿De qué manera, qué capacidades o qué actitudes e incluso qué costos se pagan por ser un militante por la paz?

Dr. Levav: Ninguno. Militante? ojalá lo fuera más. De hecho, después de Gaza, pienso serlo más. Ahora “bridges” tiene algunas dificultades actuales. Ha registrado muchos logros promoviendo la colaboración entre israelíes y palestinos. Cabe recordar que en muchas áreas de la salud y otras existe mucho más colaboración de lo que la prensa informa.

En cuanto a costos personales y profesionales: ninguno. Tampoco ahora que soy un contratado libre por mi edad en el Ministerio de Salud, ni tampoco cuando era un profesional asalariado del Ministerio de Salud. A nadie se le hubiera ocurrido decirme a mi que deje de tener esta actividad, al contrario. El vice-director del Ministerio de Salud fue entrevistado en “bridges”, también lo fue uno de los subdirectores más importantes (durante algunos años era el comandante médico jefe del ejército); no hay represión por tener militancia. Mañana, por ejemplo, haré una visita a una zona del sur de la ciudad amurallada de Jerusalem a ver algunas injusticias que se cometen con la población palestina que vive ahí en cuanto a vivienda y demás. Y eso está anunciado en los diarios. Realmente, en ese sentido hay total libertad.

PoSIBLES: Usted piensa que un trabajador de salud de Palestina que está en “bridges” contestaría lo mismo.

Dr. Levav: No exactamente. Nunca hubo dificultades en los 4 años de “bridges” para conseguir colaboradores israelíes que escriban artículos o sean entrevistados. Del lado palestino hay un problema. No todos piensan que se puede tener un diálogo -porque eso significaría un reconocimiento de facto de la ocupación. Por ejemplo, el rector de la universidad Al-Kuds, que quiere decir Jerusalem en árabe, piensa que la colaboración es importante y él tiene muchísima colaboración con científicos israelíes. Pero, hay otras universidades

palestinas que se niegan a colaborar. Eso es una realidad que es comentada por los miembros palestinos del Comité Editorial que dicen abiertamente: “No, no podemos pedirle a tal universidad que participe”.

PoSIBLES: Siendo tan negativa la visión internacional del enfrentamiento entre Israel y Palestina, ¿Cómo repercute una desaprobación internacional sobre la sociedad israelí?

Dr. Levav: Cuando hay bombardeo de población civil en este caso, la gente empieza a reaccionar con el estómago y no con el cerebro y antepone posiciones de fuerza, de usar mano dura, a la negociación. Sin embargo, hay cambios de opinión importantes en sectores decisorios, el actual Primer Ministro que se está yendo, que no es mi favorito, hoy dijo que no hay posibilidad de que los judíos ocupen los barrios árabes en Jerusalén. Ese es uno de los temas más difíciles de solucionar en toda negociación; este hombre antes era de derecha. La actual Ministra de Relaciones Exteriores, que sacó más votos en la elección última pero que no puede formar gobierno, es una mujer que proviene de la derecha y sin embargo hoy dice que no hay posibilidad de sobrevivencia de este país al menos que haya partición.

// La globalización no solamente es económica, es también el reconocimiento que lo que sucede en cualquier parte del mundo nos afecta a todos.

Estoy convencido de que la paz no se hace sólo a través de los dirigentes, se hace a través de la gente, el reconocimiento del otro como humano que sufre, más allá de que sea un enemigo circunstancial, se puede darle apoyo, aprender de él y curarlo.//

Ahora, el problema es como se hace la crítica a la política de Israel, si se la hace de forma que fortalece a los grupos de paz en Israel, por ejemplo el boicot universitario lo que logra es debilitar las fuerzas proclives a la paz en las universidades. La posición en las universidades por lo general es de izquierda. Yo creo que la ocupación de los territorios no sólo es lesiva en relación a la población árabe, sino que es lesiva en relación a Israel. Es también la destrucción de las legítimas reivindicaciones del movimiento sionista. El problema es que cuando la crítica no está bien hecha y tiene algún resabio antisemita; esto no sirve. Debe recordarse que este es un país temeroso, entonces una acción crítica mal pensada produce mayor aislamiento y, por tanto, presenta como única opción el uso de la fuerza. Criticar es lícito, es justo y razonable, pero teniendo como estrategia fortalecer la búsqueda de la paz.

PoSIBLES: Nosotros tenemos lectores jóvenes y una red interesante de graduados recientes en formación y que ven con mucho interés la ayuda humanitaria y el trabajo internacional. Usted mencionaba que hay algo estructural en el trabajador, en el profesional de la salud que lo predispone como militante para la paz, lo invitamos a una reflexión final como una especie de mensaje, o sugerencia

para las nuevas generaciones que quieren soñar que la guerra no será parte del escenario normal del desarrollo de la humanidad.

Dr. Levav: Para contestar en forma doméstica, en Israel hay una organización con mucha fuerza que se llama Médicos por los Derechos Humanos – Israel, activos en los problemas de demoras de atención o atención no apropiada de pacientes, que van a los territorios y atienden a los trabajadores no documentados de África, que los hay en Israel en un número altísimo, etc. La globalización no solamente es económica, es también el reconocimiento de que lo que sucede en cualquier parte del mundo nos afecta a todos. Entonces actuar en el mundo no es una palabra holgada que le queda como un traje ancho y ridículo; es la única opción. Y los que trabajan en salud, a través de involucrarse en la salud es más fácil relacionarse con el mundo. Para mí no hay mayor satisfacción que cuando veo, por ejemplo en el hospital donde trabaja mi esposa, a chicos de Gaza en el servicio donde ella trabaja.

La acción internacional es la única que puede llevar en este mundo globalizado a un cambio de la injusticia, de la falta de equidad, de la guerra, de la pobreza, todo esto que puede tener solución no obstante los intereses de los que las perpetúan. Estoy convencido que la paz no se hace sólo a través de los dirigentes, se hace a través de la gente, el reconocimiento del otro como humano que sufre, más allá de que sea un enemigo circunstancial, se puede darle apoyo, aprender de él y curarlo. Estoy convencido de esto. En pocas palabras y en forma simple este es mi mensaje.



UNA MIRADA A ÁFRICA: Darfur, cada vez más aislada

En este trimestre tal vez la noticia más relevante la conocimos la primera semana de marzo cuando el Tribunal Penal Internacional ordenó la detención del presidente de Sudán, Omar Hassan al Bashir, por crímenes de guerra y de lesa humanidad en la región de Darfur.

Por tal motivo, Bashir -quien asumió al poder hace veinte años tras un golpe de estado- ha ordenado que todas las organizaciones internacionales dejen de distribuir ayuda humanitaria en el país en el plazo de un año y que esta labor la asumirán en exclusividad las organizaciones no gubernamentales de ese país.

Se estima que en Darfur 300.000 personas han muerto -el gobierno ha reconocido el número de muertos en 10.000- y 2.7 millones han huido de sus hogares desde el inicio del conflicto en 2003.

El presidente considera que las organizaciones internacionales han colaborado en las denuncias presentadas ante la Justicia Internacional, lo que fue desmentido por las propias organizaciones. Según datos de la organización Acción contra el Hambre 1.500.000 personas han quedado sin ayuda humanitaria.

Sudán es un Estado ubicado en el centro oriental de África, su población es de casi 40 millones de habitantes, siendo su expectativa de vida 55.4 años para varones y 57.8 años para mujeres.

La organización Médicos Sin Fronteras (MSF) sede Buenos Aires solicitó a El Agora la difusión del comunicado de prensa emitido por la sección holandesa de esa organización, que transcribimos a en el recuadro.

A su vez, Carolina Heidenhain, representante de MSF en Argentina manifestó: “Desde Mayo 2004, MSF Holanda ha estado dando asistencia médica en el campo de desplazados internos Kalma de Darfur Sur, donde viven más de 90.000 personas. Se trata de uno de los campos más grandes del país. La clínica de MSF duplicó su número de pacientes en 2008, en parte porque algunos de los actores que ofrecían servicios de salud dejaron de trabajar en ese campo. En el interior y en los alrededores de Muhajariya, una población en Darfur Sur, MSF provee asistencia médica a alrededor de 70.000 personas. En la región este de Jebel Marra, MSF gestiona una pequeña clínica que funciona como el principal centro de salud para miles de personas desplazadas viviendo en las montañas. El personal de MSF trata además alrededor de 3.000 pacientes por mes en Feina y a través de una clínica móvil en Gulombei”.

Nairobi/Khartoum/Amsterdam, 5 de marzo de 2009 – El Gobierno de Sudán informó ayer a la sección holandesa de la organización internacional Médicos Sin Fronteras (MSF) que están expulsados de Darfur. Esta noticia sigue a una orden anterior, emitida el 2 de marzo, en la que se ordenaba a MSF retirar todo el personal internacional de varios de sus proyectos. La organización está indignada ante esta decisión, que deja a más de 200.000 de sus pacientes sin cuidado médico esencial. MSF fue convocada a una reunión con las autoridades de Sudán poco después del anuncio de la Corte Penal Internacional en relación a la imputación del Presidente Omar al Bashir. Allí le comunicaron que debía suspender todas sus actividades y preparar a su personal para la inmediata partida del país. No se dieron otras aclaraciones sobre esta decisión.

La sección holandesa de MSF desarrolla actividades médicas en tres emplazamientos del Sur de Darfur, en las áreas de Kalma, Muhajariya y Feina. Esta expulsión llega en el mismo momento en el que se ha declarado un brote de meningitis, una enfermedad mortal si no es tratada, en Kalma, un campo de desplazados donde viven actualmente más de 90.000 personas. También deja alrededor de 70.000 personas sin ningún tipo de acceso a cuidados de salud en Muhajariya, debido al cierre del único hospital del área. Esta decisión fuerza además el cierre de clínicas de salud en Feina y alrededores, donde MSF ofrece tratamiento a un promedio de 3.000 personas por mes.

MSF reitera firmemente que la organización es completamente independiente de la Corte Penal Internacional, y que MSF no coopera con ella ni le provee ningún tipo de información. “Es absurdo que nosotros, como una organización independiente e imparcial, nos encontremos atrapados en un proceso político y judicial”, dice el Director de Operaciones de MSF Holanda, Arjan Hehenkamp. “MSF ha trabajado sin descanso para dar ayuda médica a la población de Darfur desde el comienzo de la crisis. Es completamente inaceptable que la población de Darfur esté siendo privada de asistencia médica esencial”.

Los equipos de MSF siguen atendiendo a la población en algunas zonas de Darfur Oeste en Golo y Killin, y en Darfur Norte en Kebkabiya, Kaguro, Serif Umra, Shangil Tobaya y Tawila.

La ciudad contra el capital

Por Jordi Borja*

La ciudad, la forma más elevada de civilidad y de progreso, por su potencial de generar convivencia y redistribución, se ha ido fragmentando, disolviendo en las periferias suburbanas, sin cohesión ni sentido. Uno de los aspectos más negativos del tipo de desarrollo promovido por un capitalismo financiero especulativo y salvaje ha sido generar esta dinámica disolutoria de la ciudad.

*Geógrafo y Urbanista, director del Programa de Gestión de la ciudad en la Universidad Abierta de Cataluña (UOC. Universtat Oberta de Catalunya).
El artículo fue publicado en la revista de la Federación de Asociaciones Vecinales.

“La ciudad nos impone el deber terrible de la esperanza” escribió Borges. La recomendación ignaciana de “en tiempos de desolación no hacer mudanza” se presta a interpretaciones conservadoras, aunque quizás podríamos matizarla en sentido opuesto. Si el “enriqueceos, enriqueceos” tan a la moda las últimas décadas nos ha conducido al empobrecimiento de muchos mientras algunos enriquecidos se salvaban sería bueno recuperar el principio de esperanza propio de la izquierda, o dicho de una forma más clara: recuperar sus ideas, sus valores y sus análisis críticos del capitalismo. La “mudanza” se hizo asumiendo los principios y los procedimientos conservadores, es la hora del cambio, de ser lo que fuimos, de resistir a las propuestas interesadas de unos y cobardes de otros, de recuperar lo fundamental del pasado para que en el futuro no se repita la crisis del presente.

Los defensores del “desorden establecido” nos dicen que la crisis es saludable puesto que el sistema se autocorrije, elimina a los perdedores, reduce los excesos inherentes al modo de acumulación de riquezas, y al cabo de unos años la expansión renace. No cuantifican la destrucción de bienes que se ha producido y menos aún los costes sociales que pagan la mayoría de los ciudadanos. Hemos vivido una época de despilfarro, de sobreproducción de viviendas que los que las necesitan no podían adquirir, de estímulo al endeudamiento al cual muchos no podrían hacer frente si se reducían lo más mínimo sus ingresos, de destrucción ambiental y crecimiento insostenible, de segregación y desigualdad sociales crecientes. La ciudad, la forma más elevada de civilidad y de progreso, por su potencial de generar convivencia y redistribución, se ha ido fragmentando, disolviendo en las periferias suburbanas, sin cohesión ni sentido. Uno de los aspectos más negativos del tipo de desarrollo promovido por un capitalismo financiero especulativo y salvaje ha sido generar esta dinámica disolutoria de la ciudad.

La historia de la izquierda social, cultural y política va estrechamente unida a la crítica de la economía y a la defensa de la ciudad. Sorprende el grado de desinterés o ignorancia de las izquierdas institucionales y de las cúpulas políticas actuales en ambos temas. La crítica rigurosa del actual capitalismo globalizado, de su modelo de acumulación, ha estado ausente de la reflexión de gobernantes y dirigentes partidarios y por lo tanto es lógico que a la hora de buscar soluciones no se les ocurre nada más que limitar algunos excesos (vincular las transferencias de recursos públicos a las grandes empresas a una reducción que no resulte demasiado escandalosa de los puestos de trabajo) y crear condiciones para volver a la situación anterior (salvar bancos y grandes promotores por medio del dinero público o comprando sus activos). Los reformistas cuando aparece la necesidad de hacer reformas en serio se asustan y caminan para atrás.

La ciudad ha sido en España durante dos décadas el espejo de la democracia. En todo el país los años ‘80 y ‘90 la mayoría de las ciudades se han transformado espectacularmente, ha florecido un urbanismo ciudadano expresado principalmente por medio del espacio público, bien diseñado en lo físico y animado en lo social y cultural. Pero progresivamente la lógica de un mercado que la acción pública había convertido en apetitoso fue imponiéndose. En las ciudades compactas aparecieron las operaciones terciarias ostentosas, públicas y privadas, y en aras de la competitividad global, los espacios centrales se especializaron y se hicieron excluyentes. Los precios del suelo se dispararon y las hipotecas facilitaron que los sectores acomodados de las clases medias accedieran



// **Boom inmobiliario.** La especulación se volvió en contra del desarrollo de la ciudad.

al mercado libre y se mantuvieron en la ciudad junto a los barrios residenciales de las minorías ricas. Algunas zonas antiguas o marginales fueron ocupadas por inmigrantes y los sectores populares y medios, los jóvenes especialmente,

// La crítica rigurosa del actual capitalismo globalizado, de su modelo de acumulación, ha estado ausente de la reflexión de gobernantes y dirigentes partidarios y por lo tanto es lógico que a la hora de buscar soluciones no se les ocurre nada más que limitar algunos excesos y crear condiciones para volver a la situación anterior .//

fueron emigrando a las periferias segregadas por niveles de renta, pobres en espacio público y equipamientos, los territorios “urbanizados” según el afortunado palabra de Francesc Muñoz. Los gobiernos locales a veces han sido cómplices,

otras veces se han mostrado impotentes, pocas veces han denunciado esta degradación del urbanismo democrático.

Este proceso disolutorio de la ciudad integradora ha tenido unos actores conocidos: bancos y cajas adquirieron por lo menos la mitad del suelo urbanizable, los propietarios del suelo se enriquecieron vendiendo con el único mérito de esperar al comprador, los promotores y los constructores se endeudaron esperando vender a una demanda que consideraban infinita y convencidos que su producto solamente podía aumentar del valor con el tiempo. Ciudadanos de ingresos medianos o modestos compraron por necesidad o para colocar sus ahorros hipotecándose con la complicidad de las entidades financieras y de los sucesivos gobiernos sin suponer que

//Pero nada de esto ocurrirá, ni tan sólo se convertirá en debate público sino emerge un amplio movimiento social de los que tienen más deudas que vivienda, más hipotecas que trabajo remunerado, más indignación que paciencia, más confianza en la fuerza popular que en las promesas vacuas de los gobernantes. //

de plantear iniciativas que se opongan a las dinámicas especulativas que han propiciado la burbuja que ahora ha explotado: reformar la legislación urbanística para que imponga por lo menos un 60% de vivienda protegida y un 20% de vivienda social, recuperar el 90% de las plusvalías urbanas, penalizar fuertemente las operaciones urbanizadoras segregadas de la ciudad compacta, crear una banca pública hipotecaria, impulsar un programa de transporte colectivo en detrimento del crecimiento urbanizador de la red viaria.

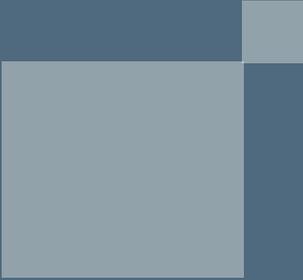
Pero nada de esto ocurrirá, ni tan sólo se convertirá en debate público si no emerge un amplio movimiento social de los que tienen más deudas que vivienda, más hipotecas que trabajo remunerado, más indignación que paciencia, más confianza en la fuerza popular que en las promesas vacuas de los gobernantes. En estos momentos la izquierda demuestra su naturaleza. Es capaz de explicar la perversidad del sistema económico o no, se adapta o transforma la realidad, moviliza a las mayorías populares o se muestra pusilánime enroscada en las instituciones. Volvemos a otra cita de Borges: nadie se arrepiente de haber tenido un momento de coraje en su vida.



ni sus ingresos ni la vivienda adquirida iban a tener un crecimiento sostenido ni que las hipotecas podrían resultar más onerosas.

Ahora se plantea una cuestión bien sencilla. Los dueños del capital quieren que el Estado con el dinero de todos los ciudadanos les subvencione para pagar deudas o impagados o les compre lo que no pueden vender y para repartirse beneficios o indemnizaciones. Los ciudadanos con una vivienda hipotecada que no pueden pagar ni vender por el coste de la deuda en cambio lo que necesitan son que se imponga al sistema financiero una moratoria hasta que la economía se reactive y sus ingresos le permitan volver a pagar las cuotas de la hipoteca. Los gobiernos, imbuidos por la creencia que solo el mercado capitalista puede reactivar la economía, se colocan decididamente al lado de bancos y empresas constructoras y promotoras, especialmente las grandes. Hay matices significativos pues mientras el gobierno británico asume un rol parcialmente protagonista nacionalizando una parte de la banca el gobierno español ofrece el “talante” para convencer a los grupos económicos que no sean malos y tengan un poco de paciencia.

En Catalunya en un periodo de crisis, distinta a la actual ciertamente, el gobierno republicano municipalizó el suelo urbano y colectivizó las empresas de construcción. Un gobierno cuya composición era muy similar al actual tripartito. No creo que ahora se pueda repetir tamaña hazaña pero aún aceptando las limitaciones que impone el marco europeo y español algo más se podría hacer. Comprar las hipotecas, imponer moratorias, prohibir la distribución de beneficios o dividendos al sistema financiero, obligar a dar créditos al tejido empresarial pequeño o mediano, etc como medidas coyunturales. Y también es el momento



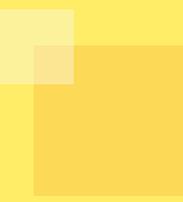
Homenaje a Louk Hulsman

Prof. Louk Hulsman

Por Eugenio Raúl Zaffaroni*

Había nacido el 8 de marzo de 1923 y su existencia fue realmente intensa. En plena Segunda Guerra Mundial, logró saltar y escapar corriendo del tren en que lo conducían prisionero a un campo de concentración en Alemania y plegarse a la Resistencia holandesa a la ocupación nazi. Terminada la guerra se graduó y emprendió la actividad universitaria, en la que alcanzó la cátedra en Rotterdam, que ejerció hasta su emeritación.

Veinte días antes de su desaparición Hulsman había sido nominado para el Premio Nobel de la Paz, en razón de su condición de promotor de las primeras iniciativas de política de drogas en Holanda -asesorando al Ministerio de Salud, bienestar y deportes-, que en perspectiva temporal se reveló mucho más eficaz y menos conflictiva que la orientación dominante en el planeta.



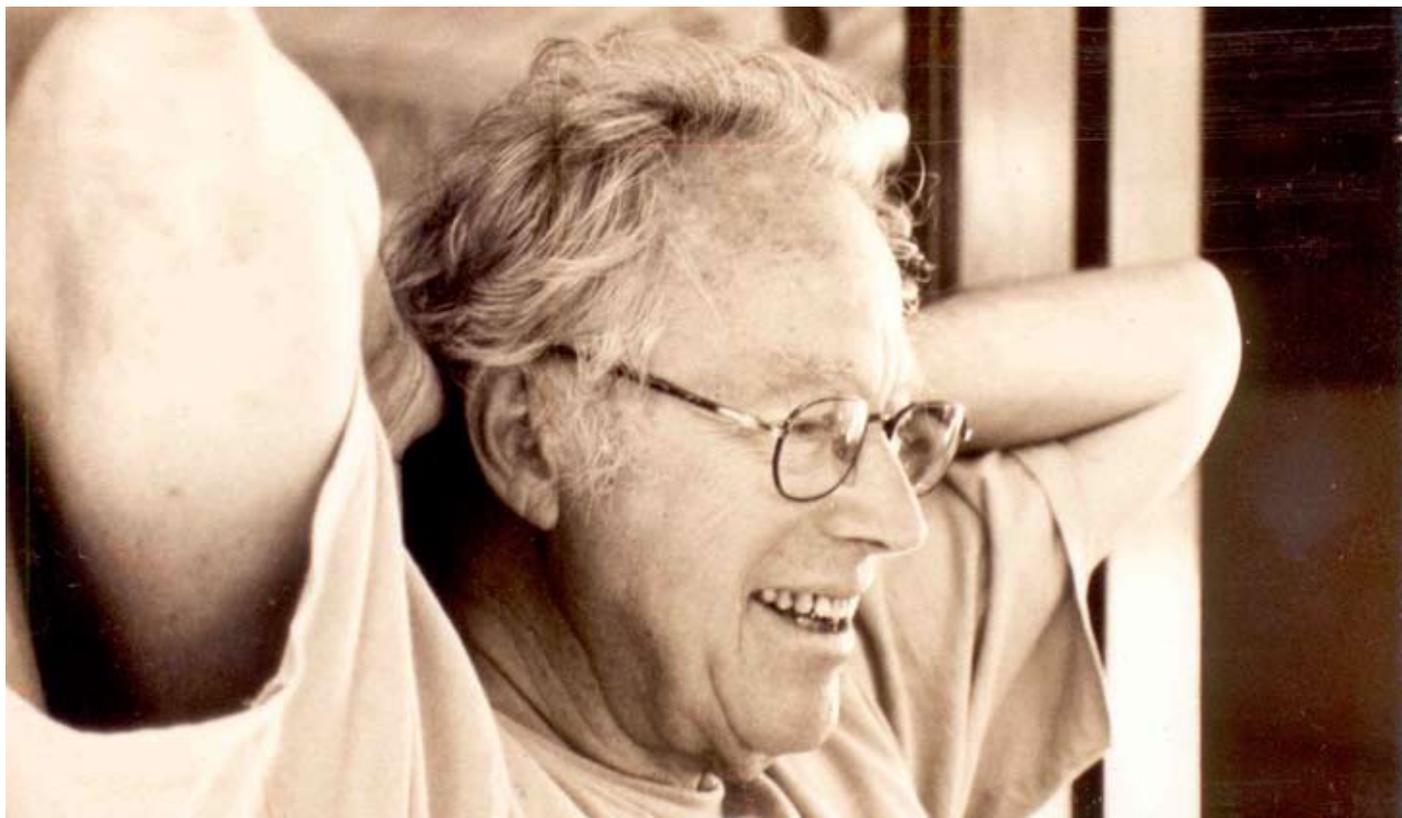
*Juez de la Suprema Corte (Argentina). Miembro del Departamento de Derecho Penal y Criminología. Facultad de Derecho. Universidad de Buenos Aires.
El autor comparte este artículo para su publicación en PoSibles. También se encuentra disponible en: <http://www.loukhulsman.org/>

El 28 de enero nos sorprendió tristemente la noticia del fallecimiento de Louk Hulsman. Según nos relata su esposa, sucedió inesperadamente en su amplia casa de Dordrecht, donde hace años había planeado erigir un centro abolicionista para invitar a meditar a sus amigos y seguidores. Hasta último momento mantuvo una incesante actividad académica, que implicaba un continuo desplazamiento geográfico.

Había nacido el 8 de marzo de 1923 y su existencia fue realmente intensa. En plena Segunda Guerra Mundial, logró saltar y escapar corriendo del tren en que lo conducían prisionero a un campo de concentración en Alemania y plegarse a la Resistencia holandesa a la ocupación nazi. Terminada la guerra se graduó y emprendió la actividad universitaria, en

encabeza el artículo con que contribuye a ese libro, señalando que se caracterizaba por la unidad de pensamiento, vida y acción, lo que en definitiva constituye la definición de todo maestro.

El trabajo más difundido de Hulsman –y en el que expone de modo más orgánico su pensamiento– es el volumen que publicara con Jacqueline Bernat de Celis : *Peines perdus. Le système pénal en question*, Le Centurion, París, 1982. Allí se enlazan sus ideas acerca de la distancia entre el delito en el imaginario colectivo y en la realidad de la justicia penal, con la negación de cualquier ontologismo del delito. Lo único que para Hulsman existe en el mundo son situaciones problemáticas, que se definen como delitos a modo de construcción de la realidad social.



la que alcanzó la cátedra en Rotterdam, que ejerció hasta su emeritación.

Veinte días antes de su desaparición Hulsman había sido nominado para el Premio Nobel de la Paz, en razón de su condición de promotor de las primeras iniciativas de política de drogas en Holanda -asesorando al Ministerio de Salud, bienestar y deportes-, que en perspectiva temporal se reveló mucho más eficaz y menos conflictiva que la orientación dominante en el planeta, consagrada en tratados internacionales que prácticamente se impusieron a todos nuestros países, cuyas consecuencias violentas y corruptoras –al par de su ineficacia– son seria y crecientemente preocupantes. Basta pensar las consecuencias de la política imperante en México y Colombia, para justificar la nominación de Louk al Nobel y la noble intencionalidad de los promotores de su candidatura, en un desesperado intento por llamar la atención acerca de otra posible dirección en la materia.

La obra escrita del catedrático emérito de Rotterdam se halla desperdigada en artículos publicados en holandés, inglés, francés, alemán, portugués, italiano y castellano, que sería muy interesante recopilar. El elenco completo de éstos hasta hace seis años, puede verse en el 'Bulletin de la Société Internationale de Défense Sociale pour une Politique Criminelle Humaniste', *Mélanges en l'honneur de Louk Hulsman*, 2003, págs. 274-278. Lola Aniyar de Castro

En cuanto a este poder de definición, llamaba la atención acerca de la analogía entre el poder centralizado de la Iglesia Católica y el del sistema penal. Es históricamente incuestionable que el poder punitivo renació en los siglos XII y XIII con el inquisitorio, cuyos rasgos perduran hasta el presente y pendularmente se acentúan y se atenúan.

Mucho se ha especulado sobre las influencias teóricas que nutren sus planteos abolicionistas. Se lo ha comparado con Dorado Montero, se ha afirmado que es el resultado de la recepción de la criminología crítica y hasta se lo ha presentado como su propuesta más radicalizada, se pensó en su vinculación con algunas corrientes anarquistas y se lo señaló en forma nebulosa como pensamiento de izquierda.

Si bien es cierto que las teorías no surgen de la nada, sino que siempre pensamos sobre los hombros de otros, tampoco nada autoriza a una interpretación reduccionista del pensamiento hulsmaniano como producto de alguna teoría anterior o contemporánea, aunque por efecto de la premisa que acabamos de señalar puedan hallarse trazos de algunas de ellas en sus obras.

La identificación con Dorado Montero sólo es posible en cuanto a su negación de la onticidad social del delito, pero en ningún momento sostuvo la necesidad de un derecho público a una injerencia educadora sobre el protagonista de la situación problemática, como lo postulaba el generoso castellano o

luego Filippo Grammatica. Sin duda que conocía la vertiente de la criminología crítica y radical, pero no postulaba ningún cambio social radical, aunque como telón de fondo pudiera entreverse cierto pensamiento verde y pacifista. No pretendía la desaparición del estado y tampoco negaba la necesidad de la función policial de seguridad, por lo que no es correcto señalarlo como tributario del anarquismo.

En cuanto a la adjetivación de izquierdista, el término resulta demasiado vago en el presente. Si por tal se entiende un pensamiento progresista y democrático, que postulaba una ampliación constante de la base ciudadana y el respeto a la igualdad y a la dignidad de la persona en todos sus aspectos, la caracterización es válida. Pero si con ello se quiere significar que el abolicionismo de Hulsman se vincula a ideas socialistas y anarquistas, no es correcto, y menos lo es si se pretende que todo el abolicionismo responde a esas orientaciones políticas. Cabe recordar que el antecedente más cercano de este movimiento en el siglo XIX no pertenece a esta vertiente, aunque nos consta personalmente que Hulsman no lo había tomado en cuenta: se trata del libro del periodista Émile de Girardin, 'Du droit de punir', publicado en París en 1871, cuyo autor estaba espantado ante los hechos de la Comuna de París.

La verdad es que Hulsman nunca se ocupó de aceptar, refutar o discutir esas interpretaciones. Al igual que los artistas que crean y dejan que los críticos interpreten, permaneció casi inmutable frente a estas identificaciones y, por cierto, su pensamiento luce y brilla con originalidad propia. En definitiva, prefería siempre apelar al sentido común y exhortar a la racionalidad de su interlocutor, sin invocar ninguna teorización, lo que lo hacía muy poco aficionado a las citas de autoridad. Como máximo puede señalarse una influencia de la sociología fenomenológica, en especial en cuanto a la construcción de la realidad por la comunicación masiva.

El peso de sus planteos racionales se hizo sentir sobre muchos de nosotros. Es incuestionable que en el penalismo y en la criminología de América Latina fue impactante la presencia no sólo intelectual sino también humana de Alessandro Baratta y de Louk Hulsman. En lo personal debo agradecer a la lectura de estos autores y fundamentalmente de Criminología crítica e crítica del diritto penale y de Peines perdus. 'Le système pénal en question', como también a las conversaciones con ellos, que me llevasen a replantear los fundamentos mismos del derecho penal y a intentar -desde 'En busca de las penas perdidas' (1989)- su reconstrucción renunciando a cualquier legitimación del poder punitivo, como forma de revincular la criminología con el derecho penal, lo que a la vuelta de los años verifico que no es más que el intento de bajar el derecho penal de una pretendida lógica normativa pura -que en el fondo no existe- y reinsertarlo en el mundo real (que es el único que existe).

Los latinoamericanos debemos agradecerle a ambos maestros su preocupación por nuestra región y que la frecuentaran con real interés y afecto.

Pese a su emeritación, Hulsman nunca abandonó la verdadera actividad docente, sino que la amplió al mundo, por el que se desplazaba sin cesar pregonando su teoría. Su vocación de maestro le llevaba hasta países muy lejanos, donde siempre estimulaba a discípulos y seguidores, aguijoneando a quienes quedaban desconcertados frente a sus respuestas siempre desconcertantes, pero racionales y pacifistas.

Recuerdo a Louk - con su atuendo informal- como una figura infaltable en todos los eventos importantes e incluso en los no tan importantes. Creo haberlo encontrado en París, El Cairo, Roma, Medellín, Bogotá, Quito, Siracusa, México, Budapest, Toledo, Rio de Janeiro, San Pablo y, por supuesto, en Buenos Aires. Quizá olvide algún encuentro, pues fueron muchos a

*Cuando un amigo se va
queda un espacio vacío,
que no lo puede llenar
la llegada de otro amigo.*

Con todo su vigor intelectual y su alegría vital murió nuestro querido Louk, maestro de vida. Tuvimos el privilegio de contarle como socio fundador de El Agora y gozar de su compañía desde nuestra primera actividad en noviembre 1996.

Todo lo que nos ofrece el mundo: una explosión volcánica, una hoja, un árbol, un pájaro, una montaña, una nube y todo lo que esta detrás y delante de ella, era motivo de alegría para él.

Todo lo que sucede, todo lo que se mueve, cambia y permanece, lo que le pasa a la gente, al mundo y sus circunstancias era motivo de interés para Louk que vivió contagiando sus pasiones y mejoró nuestra vida y la vida que nos rodea.

Rafael Dunayevich

lo largo de los casi veinticinco años de trato frecuente. Por su parte, me relataba sus viajes a Indonesia, Nueva Zelanda, Australia y el Tibet, entre otros.

No faltaba a las reuniones de las cuatro grandes Asociaciones Internacionales, pronunciaba conferencias, participaba en congresos y simposios, organizaba y promovía los seminarios internacionales de abolicionismo y en todos lados enseñaba con su ejemplo de vitalidad y optimismo, incluso en cuantas ocasiones sociales se le presentaban. Se complacía en compartir y conversar, lo que era resultado natural y espontáneo de su carácter afable, de su trato llano y simple y de su peculiar facilidad comunicativa.

La prédica de su abolicionismo era constante y su firme convicción lo llevaba rechazar airadamente las críticas que, ante la carencia de respuestas, creían poder descalificarlo mediante la imputación de utopía.

Casi todos los años pasaba cerca de un mes en la Argentina, rodeado de estudiantes y profesores, conviviendo con nosotros, interesándose por nuestras vidas y estableciendo rápidos vínculos de empatía. Aunque no dominaba el castellano, lograba comunicarse con todos, se extasiaba recorriendo el barrio al punto que siempre preguntan por él los comerciantes, los familiares y amigos que nunca se ocuparon de cuestiones penales ni criminológicas, los trabajadores que lo atendían, los choferes que lo llevaban. Les hablaba en holandés a los perros y a los gatos porque sostenía que lo comprendían mejor y, por cierto que lograba una relación interesante con ellos.

Apasionado de la jardinería, cuidaba con esmero su espléndido jardín en Dordrecht, pero también lo hacía en cuanto espacio verde encontraba en nuestras casas mientras se hospedaba. Nos dejaba bulbos y semillas traídos de contrabando, que hoy nos lo recuerdan cada vez que florecen las plantas que de ellos crecieron.

Sus deudos lo despiden con una misiva en que lo califican como gardener of the World till the last moment open and connected always working towards more humanity. En verdad, así lo recordaremos: infatigable jardinero de ideas y perplejidades, derrochando vitalidad y curiosidad.

Nos faltará su calma racionalidad de respuesta y su risa franca, tanto como su sonrisa -a la vez irónica y piadosa- ante los disparates. Nos deja un enorme vacío, producto inevitable de la formidable lección de vida que dejan los maestros.

Dossier

Atención Primaria de la Salud.

¿De dónde viene? ¿Cuándo nació? ¿A dónde va?

Por el Grupo APS/Salud Internacional - El Agora*.

“La salud del pueblo está más segura en manos del pueblo. El objetivo es capacitar a los individuos y las comunidades con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para proteger su propia salud”.

Dr. John Oommen de Orissa, India.

Consejo Mundial de Iglesias. Ginebra, mayo de 2003.

<http://www2.wcc-coe.org/pressreleasessp.nsf/index/pr-03-19.html> visitado 22 de marzo 2009.

*El documento es el resultado de los debates y posiciones de un grupo Ad Hoc de investigación sobre APS dentro del equipo de Salud Internacional. Participaron Bagnasco Eugenia, Bauman Ingrid, Bertoloto Analía, Burgos Candela, Farioli Sabrina, Ferreira María Pía, Fuks Ana, Harrington María E., Iparraguirre Martina, Jait Andrea, Latorraca Martín, Mc. Cormick María, Perez Panelli Sebastián; sistematización Rovere Mario.



//Visita del Agente Sanitario.

De una manera u otra la Atención Primaria de la Salud (APS) ha atravesado el firmamento de la salud pública de los últimos 30 años y aún en sus luces y sombras, se ha constituido en una de las propuestas más potentes y estables de reforma del sistema sanitario en el mundo.

Una creciente proporción del personal de salud, una mayor proporción de los insumos, tecnologías y financiamiento se dedican a experiencias genéricamente denominadas de primer nivel, casi no hay discurso sanitario que pueda obviar la APS. Sin embargo, la desconcentración de actividades y la reducción del peso relativo de los hospitales, es moneda corriente en diferentes países y en diferentes subsectores. Se trate de sistemas de salud a lo Beveridge, seguros universales a lo Bismarck, sistemas mixtos o aún con una enorme presencia del sector privado, la APS aparece como eje de cambios en el sector salud de la mano de cierta visión o imagen de carácter más general y cierta inespecificidad que permite albergar un amplio conjunto de imaginarios.

Varios son los interrogantes que plantea la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de 1978. Al respecto cabe preguntar.

Sobre su origen:

¿Si fue consecuencia del espíritu de una época?, ¿Si logró por su inicial asociación con la meta “Salud para Todos” reunir las expectativas de mayor equidad o canalizar cierta incomodidad con las injusticias más flagrantes de la época? ¿Si esa misma meta fue un acierto comunicacional al atrapar las expectativas milenaristas implícitas al mentar 25 años antes el año 2000? ¿Si tuvo la virtud, bajo cierta indefinición, de albergar movimientos diferentes pero en última instancia convergentes?

Sobre su contenido y alcance:

¿Si expresó un anuncio precoz del agotamiento de una forma de hacer medicina?, ¿Si encontró un lenguaje que la conectara con las medicinas tradicionales?, ¿Si abrió un espacio académico de docencia e investigación más cerca de la gente?, ¿Si encontró formas de entroncar con las luchas populares y los emergentes movimientos sociales del período?, ¿Si sedujo por su sencillez?, ¿Si fortaleció las ideas reformistas mostrando que se pueden cambiar indicadores sanitarios aún sin cambios profundos en la distribución del ingreso?

Sobre su fortaleza:

¿Si el miope ataque del Banco Mundial (1993) con su, a la postre, efímera iniciativa de focalización sirvió para resaltar sus virtudes?

“La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Declaración de Alma-Ata. Punto VI.
OMS/UNICEF
URSS, 1978.

Sobre su vigencia:

¿Si es más necesaria que nunca?, como lo ha expresado la OMS (2008).

No es sencillo elegir algunas de estas respuestas pero, tal vez, como aprendimos en los exámenes de elección múltiple, “todas las opciones anteriores sean correctas” de una u otra manera ya que, en última instancia parece ocurrir que la atención primaria para muchos gobiernos, para muchas organizaciones y para muchos ciudadanos y ciudadanas del mundo es aquello que uno quiere que sea.

Si bien dista mucho el logro de la meta “alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (1977), se han producido importantes fenómenos de transformación sanitaria en nombre de la APS, aún discutiendo esta denominación, que es igualmente una forma de eficacia. A este movimiento, de alguna manera inorgánico, probablemente debemos atribuir:

- Cambios significativos en muchos indicadores sanitarios a escala mundial.
- Un incremento muy significativo del personal de salud que se desempeña profesionalmente fuera de los hospitales y una inclusión progresiva de nuevas categorías laborales especializadas en el trabajo comunitario.
- Una necesaria redefinición de las prácticas de muchas profesiones de salud, incluyendo la propia medicina con nuevas especialidades (generalistas, médicos de familia) o desconcentrando las especialidades transversales (pediatría, clínica, obstetricia, psiquiatría, geriatría) nuevas prácticas odontológicas, psicológicas, de enfermería, etc.
- Incorporación masiva de personal de origen en sus propias comunidades para hablar de promotores, agentes sanitarios, o como se los designe en cada país o región. Muchos de ellos trabajando en escenarios de práctica coincidentes con los ámbitos en donde su propia población vive, estudia, trabaja, o se reúne; incluso en ocasiones acompañando a las poblaciones cuando esta es nómada o migrante.
- Un puente de diálogo entre la salud pública, la medicina y otras carreras de salud que no había ocurrido con otros campos de conocimiento, más herméticos o más elitistas.
- El desarrollo de “tecnologías apropiadas” desde aquella de impacto masivo en el período: sueros de hidratación oral, nuevas vacunas como la triple viral, nuevos sistemas de potabilización

“En general, las personas gozan de una salud mejor, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años. Si las tasas de mortalidad en la niñez fueran hoy las mismas que en 1978, en 2006 se habrían registrado 16,2 millones de defunciones infantiles en todo el mundo. En realidad, el número de tales defunciones fue de sólo 9,5 millones. Esa diferencia de 6,7 millones equivale a salvar la vida de 18 329 niños cada día.

El concepto otrora revolucionario de medicamentos esenciales se ha convertido en algo común. Se han registrado avances notables en el acceso al agua, el saneamiento y la atención prenatal. Eso demuestra que es posible hacer progresos”.

OMS. Informe Mundial de la Salud. (2008)

de agua, hasta una cierta tendencia en el complejo médico industrial por desarrollar tecnologías “portátiles” revirtiendo la tendencia a la hiperconcentración tecnológica en los hospitales.

- La multiplicación de centros de salud, de experiencias programáticas y otras instalaciones desconcentradas incorporándose como equipamiento social cerca de las poblaciones más vulnerables.
- La presencia de experiencias de participación social de carácter auto-gestivo, co-gestivo o de control social o comunitario al funcionamiento de los sistemas de salud.
- El desarrollo de experiencias locales articuladas con otros sectores como medio ambiente, agricultura, educación, vivienda, alimentación, economía social, protección a la infancia, cultura, entre otros.

MOMENTOS INICIALES Y LOS ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Una serie de iniciativas sanitarias por fuera o en paralelo con el lento surgimiento del hospital moderno fueron surgiendo en la historia de la salud pública, varios de ellos podrían considerarse antecedentes de la Atención Primaria.

Enfermeras visitadoras o de Salud Pública

Aunque las enfermeras de salud pública pueden considerarse una especialidad propia del siglo XX sus prácticas tienen raíces en períodos más remotos. Esto fue puesto de manifiesto en el siglo XIX en donde surgen fuertes iniciativas “bajo el impulso del iluminismo”, con el impulso surgido del “deseo de mejorar la situación de salud de los pobres proveyéndoles con información que pueda facilitar que se ayuden a si mismos”.¹

La llegada del agente de salud al domicilio ya había quedado consagrada en el siglo precedentes bajo un extraño privilegio luego de la promulgación de la Carta Magna “el agente de salud tiene más poder que el rey ya que puede entrar a la casa de los súbditos”. Una forma de llamar la atención sobre la suspensión de derechos que prevalecía cuando una conducta caracterizada normalmente como doméstica o privada ponía en riesgo la salud pública. El poder de policía sanitario fue descrito por Peter Frank en el siglo XVIII

y naturalmente este poder se exacerbaba en caso de epidemias y los climas sociales que éstas suelen producir.

El protestantismo por un lado y el impulso combinado del iluminismo racionalista y el mercantilismo estaban creando interfaces y sinergias que se están produciendo con la difusión de la educación, -para que todos puedan leer la Biblia en su propia lengua- y dentro de un marco que comprendía que avanzar en la salud de madres y niños tiene todo que ver con la educación. “Los objetivos deseados pueden ser obtenidos por la difusión del conocimiento, estimulando las acciones, y en último análisis por lograr cambios en las conductas individuales y grupales”.²

La posibilidad de contar con promotoras, aprovechando la capacidad de persuasión de las mujeres como ya estaba ocurriendo en la educación era una tentación demasiado fuerte. “Entre 1854 y 1856 La Sociedad de Epidemiología de Londres promovió un plan para entrenar mujeres pobres adecuadas para ir a las comunidades y cuidar de los pobres. Se entendía que si la cuidadora era de la misma clase social que los pacientes, “ella” sería capaz de hacer su trabajo en forma más efectiva.”³

Una curiosa forma de introducir eficiencia y sustentabilidad en los programas parece tener que ver con la existencia de la organización territorial y de la supervisión. La experiencia de Londres fracasó, pero al poco tiempo fue Liverpool la que siguió el ejemplo esta vez incorporando, a sugerencia de un pastor Quakero, el concepto de distritalización y agregó una segunda mujer (probablemente de clase más alta) con el nombre de “Lady visitors” para tareas que hoy podrían definirse como de servicio social. La experiencia de Liverpool se consiguió estabilizar y para 1864 ya estaba siendo replicada en otras ciudades del país.

Es posible encontrar en estas experiencias pioneras muchos de los desarrollos posteriores de profesiones hoy muy relevantes y presentes en casi todos los países como enfermeras de salud pública, visitadoras de higiene, obstétricas, trabajadoras sociales y nutricionistas, entre otras.

Modelo epidemiológico vectorial

Ya desde comienzos del siglo XX una organización de neta influencia militar fue aplicada como medida de salud pública. Como consecuencia de la invasión norteamericana a Cuba y aprovechando el descubrimiento precoz realizado por Carlos Finlay, sobre la participación necesaria del vector *Aedes Aegypti* en la transmisión de la Fiebre Amarilla, el ejército norteamericano organizó una “campana” de carácter territorial parcelando la ciudad, removiendo los nichos de reproducción del mosquito, drenando y agregando petróleo o aceites sobre aguas en zonas de difícil drenaje. El éxito de esta campana de la mano

1 Rosen, History of Public Health. John Hopkins University press. Baltimore, 1993. pp351.

2 Rosen, op cit pp 350.

3 Rosen, op cit.

de Gorgas un militar con gran experiencia de campo en la ciudad de La Habana⁴ hizo rápidamente soñar que la frontera “natural” que producían las llamadas enfermedades tropicales podían ser superadas.

Se produjo un inmediato llamado de atención mundial sobre estos resultados ya que La Habana era para la época una ciudad puerto central en las frecuentes oleadas de difusión de la enfermedad.

Escasos años después Oswaldo Cruz aplicaría estas mismas medidas para limpiar el puerto de Río de Janeiro y su prestigio llegaría a ser tan grande que con su “ejército sanitario” pudo arremeter además sobre la malaria, la peste bubónica y hasta el Chagas. Curiosamente fue su intento de incluir entre las funciones de este ejército la vacunación antivariólica la que le generó más polémicas y problemas políticos cuando la reacción popular contra el gobierno en el que participaba se galvanizó contra la “vacuna obligatoria”.⁵

En efecto, la incorporación de la vacunación obligatoria contra la viruela que comienza a generalizarse a partir de 1910 significó en muchos casos una nueva función de los agentes de salud que en varios países fue muy resistida ya que, esto significaba pasar de intervenciones en el ambiente a intervenciones en el cuerpo. Algo en la época admitido con reservas a médicos y enfermeras.⁶

Para entonces quedaría asociada la salud pública con la “guerra”, en este caso contra los vectores y en consecuencia con una matriz de pensamiento militar, especialmente en las zonas tropicales o en las áreas rurales -entonces vitales para algunas industrias como la automotriz -altamente dependiente del caucho natural- de Venezuela y Brasil o en las grandes obras de ingeniería, como el canal de Panamá una obra viabilizada sólo a partir de los avances de la salud pública.

Programas integrales con personal comunitario

Una buena parte de la terminología de los programas de salud –incluso los no vectoriales– quedó impregnada de esos orígenes. Términos como campaña, población objetivo, impacto, operaciones, brigadas se hicieron habituales.

Cuando algunas enfermedades tropicales comenzaron a retroceder quedaron verdaderos “ejércitos con capacidad ociosa” estimulando que muchas de estas iniciativas derivaran fundamentalmente en programas de “medicina simplificada” (tal como se lo conoció en Venezuela), con cierta influencia de las experiencias de Rusia que desde el siglo XIX contaba con un trabajador rural denominado feldsher, una categoría profesional absorbida y profesionalizada luego por la organización sanitaria de la URSS. Se pueden mencionar también experiencias en Argelia o

4 En referencia a este ítem ver Sacchetti L. y Rovere M. La Salud Pública en las Relaciones Internacionales: Cañones, Mercancías y Mosquitos. Ed. El Agora. Córdoba, 2006 OY.

5 Scliar M. Sonhos. Tropicais...Companhia das Letras. San Pablo, 2004.

6 Scliar M. Op. cit.

de Salud Rural en Argentina y otros países de América Latina⁷, con agentes sanitarios ahora polivalentes trabajando casa por casa, con acciones de inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, nutrición, detectando y controlando malaria, tuberculosis, hanseniasis y otras enfermedades endémicas, mejorando el saneamiento rural, promoviendo huertas familiares, entre otras acciones que se desarrollaron en la década de los ‘50 y ‘60. Muchos de estos programas cambiaron su nombre a principio de los ‘80, luego de la declaración de Alma-Ata por el de programas de Atención Primaria de la Salud.

La Alianza para el Progreso fue también un motor de programas sanitarios de base fortaleciendo por su concepción de desarrollo a los sectores educación y salud y a una iniciativa de intersección denominada Educación para la Salud que luego quedó en parte reabsorbida en los movimientos de Promoción para la Salud.

La dimensión de interculturalidad, otra tradición convergente, promovió la capacitación de matronas o parteras tradicionales y seguramente nadie la llevó por su complejidad y masividad más lejos que China a partir del conocido pero poco comprendido Movimiento de Médicos Descalzos.⁸

La organización territorial del Informe Dawson

La presentación en 1920 del informe de la comisión presidida por Bertrand Dawson en Gran Bretaña también constituye un antecedente significativo de organización sanitaria territorial con la creación de Distritos Sanitarios con centros de primer, segundo y tercer nivel.

Inspirado en el rol central de las iglesias protestantes fuertemente vinculadas a los Estados en Inglaterra y en otros países de Europa en cuanto a la organización del territorio y en los registros demográficos. El concepto de Centro de Salud, con un cierto desarrollo arquitectónico y con estrechas conexiones con otros niveles de atención, se incorpora progresivamente al equipamiento social de las comunidades. La figura del médico local, “general practitioner” como un verdadero párroco laico, se adelanta al surgimiento del Servicio Nacional de Salud en Gran Bretaña y ofrece al mismo tiempo otra tradición que se suma a las vertientes de la Atención Primaria conocida en la época como Atención Médica Primaria.

Desde entonces la planificación regional, la distritalización y la organización territorial de los servicios de salud fueron ganado terreno en el campo sanitario en diversos países y bajo diferentes regímenes y formas organizativas.

El movimiento de instalación de un médico que en parte recupera la tradición del médico de cabecera con formación generalista o centrado en los problemas de salud de la familia antecede pero se verá fuertemente fortalecido después del lanzamiento de la Atención Primaria en 1978.

La perspectiva misional- El consejo mundial de iglesias

El carácter idealista de las declaraciones de los organismos internacionales suele ser una norma para construir consensos y la declaración de Alma Ata no es una excepción. Sin embargo, el carácter cuasi religioso de sus enunciados y de algunas de sus implementaciones está expresamente reclamado por el propio Consejo Mundial de Iglesias.

7 Ver Alvarado, Carlos. Pautas para la Cobertura de las Poblaciones Rurales en Sonis. A. Medicina Sanitaria. El Ateneo. Buenos Aires, 1978.

8 Este concepto fue peyorativamente utilizado contra aquellas Facultades de medicina que en los ‘70 y ‘80 reorientaron sus currículas hacia la atención primaria las que fueron acusadas de querer formar “médicos descalzos”.

“En realidad, los programas de salud relacionados con las iglesias que fueron los miembros originales de la Comisión Médica Cristiana, establecida en el Consejo Mundial de Iglesias (CMI) en 1968, inventaron el concepto de atención primaria de salud bastante antes de aquella conferencia. Los estudios realizados (1973-75) para preparar Alma Ata recurrieron a varios de sus programas como ejemplos de trabajo exitoso en este campo.”

“En 1974, el Dr. Halfdan Mahler, a la sazón director general de la OMS, estableció un comité conjunto con el director de la CMC, James McGilvray, y el entonces director de la División de Misión Mundial y Evangelización del CMI, Rev. Lesslie Newbiggin, para estudiar la cooperación en cuestiones “de interés mutuo”. Estas reuniones llevaron a la OMS a formular más tarde los principios de la atención primaria de salud.”

Combinando tradiciones

Una serie de elementos conceptuales, doctrinarios y teóricos se entremezclan en el espíritu y la letra de Alma Ata capitalizando la experiencia de casi tres siglos de historia sanitaria:

- el derecho de llegar al domicilio especialmente cuando la salud pública está en riesgo
- la extensión y multiplicación de las vacunas impulsada por la erradicación de la viruela.
- la extensión (por períodos con ciertos retrocesos) de la lucha contra los vectores.
- el movimiento de Atención Médica primaria con el desarrollo de médicos generalistas o de familia.
- la biopolítica implícita en la intervención sobre la sexualidad, sobre las pautas reproductivas, sobre la medicalización del embarazo, parto y puerperio, sobre la puericultura y las pautas de crianza.
- los “permisos” obtenidos por el campo de la salud rural para no respetar ni atenerse a los territorios alambrados de las profesiones y de las especialidades, que operan en un delicado equilibrio de incumbencias en las zonas urbanas, con el argumento irrefutable de la falta absoluta de recursos y/o la no disposición de los profesionales de radicarse en las áreas rurales.
- el desarrollo de tecnologías “apropiadas” utilizando los mismos permisos.
- la laboriosa y resistida incorporación de las medicinas tradicionales y/o alternativas.
- la formación de recursos humanos de extracción comunitaria, de la misma clase social y cultura que su población a cargo.
- la expectativa de cambiar los indicadores sanitarios más desfavorables con acciones específicas aún sin modificaciones en las condiciones sociales.
- programas verticales por patología vs programas transversales, horizontales basados en las comunidades y en los servicios de salud.

ENTENDIENDO LA REUNIÓN DE ALMA ATA

La reunión de Alma Ata se produce en un año muy particular para la OMS y para la Salud Pública en general. A 200 años del reconocimiento científico de la vacuna antivariólica, la viruela es declarada “erradicada” lo que genera una enorme expectativa que la ciencia en general y las vacunas en particular pudieran una a una arrinconar o erradicar a las grandes enfermedades que afectan a la humanidad.

El contexto de Guerra Fría está entrando en una nueva etapa; luego de haberse alejado de la OMS por algún tiempo, la URSS regresa con la idea de difundir sus logros sanitarios en un tiempo en que los resultados de China en este campo están sorprendiendo al mundo. La década del 70, declaraba hace poco el Dr. Halfdan Mahler, entonces Director de la OMS, “parecía más proclive a hablar de justicia redistributiva”. Los países exportadores de materias primas liderados por los productores de petróleo (OPEP) estaban ganando terreno en mejores precios y términos de intercambio, y las conversaciones para frenar la carrera armamentista parecía estar dando resultado para liberar recursos destinados a la inversión social. Esto distaba de ser una fantasía ya que, la

//Lo cierto es que independizada de un compromiso por la equidad, de un compromiso por el derecho a la salud la APS corre serios riesgos de ser instrumentada como un componente más de carácter compensatorio dentro de sistemas de salud fragmentados y no universales.//

experiencia de Costa Rica, un pequeño país de renta moderada y sin ejército era utilizada como un ejemplo de Estado de Bienestar. Las descripciones de Halfdan Mahler, de David Tejada Rivero y del mismo Edward Kennedy respecto a las intimididades de preparación de la reunión ayudan a entender el clima y las relaciones geopolíticas que van a posibilitar la cumbre e influir en su resultado.⁹

Al recordarse los 25 años de Alma Ata, Edward Kennedy recordaba: “Fue un privilegio participar en la primera conferencia internacional de atención primaria...” “...Delegados de 137 países y 67 organismos internacionales acordaron que es inaceptable que la amplia mayoría de la población del mundo carezca de cuidados básicos. La triste verdad de la vida moderna es que los chicos en las naciones desarrolladas pueden vivir una vida saludable y productiva mientras que la mayoría de los niños en los países en desarrollo sufren y frecuentemente mueren precozmente de enfermedades tratables. Las naciones del mundo tienen la solemne obligación de revivir la declaración hecha en Alma Ata. Millones de personas están en peligro. Brindar cuidados de salud decentes es una oportunidad

⁹ Declaraciones recientes de H. Mahler ver en <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/index.html> visitado 2 de abril 2009. Declaraciones de D. Tejada de Rivero en <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/almaata25anhosdespues.pdf>

única de lograr aquel sueño largamente anhelado.”¹⁰

La elección de una república soviética limítrofe con China y la enemistad manifiesta entre la URSS y ese país en aquel período posiblemente explica la notoria ausencia de éste último país. Los esfuerzos posteriores de la OMS por incluirlo y los intentos de los operadores de la APS selectiva por sumarlos fueron notorios¹¹.

El concepto de Salud para Todos y el de Atención Primaria

La meta Salud para Todos en el año 2000 fue un acierto político y comunicacional introducido por el Dr. Mahler en 1975. La Asamblea de la OMS la aprobó en 1977 y ésto creó las bases políticas para la Conferencia Internacional que la propia URSS estaba propiciando. La idea de la APS como un medio, como una estrategia para alcanzar Salud para Todos conformaba un binomio inseparable pero al poner la meta con énfasis en el año 2000 lo que al principio fue una fortaleza se transformó en una debilidad e incluso en objeto de burla al acercarse y atravesar esa fecha límite tan significativa.

Lo cierto es que independizada de un compromiso por la equidad, de un compromiso por el derecho a la salud, la APS corre serios riesgos de ser instrumentada como un componente más de carácter compensatorio dentro de sistemas de salud fragmentados y no universales.

La denominación de ‘Atención Primaria de Salud’ -en español una mala traducción de Primary Health Care- trajo muchos mal entendidos. Surgió de una percepción sesgada y errada de algunos de los componentes formales de las experiencias antes mencionadas y sobre todo de la experiencia china de los “médicos descalzos”. Su comprensión superficial y simplista contribuyó a una muy restringida interpretación conceptual. Especialmente el concepto de primario -primario o primitivo según el título de un difundido artículo de Mario Testa en los ‘Cuadernos Médico Sociales de Rosario’- trajo muchas confusiones según David Tejada de Rivero “En lo lingüístico, el término ‘primario’ tiene diversas y hasta contrarias acepciones”. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo “primitivo, poco civilizado”; y la otra a “lo principal o primero en orden o grado”. Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término “primario” en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda.” En la Declaración también se señalaba que la atención primaria de salud “forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial)”; y es

“la función central y el núcleo principal” de “todo” el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.”¹²

“El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

Declaración de Alma-Ata. Punto II
OMS/UNICEF
URSS Año 1978

Dimensiones políticas de APS

En poco más de treinta años que este concepto echó a rodar en el mundo de la salud pública miles de experiencias se cobijaron bajo su nombre y océanos de textos, declaraciones y evidencias se acumularon hasta obtener suficiente evidencia sobre su potencial transformador.

No fue sin embargo un período apacible. A poco menos de dos años del pronunciamiento histórico de Alma Ata, Ronald Reagan asumió la presidencia de los EE.UU. y junto con Margaret Thatcher, Primer Ministro de Gran Bretaña, encabezaron lo que se denominó la revolución conservadora que logró en pocos años desmontar todos los avances del Nuevo Orden Internacional que había asomado en los ‘70 con la estrategia de los clubes de productores de materias primas.

Los mismos organismos internacionales fueron instrumentados por este eje conservador redefiniendo rápidamente el rol de las denominadas instituciones de Breton Woods (Banco Mundial y FMI) colocando a la entonces díscola UNESCO al borde del cierre y rompiendo la alianza de UNICEF con la OMS que habían sido el sustento institucional de la reunión de Alma Ata.

El concepto era por un lado muy potente y por otro estaba re-denominando un conjunto de estrategias sanitarias que preexistían y que sintieron la fuerza de una estrategia pero sobre todo el mensaje implícito de igualdad y justicia que traía la meta Salud para Todos en el año 2000.

El carácter idealista de la meta y de la propia Atención Primaria parece por un lado inherente al pronunciamiento de los organismos internacionales pero, además, en este caso hay influencias adicionales que parecen provenir del carácter religioso de sus antecedentes reclamados justamente por el Consejo Mundial de Iglesias quien se adjudica la paternidad de la criatura utilizando el nombre APS desde fines de los ‘60 y por los propios Directores de la OMS y del UNICEF en 1978 vinculados fuertemente a iglesias protestantes.

La paradoja en este caso es que la denominada estrategia de APS -ahora sabemos que en forma intencionada- no estaba formulada en términos estratégicos. Es decir sin identificar actores, intereses en juego, conflictos potenciales, aliados, etc. La ausencia de una noción de campo no permitió a los entusiastas adherentes gobiernos, movimientos sociales, partidos políticos, corporaciones profesionales prepararse para lo que ha resultado ser una tremenda pelea.

No faltaron especulaciones y acuerdos políticos que posibilitaron

¹² Tejada D. Op. Cit.

¹⁰ http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_kennedy.htm declaración del Senador Edward Kennedy a 25 años de Alma Ata. Traducción propia.

¹¹ Halstead S, Walsh J, Warren K. Good Health at Low Cost. Rockefeller Foundation. New York, 1985.

aquella reunión en Kazajistán, por entonces una República de la URSS. La conjunción política de directores con una fuerte formación humanista y muy vinculados a la Social Democracia europea, el apoyo de los demócratas de EE. UU. en ese momento en el gobierno (Jimmy Carter) con una política internacional de defensa de los derechos humanos, las negociaciones por el desarme que abrían esperanzas dentro de los equilibrios de la Guerra Fría y la ya mencionada mejora de los términos de intercambio entre países del Sur y del Norte permitían avizorar un horizonte interesante.

De hecho la declaración de Alma Ata hace referencias implícitas a la reasignación para la meta de parte del presupuesto militar que quedaría vacante por los acuerdos de frenar la escalada armamentista y mencionan el por entonces llamado Nuevo Orden Económico Internacional.

Coincidentemente en el mismo año los países de América Latina habían alcanzado un acuerdo para promover la estrategia de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo una estrategia muy relevante y sinérgica con la APS y sumamente útil para diversificar y complejizar los modelos de desarrollo que rápidamente encontró resistencias de los países del G8.

Ya en 1979 Walsh J y Warren K. habían publicado en el *New England Journal of Medicine* un artículo con el sugestivo título de "Atención Primaria de la Salud Selectiva: una estrategia para el control de enfermedades en los países en desarrollo". Cinco años después los organizadores de una conferencia con patrocinio de la Fundación Rockefeller en Bellagio, Italia afirmaban en el prólogo que: "La declaración de Alma Ata ha parecido a muchos que presenta dificultades

//En Argentina como en otros países que vivieron en dictadura durante parte de las décadas de los 70s y 80s la APS fue rescatada y redefinida de sus componentes expresamente reprimidos -participación social, intersectorialidad, interdisciplinas- a través de actividades académicas.//

que imposibilitan los objetivos de salud a los países más pobres... En otra parte rematan en un claro mensaje: *Un alto nivel de actividad económica no es esencial para el éxito de programas orientados al mejoramiento de la vida humana*. Otros factores pueden ser más importantes. Son esos factores los que serán explorados en este trabajo "Buena Salud a Bajo Costo".¹³ En esta reunión participan como invitados para compartir su experiencia China, Costa Rica, Sri Lanka y Kerala.

A comienzo de la década de los '80 USAID, la agencia

13 Halstead S, Walsh J, Warren K. Op.cit.

de Cooperación de los EE.UU., había descubierto una curiosa aplicación de la APS coincidente con sus principios doctrinarios. La APS podría constituir una nueva agenda para el sector público que finalmente encontraría temas pertinentes de que ocuparse, a cambio de lo cual se retiraría progresivamente de la prestación directa de servicios de salud de segundo y tercer nivel para dejarlo en manos del sector privado. La idea no fue inicialmente tomada en serio pero preanunciaba lo que años después se impondría a muchos países con la "ayuda" de los organismos financieros internacionales.

La OPS que en 1972 había aprobado su Plan Decenal, intentó empujar la concepción de la APS en las Américas hacia sus dimensiones más estratégicas. En una influyente publicación en 1980 justamente llamada "Estrategias" marcaba la atención sobre lo que hoy podría llamarse un verdadero programa de reformas sectoriales incorporando en el centro del debate de APS elementos tales como Recursos Humanos, Participación Social, Tecnologías Apropriadas, Extensión de Coberturas o Reorientación del financiamiento sectorial.

Años después Juan J. Barrenechea y Emiro Trujillo Uribe en un texto publicado por la Facultad de Salud Pública de Antioquia insistirían en la necesidad de desidealizar el discurso de APS e incorporar elementos estratégicos para su concreción.¹⁴

Al promediar la década de los '80 ya había señales muy concretas de la pérdida de velocidad de los cambios propuestos por Alma Ata y la OMS se preparó para un escenario desfavorable llamando a los países a proteger las mayores o menores conquistas que habían logrado mediante una estrategia de descentralización. Distritos de Salud, traducido en las Américas como Sistemas locales de Salud-SILOS. Fue prácticamente la última gran indicación de Mahler a poco de abandonar su fértil período de más de una década al frente de la OMS.

En Argentina, como en otros países que vivieron en dictadura durante parte de las décadas de los '70 y '80, la APS fue rescatada y redefinida de sus componentes expresamente reprimidos -participación social, intersectorialidad, interdisciplinas- a través de actividades académicas.¹⁵

En el caso de Bolivia, hasta ese momento la experiencia más importante de participación social del continente fue liderada por el Dr. Javier Torres Goitia generando un proceso que ha mantenido su influencia hasta nuestros días posibilitando hoy nuevos desarrollos. En Perú el Dr. D. Tejada tuvo la oportunidad como Ministro de aplicar los mismos conceptos que había ayudado a consensuar, con fuertes procesos de descentralización y participación social. Experiencias similares en otros países de la región han sido de vital importancia para construir este concepto que en ocasiones ha quedado asociado no sólo como programas de gobierno, sino en ocasiones como mecanismos de resistencia apropiados por la propia población.

14 Barrenechea J y Trujillo E SPT 2000. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Universidad de Antioquia. Medellín, 1987.

15 Tuvimos la intensa experiencia de generar un grupo de investigación y difusión de la APS GIDAPS en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires produciendo y casi simultáneamente una iniciativa de los médicos residentes del Hospital Gutierrez de Buenos Aires generó un foro que se sostuvo como una cita anual por casi 10 años reuniendo trabajadores de la salud y militantes barriales de todo el país discutiendo sobre APS.

En 1986 la Reforma en la Constitución Brasileira ayudó a fundar una de las transformaciones más profundas del sistema de salud del continente, colocando el derecho a la salud y la responsabilidad del estado en garantizarlo al más alto nivel constitucional. El desarrollo del Sistema Unico de Salud en sus diferentes etapas comenzó lo que Sergio Arauca denominó una “tarea civilizatoria”: la incorporación en el acceso a los servicios de salud de decenas de millones de brasileros que habían permanecido excluidos de los beneficios del cuidado de la salud desde tiempo inmemorial. Los procesos posteriores de municipalización del SUS y el desarrollo del Programa de Salud de la Familia constituyen la traducción concreta y adaptada de la APS que en Brasil se denomina Atención Básica, generaron un modelo de atención basado en equipos de Salud conformado por médicos, enfermeras, odontólogos y otros profesionales con población nominada a cargo y en forma estrechamente articulada con los otros niveles del sistema y con las instituciones formadoras que a través del programa Pro Saude han incorporado a esta transformación cultural de la fuerza laboral en el país.

Un párrafo especial merece la forma como Cuba –cuya revolución ha cumplido 50 años en enero-se incorpora al movimiento de APS. Con un sistema de salud particularmente debilitado por la emigración de médicos y de profesores de medicina en el comienzo de la Revolución, Cuba colocó muy precozmente la salud como una prioridad nacional. En pocos años se reconstruyó y multiplicó la educación médica y se dio pasos concretos para un sistema de salud de cobertura universal. Combinado los logros económicos y sociales con servicios de salud de segundo nivel (policlínicos) y de tercer nivel (hospitales) y una amplia organización social, pudo exhibir rápidos resultados sanitarios que lo distinguieron ya en la década del ‘70. Para 1986 el sistema cubano de salud vuelve a sorprender con la creación de un médico de familia con formación específica. Justo cuando parecía que el “mercado de trabajo médico se estaba saturando” en la isla el nuevo perfil abrió una enorme frontera permitiendo acercar la medicina así como la enfermería y otras prácticas de salud allí donde la gente vive. Para 1996, diez años después, el número de médicos se había casi duplicado y ya más de la mitad de los médicos eran médicos formados en posgrado y trabajando como médicos de familia.

Sin embargo, el panorama general de la década de los ‘90 pareció darle la razón a Mahler ya que la embestida neoliberal encabezada por el Banco Mundial, organizada a partir de su informe 1993 “Invertir en Salud”, representó un intento sistemático por destruir las estrategias estatales y reemplazarla por una lógica de subsidio a la demanda. En realidad con la cooptación de los gobiernos y de los inversores de los países centrales del Banco Mundial y del FMI y con el puñadito de ideas dogmáticas que Milton Friedman desde la Escuela Económica de Chicago había logrado instalar en un aceitado coro de economistas aptos para opinar sobre la reforma de cualquier sector, incluido el sector salud.



//Promoción de la salud. El juego es fundamental con los más pequeños. **Foto:** Gentileza de Marcela Miravet Defagó (Cuba, 2009).

El ejercicio no era muy sutil, es evidente que la atención de la salud de los sectores de bajos ingresos no es un buen negocio para la inversión privada; pero si el Estado se limitaba a hacer sólo aquello que el sector privado nunca haría y transformaba el subsidio implícito que hace a través del resto de los servicios y las prestaciones públicas (subsidio por la oferta) en un fondo que financie las prestaciones se abriría una rica reserva de mercado. Como el costo político de cerrar repentinamente los servicios públicos de salud parecía aún

//La embestida neoliberal encabezada por el Banco Mundial organizada a partir de su informe 1993 “Invertir en Salud” representó un intento sistemático por destruir las estrategias estatales y reemplazarla por una lógica de subsidio a la demanda.//

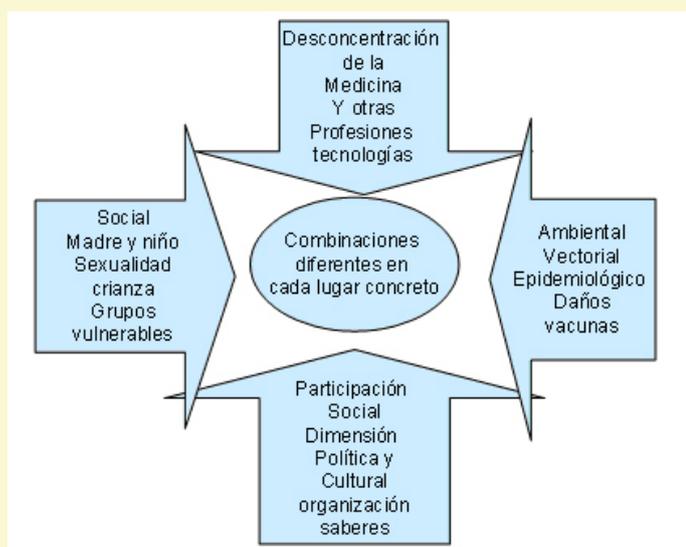
en esa década muy alto de pagar, se creaba un juego -subsidio a la demanda-en donde el sector público debería salir a competir en supuesta igualdad de condiciones y cada cierre de un servicio público que no alcanzara a autofinanciarse debería ser entonces festejado como resultado de la sanción de su clientela y una prueba de la ilegitimidad de su existencia.

Es obvio que Alma Ata no pudo prever, ni mucho menos preparar a los actores comprometidos con “Salud para Todos” para enfrentar semejantes presiones y tan sofisticadas estrategias.

El campo parecía entonces, y parece aún ahora, tensarse entre diferentes tendencias, todas las cuales se percibían a sí mismas como la verdadera APS.

En el cuadro siguiente queremos graficar esas tendencias a veces complementarias, a veces contradictorias.

Gráfico 1: Tendencias de Atención Primaria de la salud.



Por un lado las “fuerzas” que provienen de “arriba” de la extensión o descentralización de los servicios formales de salud, de la mano de las innovaciones científicas y de un intento serio por extender el acceso de los beneficios científicos a toda la población. Sin embargo otras lógicas como reducción de costos, freno a la demanda (goal-keepers) o extensión de fronteras de mercado para productos médico farmacéutico son lógicas que también confluyen y complican la lectura de un fenómeno complejo.

Las antiguas tradiciones primeros miasmáticas y luego vectoriales de la epidemiología distan de haberse retirado y hoy, con una epidemia de Dengue en la región, es relativamente sencillo explicar su vigencia que se extiende no sólo a los vectores sino a las otras actividades que en caso necesario se pueden o deben llevar “casa por casa” y permite especular sobre como abordar los nuevos determinantes ambientales del proceso salud-enfermedad.

La “entrada social” del gráfico se refiere a las dimensiones mas tradicionales vinculadas a la Educación para la Salud y la materno-infancia que hoy, despejada de algunas de sus tradiciones más moralistas, se está repensando con lógicas de Educación popular¹⁶. Esta entrada inserta en estrategias de promoción de la salud, con formas de transferir y de construir conjuntamente conocimientos relevantes para la población en materia de cuidado de la salud, de sexualidad, de salud de la mujer, de planificación familiar, de prevención de las muertes por abortos y complicaciones, de la salud de los trabajadores y trabajadoras, de salud de los adolescentes, tercera edad, etc.

Una dimensión fundamental, y siempre más o menos postergada tiene que ver con el poder decisorio informado de las propias comunidades, muchas veces desalentada por el temor de los profesionales y trabajadores de salud en general, por el clientelismo político, por la desvalorización de los saberes tradicionales o de la capacidad de las propias comunidades de participar activamente en la resolución de sus problemas. Se dejan de lado así elementos fundamentales de la concepción de APS no sólo porque la participación es clave para la sustentabilidad de los resultados o para la búsqueda de

las mejores respuestas, social y culturalmente aceptadas y técnicamente ajustadas, sino sobre todo y por encima de todo por que la participación social es un derecho inalienable y es un deber del sector salud facilitarla y promoverla.

En este último sentido a principios del 2000 actores de varios países se reunieron en Bangladesh con la intención de recuperar el potencial transformador de la APS inserta en procesos políticos orientados a la equidad. Resulta obvio en las declaraciones que las buenas intenciones de los gobiernos que las suscriben no alcanzan. Estos acuerdos son muy importantes y relevantes y se constituyen en una condición necesaria pero, frecuentemente no son una condición suficiente ya que la sustentabilidad de la APS depende de que los pueblos se movilicen y se apropien de herramientas para la autogestión, la co-gestión y el control social de las acciones gubernamentales y las acciones o programas de otros actores que operan en su nombre o bajo su autorización o regulación (ONGs, organismos internacionales).

La idea de pueblos movilizados necesitaba extenderse también al ámbito internacional y el Movimiento por la Salud de los Pueblos, People Health Movement en inglés, ha sido desde entonces un espacio trascendente para organizar una voz alternativa de alerta y de movilización, enfrentando no solamente la “pasteurización” de los componentes más transformadores por parte de las declaraciones de organismos internacionales, sino sobre todo la forma como el complejo médico industrial y las entidades académicas que le resultan más funcionales han “redescubierto” la Atención Primaria selectiva como una verdadera reserva de mercado.

Por todo ello es que cuando en el año 2003 se festejaron los 25 años de Alma Ata y la “superviviencia” del potencial movilizador de la APS, a pesar del obvio incumplimiento de la meta Salud para Todos en el año 2000, se estaba festejando en realidad -aunque sin explicitarlo al menos en las ceremonias oficiales- el fracaso de las principales operaciones político económicas de los ‘90 que Argentina -al igual que en Colombia, Chile y otros tantos países de la región- llevaron a los sistemas públicos de salud al borde de la liquidación.

Resulta obvio que una política internacional de salud no puede resultar sólo de la recuperación de aquello que fue reprimido por más de una década, aunque haya mostrado su capacidad de resistencia y de corporizarse en cientos de comunidades y en miles de trabajadores de salud. La tarea de redefinir los ejes, de construir las alianzas, de generar iniciativas sustentables, de garantizar el derecho a la salud para muchos de nuestros países recién comienza y aún hay mucho que recuperar y aprender.

Panorama reciente y perspectivas

El balance de estos años fue expresado por el mismo Mahler¹⁷ con toda claridad:

“El decenio de 1970 fue propicio para la justicia social. Ese es el motivo de que después de Alma-Ata, en 1978, todo parecía posible. Luego se produjo un serio revés, cuando el Fondo Monetario Internacional (FMI) promovió el Programa de

¹⁷ <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/index.html> visitado 2 de abril 2009.

¹⁶ Ver al respecto aportes de Paulo Freire.

Ajuste Estructural con todo tipo de privatizaciones, lo que provocó escepticismo en torno al consenso de Alma-Ata y debilitó el compromiso con la estrategia de atención primaria. Las regiones de la OMS seguían luchando en los países, pero no se obtuvo apoyo del Banco Mundial ni del FMI. Y la mayor decepción fue cuando algunos organismos de las Naciones Unidas, -obviamente se refiere a UNICEF, pasaron a un enfoque "selectivo" de la atención primaria de salud.

"Eso nos llevó a empezar desde cero. Habíamos empezado con programas de atención de salud selectivos, centrados en una única enfermedad, como el paludismo y la tuberculosis, en los decenios de 1950 y 1960. A continuación tuvimos este despertar espiritual e intelectual que salió de Alma-Ata, y de repente algunos defensores de la propuesta de atención primaria de salud volvieron una vez más al antiguo enfoque selectivo. Quizás, paradójicamente, Alma-Ata tuvo en esos casos el efecto opuesto al previsto, ya que hizo que las personas pensarán demasiado en la selección, en lugar de seguir la doctrina de Alma-Ata de salud para todos."

Por su parte, la actual directora de la OMS Dra. Margaret Chan¹⁸ en un mensaje de setiembre de 2008 declara: "¿Qué se puede extraer de la experiencia de un movimiento que no consiguió alcanzar su objetivo?. Aparentemente, bastante. Actualmente, la atención primaria de salud ya no se malinterpreta tan profundamente. De hecho, diversas tendencias y acontecimientos han aclarado su importancia de una manera que no se podría haber imaginado hace 30 años. La atención primaria de salud parece cada vez más una manera inteligente de enderezar el desarrollo sanitario. La Declaración del Milenio y sus Objetivos de Desarrollo infundieron nueva vida a los valores de equidad y justicia social, esta vez con vistas a lograr que los beneficios de la globalización se distribuyan de forma más uniforme entre los países."

Desde estas perspectivas el Informe Mundial de la Salud 2008 interpreta que en las circunstancias mundiales actuales la "Atención Primaria es más necesaria que nunca"; proponiendo que los sistemas de salud deben reconocer la perspectiva de APS, identificando cuatro conjuntos de reformas : a) garantizar el acceso universal y la protección social (equidad sanitaria); b) reorganizar la prestación de servicios en función de las necesidades y expectativas de la población; c) mejorar la salud de las comunidades mediante políticas públicas más idóneas y d) reforzar el liderazgo sanitario sobre la base de una eficacia de las administraciones y la participación activa de los principales interesados directos.

Así, la de-construcción de la APS es una tarea imprescindible para proyectarla como una herramienta de transformación social en los tiempos que corren. El contexto de crisis económica y desconcierto político de los países centrales, el fracaso por mérito propio de los organismos internacionales de crédito, el surgimiento de nuevas experiencias sociales y políticas en la mayor parte de los países de América Latina son elementos útiles pero no suficientes como para apenas agregarle un re de revitalización, de relanzamiento a la APS.

Resulta imprescindible descomponer sus principales componentes, despejar sus equívocos, desidealizar sus enunciados, enfrentar la canibalización de su

18 <http://www.who.int/dg/20080915/es/index.html>, ídem anterior.

ACTUALES CUESTIONES DE INTERÉS PARA LAS REFORMAS en pro DE LA APS. Informe Mundial de la Salud. OMS. 2008

- * Transformación y reglamentación de los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr el acceso universal y la protección social en salud
- * Cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad
- * Respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes
- * Promoción de modos de vida más saludables y mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud
- * Equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de éstos
- * Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas
- * Funcionamiento de sistemas de salud pluralistas en un contexto globalizado
- * Orientación del crecimiento de los recursos para la salud hacia la cobertura universal
- * Solidaridad mundial y aprendizaje conjunto
- * Atención primaria como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles
- * La APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones.

terminología, armar campos de fuerza en donde quede claro cuales son los actores y como se posicionan respecto al derecho a la salud, a la inclusión social y a profundizar la equidad, desarrollar estrategias en consecuencia y pensar nuevas reglas de juego.

Pero no se trata de una tarea de laboratorio, resulta imprescindible dar continuidad a las experiencias que se están dando en diferentes países de América Latina, ponderar los aportes de la cooperación técnica cubana que está redireccionando con sentido Norte-Sur, la solidaridad con los países y localidades más pobres no sólo con la Diplomacia médica y las misiones de profesionales, sino también con la formación en las Escuelas Latinoamericanas de Educación Médica, la experiencia boliviana de formación en Interculturalidad consistente con la política de descolonización del Estado, y experiencias similares en Ecuador, la fase actual del programa de Salud de la Familia de Brasil, la recuperación de las mejores experiencias de APS y su mecanismo de rendición de cuenta "de cara al pueblo" en Nicaragua, las experiencias locales de El Salvador, Barrio Adentro de Venezuela, entre tantas otras.

Mientras tanto una serie de ejes parecen no resueltos y entendemos que pueden y deben profundizarse a futuro, quizás el debate a partir de algunas preguntas pueden ayudar al proceso de revitalización y relanzamiento a la Atención Primaria de la Salud.

- + ¿Cuáles son las relaciones concretas, instrumentales y operativas entre promoción de la salud y APS?
- + ¿A dónde nos lleva la aceptación internacional sobre las determinantes de la salud si no desarrollamos la capacidad de negociar con otros sectores comprendiendo sus propias lógicas y necesidades?
- + Formar personal comunitario ¿Es sinónimo de transferir conocimiento y poder decisorio a la población?
- + El personal comunitario ¿Por qué permanece fuera de las carreras sanitarias?
- + ¿Por qué algunos países que buscan creativamente generar empleos retributivos para tareas, en ocasiones de dudosa utilidad social, continúan considerando que ser promotor o agente de salud debe ser una tarea no rentada?
- + ¿Por qué cuesta tanto integrar los ejes de salud mental o rehabilitación cuando toda la evidencia indica que la prevalencia de sus temas en la agenda local interpelan rápidamente cualquier estrategia de APS?
- + ¿Cuánto hemos avanzado en horizontalizar los programas de salud?
- + ¿Qué equilibrio entre financiamiento e infraestructura de primer nivel respecto a los otros niveles habría que alcanzar?
- + ¿Cómo influir en Universidades que siguen mayoritariamente con modelos de formación que ignoran, desprecian o minimizan la importancia de estos espacios de desarrollo profesional?
- + ¿Cómo promover, instalar y sostener procesos de investigación independiente y docencia transformadora en los escenarios del primer nivel de atención?
- + ¿Es posible pensar y diseñar acciones concretas para una gestión de calidad sustentable centrada en los ciudadanos en el marco de la estrategia de APS?
- + ¿Cuánta articulación hemos logrado en la relación salud medio-ambiente?
- + ¿Hasta que punto llegamos en la construcción de interdisciplina en la práctica concreta, en la capacidad de enfrentar problemas complejos?
- + Si ya tenemos un buen nivel de interdisciplina ¿Cuánto hemos avanzado en la respuesta a problemas complejos como violencia familiar y de la otra, adicciones, embarazo adolescente, procesos de envejecimiento, niños y niñas en situación de calle, prostitución, población carcelaria, etc.?
- + ¿Cuáles son las formas de diálogo intercultural con otras cosmovisiones, con otras medicinas que no sean estrategias de asimilación y que construyan un dialogo fructífero?
- + ¿Cuánto hemos avanzado en comprender a los migrantes como víctimas de los procesos de globalización, y como personas y familias que tienen los mismos derechos que el resto de la población donde residen? y en este caso ¿Cuánto hemos avanzado hacia una ciudadanía global aunque sea de nuestro lado en relación al derecho a la salud?

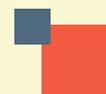
- + ¿Cuánto hemos entendido en APS sobre la importancia de la diferencia, de la otredad, de las diferencias de género, de identidad sexual, religiosas, étnicas, culturales y de las respuestas adecuadas y consensuadas para que sean culturalmente aceptables?
- + ¿De qué forma la APS se pone del lado del fortalecimiento de los nuevos movimientos sociales e integra sus demandas y expectativas en los nuevos equilibrios sociedad estado que se insinúan en la década?
- + ¿Cómo se optimiza la cooperación internacional con diálogos interculturales y dejando capacidades en las localidades y en los países?
- + ¿Cómo puede la APS insertarse en un movimiento más amplio para sacar a América Latina de la triste posición de ser la región más injusta del planeta?
- + ¿Pueden las experiencias más afiatadas en el continente ser a su vez solidarias con los pueblos y las regiones más pobres del planeta?

Son sólo un puñado de preguntas, que no quieren ser presuntuosas, tan solo con la pretensión de ser útil para ayudar a salir a la APS de una posición de ratificación o defensiva.

Es cierto que la APS ha resistido embates muy fuertes pero también es cierto que enfrenta hoy desafíos y complejidades sociales que parecían impensables en 1978.

Un representante de pueblos originarios de Brasil que cooperando con el proceso constituyente en Bolivia terminaba su alocución en Sucre allá por el 2007 diciendo: "El derecho a ser iguales cuando la diferencia inferioriza, el derecho a ser distintos cuando la homogeneidad nos hace perder identidad".

Vemos a la APS integral que se viene en los próximos años, interpretando este desafío y en condiciones de garantizar ese doble derecho.



De paso por el territorio autónomo zapatista. Conocimos su organización y sistema de Salud. Por Mauricio Torres*

“Desde el sur de México con esta experiencia se coloca en tensión el asunto de cómo se garantizan los derechos, en particular el derecho a la salud, en el marco de las sociedades burguesas liberales.

Es posible desarrollar un sistema de salud comunitario, autónomo, soberano, que reivindica los saberes y prácticas ancestrales conjugándolas con el saber occidental de la medicina. Un sistema que entiende la salud de manera integral y la produce comunitariamente con los promotores y las promotoras de salud, con el cultivo de alimentos tradicionales para garantizar niveles nutricionales adecuados para la población, con el desarrollo de obras de saneamiento básico que permita el acceso al agua potable.”

*Activista latinoamericano por el Derecho a la Salud.

“Aquí sembramos con viento de esperanza, vida y dignidad”.

- Pinta escrita en el muro exterior de la Clínica zapatista en el Caracol 3.

El letrero que indica la entrada al Caracol No. 3-La Garrucha, ubicada en el Municipio Zapatista de Francisco Gómez, reza: “Está usted en territorio zapatista en rebeldía, aquí manda el pueblo y el gobierno obedece”.

Llegar al Caracol me tomó 3 horas y media desde San Cristóbal de las Casas. Las 2 primeras horas las hice en un lujoso taxi Volkswagen por una carretera pavimentada llena de curvas entre San Cristóbal y Ocosingo. El resto de tiempo, en el tramo entre Ocosingo y el lugar donde se ubica el centro institucional del Caracol, en una camioneta cuatro puertas de una de las organizaciones de salud en la zona, por una carretera destapada con algunos tramos difíciles pero en general en buen estado.

Durante el recorrido no me encontré con ningún retén militar, aunque me habían advertido que podía haber; lo que sí vi fue una de las bases militares instaladas en la región y que hace parte de la estrategia para el enfrentamiento militar del ejército mexicano con las bases sociales zapatistas, lo que lleva a que, con cierta regularidad, las fuerzas militares hostiguen y allanen las comunidades en las zonas que se han declarado zapatistas.

Estaba emocionado por la visita. Poder estar en el territorio que emergió a la luz pública internacional el 1 de enero de 1994, cuando la insurgencia armada (EZLN) tomó la ciudad de San Cristóbal de las Casas para decirle al gobierno mexicano ‘basta de abandono’ y para decirle al mundo que en ese extenso territorio de Chiapas había una gran población indígena en precarias condiciones, que se rebelaba contra el mal orden, que exigía democracia, libertad y justicia.

En todo el trayecto entre Ocosingo y el Caracol no paré de preguntarle a Saúl, el promotor de salud que me llevó hasta allí, sobre la dinámica social y de salud que se da en estos territorios.

Me explicó como los zapatistas han creado centros de salud que llaman Clínicas Zapatistas, sitios con una infraestructura envidiable, que cuenta con un médico y un promotor de salud, y en algunas con un promotor de odontología, los cuales atienden a toda la población del sector sea o no zapatista, teniendo una adecuada capacidad resolutoria de primer nivel de atención.

Estas Clínicas hacen parte del sistema de salud de las comunidades zapatistas, que es autónomo como el resto de la estructura institucional de las comunidades organizadas zapatistas (juntas de gobierno, escuelas, cooperativas), por lo cual no es ni regulado ni financiado por el Estado, más bien funciona como un sistema de salud paralelo al oficial.



//Aquí Manda el Pueblo y el Gobierno Obedece. Reza un cartel en la entrada al Caracol.

Este sistema de salud tiene como germen la formación y el compromiso de las y los promotores de salud, que son gente de las propias comunidades, las que, frente al abandono estatal durante décadas, fueron la respuesta propia y autónoma a sus problemáticas de salud. Tuvieron la virtud de construir un conocimiento intercultural en salud al combinar los conocimientos tradicionales indígenas de salud con los conocimientos de la medicina occidental.

Y lo que han logrado debería ser destacado y reconocido internacionalmente. Como se ha venido demostrado a través de algunas investigaciones, la situación de salud de población atendida por el sistema de salud zapatista es mucho mejor que la atendida por los servicios de salud estatales. Por ejemplo, las coberturas de vacunación son mejores y la mortalidad materna inferior en las comunidades zapatista (el 63% de las mujeres en las comunidades zapatistas reciben atención prenatal mientras en las comunidades no zapatistas solo el 35.3%).

Son tales los avances en el tema de salud que además de la adecuada infraestructura en las clínicas como lo pude observar al visitar la del Caracol 3, cuentan con ambulancia propia en la Clínica, lo que garantiza la movilidad de los pacientes a otros niveles de atención. En el caso de este Caracol, han construido otra clínica especializada para la atención a la salud de las mujeres, superando con creces la respuesta de atención estatal que en muchos municipios del continente no existe.

El día que estuve en el Caracol la Junta del Buen Gobierno, como se denomina su autoridad de gobierno, había convocado a la comunidad para discutir sobre diversos temas, entre ellos el de la salud. Esto es un ejercicio habitual en tanto las decisiones en el Caracol se discuten ampliamente en asambleas y queda claro que las decisiones que allí se toman las debe obedecer el gobierno, siendo coherentes con el principio de mandar obedeciendo.

Para uno que vive en un país en guerra, con territorios controlados por actores armados que impiden la movilidad, no es fácil entender esta dinámica social emprendida en Chiapas por las comunidades indígenas, que les permiten hacer su vida cotidiana construyendo un proyecto político-comunitario. Un proyecto que a pesar del hostigamiento del ejército y los paramilitares, logra sostenerse y sobrevivir gracias a la fuerza insurgente que actúa como autodefensa. Una insurgencia concebida no para atacar militarmente, sino para proteger una comunidad y para potenciar una propuesta política que movilizan estas comunidades desde el sur de México.

Es indudable que hay una renovación en la forma de construir propuestas organizativas de base y en la forma de hacer política, es decir, de ejercer el poder. De un lado un movimiento insurgente, el EZLN, que más que una guerrilla que se propone la toma del poder por la fuerza de las armas, lo que

moviliza es una iniciativa política autónoma desde abajo y a la izquierda que se concreta en la configuración de comunidades autónomas, lo que se constituye en una renovación de la forma de actuación de la izquierda tradicional y a la vez una disputa del poder a la derecha.

Aunque la interlocución con los miembros de la Junta del Buen Gobierno no se pudo dar, dada su ocupación con la asamblea, sí logré llevarme una idea de lo que vienen siendo las comunidades zapatistas y su estructura de gobierno y autonomía a través de los Caracoles.

Adicional a estos asuntos de orden político hay que decir que en el Caracol se mezcla lo simbólico con lo surrealista, para darle una mayor energía a esta propuesta emancipadora. Un dibujo de la virgen con pasamontañas, la presencia de Zapata encarnada en la figura idéntica de uno de los jóvenes miembros de la Junta del Buen Gobierno, la presencia de un libro de cuentos de Edgar Allan Poe en la mesa del salón de dirección de la Junta de Buen Gobierno, el hermoso paisaje dado por las verdes montañas que rodean al Caracol, el ritmo y el tiempo pausados de los indígenas, su lenguaje zental, las frases poéticas escritas en la mayoría de los muros externos

//El sistema en salud tiene como germen la formación y el compromiso de las y los promotores de salud, que son gente de las propias comunidades. Tuvieron la virtud de construir un conocimiento intercultural en salud al combinar los conocimientos tradicionales indígenas de salud con los conocimientos de la medicina occidental. //

del Caracol. Todo esto se conjuga para armar un cuadro surrealista, que le da potencia a la imagen y a la palabra, que reivindica los símbolos, la metáfora, la poesía como elementos centrales para una nueva manera de hacer la política desde la izquierda.

Desde el sur de México con esta experiencia se coloca en tensión el asunto de cómo se garantizan los derechos, en particular el derecho a la salud, en el marco de las sociedades burguesas liberales. La experiencia zapatista está en construcción. Por ahora estas comunidades no tienen la suficiente capacidad para generar la gran cantidad de recursos que demanda la realización de los derechos. Pero, lo cierto es que están en una condición de poder distinto y eso les permite una relación distinta con el Estado y tal vez lo que es más esperanzador, la posibilidad de reconstruirlo forjándolo desde las bases comunitarias con un ejercicio de poder y gobierno efectivamente democrático, entendiendo que el gobierno actúa sobre la base de lo dicho y vigilado por el pueblo. La experiencia nos dice entonces, que desde los procesos autónomos es posible con la organización y respuesta de la misma gente avanzar en la garantía de derechos, asunto que a su vez confronta al Estado y le disputa legitimidad.

La experiencia me permitió ver que estas comunidades están en su vida cotidiana, en medio de las posibilidades y limitaciones, en medio de los aciertos y los desaciertos, construyendo la propuesta política de autonomía, en la

vía que expresó el intelectual indígena Mixe de Oaxaca, Floriberto Díaz: “En tanto que seamos nosotros mismos quienes decidamos sobre ellos (se refiere a los valores y a los vicios) y lo que queremos para el futuro, en esa medida estaremos autodeterminando nuestro destino y preparando el de nuestros hijos”, y refuerza diciendo “la autonomía de la que hablamos, y de la que necesitamos tener mayor claridad, es la del nivel comunitario...la comunidad es la base de todo municipio”.

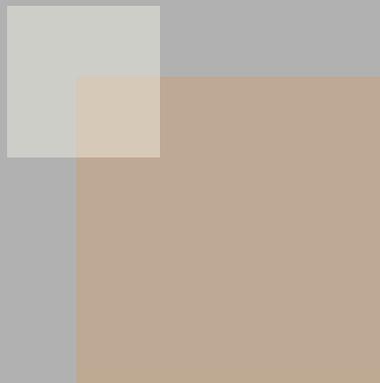
Esta visita reforzó en mí la idea de que es posible desarrollar un sistema de salud comunitario, autónomo, soberano, que reivindica los saberes y prácticas ancestrales conjugándolas con el saber occidental de la medicina. Un sistema que entiende la salud de manera integral y la produce comunitariamente con los y las promotoras de salud, con el cultivo de alimentos tradicionales para garantizar niveles nutricionales adecuados para la población, con el desarrollo de obras de saneamiento básico que permita el acceso al agua potable, con el uso respetuoso y adecuado de los recursos naturales, con escuelas que garantizan el derecho a la educación y con la activa participación de la gente construyendo su comunidad con un horizonte político, social y ético claro de rebeldía, dignidad, democracia y justicia social.



Para fortalecer la democracia hay que empoderar al pueblo.

Entrevista con Atilio Borón

“Que el pueblo tenga capacidad para hacer sentir su voz, no solamente cada 4 años, sino hacerla sentir de manera permanente. Habría que buscar otras fórmulas, hay otras fórmulas de democracia participativa, protagónica. Tiene que ser algo que, aparte de brindar la sensación de participación, tenga consecuencias efectivas en el proceso de toma de decisiones.”



En una charla con PoSibles, el politólogo y sociólogo argentino habló sobre el debilitamiento de las democracias en la región, producto de la creciente exclusión social –fenómeno que él denomina: des-ciudadanización-; sobre las posibilidades y limitaciones de la sociedad civil organizada para profundizar las democracias; y sobre su visión de la crisis económica global.

PoSibles-Nos interesa conocer su opinión respecto a algunas cosas que nos preocupan alrededor del tema de la construcción de ciudadanía en la República Argentina y en América Latina.

AB- Creo que este es un problema muy serio no sólo en Argentina, sino en todo el mundo. Hay un debilitamiento muy fuerte del impulso democrático que se experimenta, por supuesto en la Argentina, pero también se experimenta internacionalmente y eso hace que la insatisfacción con lo que es el procedimiento normal, entre comillas, del funcionamiento democrático esté hoy sujeto a muchas críticas y haya despertado muchas frustraciones.

Básicamente la frustración de fondo viene del hecho paradójal de que Ud. tiene un país como la Argentina, y en general en los países de América Latina, que se produce un proceso de transición democrática, inacabado todavía después de 25 años, lo cual revela

Atilio Borón es Doctor en Ciencia Política por la Universidad de Harvard, profesor de Teoría Política de la Universidad de Buenos Aires y Secretario Ejecutivo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Borón nos recibió en la sede del Centro Cultural de la Cooperación Florian Gorini -en la Ciudad de Buenos Aires-, en donde él está a cargo el Programa de Educación a Distancia para toda América Latina.

lo problemático que es ese concepto de transición democrática, porque en realidad es un proceso de avances muy lentos, pero uno no tiene la sensación de estar transitando hacia una forma de democracia plena. Este proceso convive en el caso de América Latina -y Argentina no es la excepción- con un proceso de des-ciudadanización; o sea, la democracia supone un régimen político en donde el conjunto de la población adulta (convencionalmente a los 18 años) se convierte en ciudadano activo de una democracia. Lo que ocurre es que ese fenómeno de masiva incorporación de toda la población masculina y femenina -aunque la femenina es muy reciente, desde la segunda mitad del siglo XX- convive con un fenómeno de creciente exclusión social, que yo denomino desde el punto de vista de la Ciencia Política: Des-ciudadanización.

Entonces, hay un proceso de ciudadanización por un lado, cuando se caen las dictaduras tenemos el advenimiento de los regímenes democráticos en América Latina y en la Argentina pero, al mismo tiempo, viene acompañado con la imposición de un modelo de gestión de la cosa pública, un modelo económico político -que para poner un nombre taquigráfico le llamamos neoliberal-, que priva derechos ciudadanos, en un enorme abanico de temas que van desde la salud, la educación, la asistencia social, la vivienda, la recreación y la cultura a un sector cada vez más grande de la población. Y eso es lo que hace que la democracia sea vivida como un rito relativamente intrascendente, manejada por sectores políticos, verdad, que mediante la repartición de prebendas y de ciertas bagatelas económicas, logran que los sectores más postergados y justamente más des-ciudadanizados de la sociedad vivan un momento de transitoria ilusión de que están recibiendo algo a cambio de su participación política.

PoSibles-Después de las dictaduras aparecieron una serie de medidas en la década neoliberal, que uno no imaginaba que podían darse en el marco de una democracia. ¿Se puede hablar de democracias cooptadas de alguna manera?

AB- En un par de mis escritos relativamente recientes de los últimos dos o tres años ya he dejado de utilizar la categoría de democracia para referirme a regímenes como los que tenemos en Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Perú y Colombia. Porque siendo rigurosos en el uso del término, democracia es el gobierno de las mayorías en beneficio principal -no exclusivamente- de los más pobres. Cuando digo gobierno de las mayorías no me refiero exclusivamente a una mayoría electoral sino social. Y esta definición es una definición clásica de Aristóteles, no es mi definición. Si nosotros aplicáramos ese criterio aristotélico hoy acá prácticamente muy pocas democracias, así llamadas democracias quedarían en pie en América Latina. Entonces, yo creo que esta continuidad que Ud. marca entre políticas instauradas en los años de la dictadura y políticas que se perpetuaron en la democracia. El caso más flagrante es el caso chileno,

//Las democracias en América Latina fueron acompañadas con la imposición de un modelo económico político que priva derechos ciudadanos, en temas que van desde la salud, la educación, la asistencia social, la vivienda, la recreación y la cultura a un sector cada vez más grande de la población. Y eso es lo que hace que la democracia sea vivida como un rito relativamente intrascendente, manejada por sectores políticos.//

en donde prácticamente no hay interrupción. No hay discontinuidad alguna entre las políticas económicas y sociales seguidas por el 'pinchetismo' y las políticas que luego instaura el gobierno de la Concertación. Ésto revela que en realidad esa transición a la democracia fue simplemente un recambio, en donde evidentemente se mejoraron algunos aspectos del régimen político, acabó esa represión ciega, brutal e indiscriminada que existía en aquellos años; hay un cierto margen de tolerancia política que realmente es importante subrayar, pero de ninguna manera significan el comienzo de un nuevo modelo político totalmente diferente. Entonces, eso habla de que tenemos democracias, como dijeron algunos, de muy baja intensidad o democracias meramente formales o ritualistas o algo así por el estilo.

PoSIBLES- Nosotros vemos en América Latina una situación un poco diferente, probablemente en Argentina después de la crisis, y los 10 años de Julio Chávez marcan el comienzo de una modificación definitiva y un desalineamiento al Consenso de Washington. ¿Eso es una tendencia regional o es sólo un puñado de países?

AB- Es una tendencia que se manifiesta en un pequeño número de países, sería deseable que fueran más los países que se inscriban en esa línea de fuerza que Ud. señala pero, en realidad, lo que está ocurriendo es que esas políticas contrarias al neoliberalismo hoy en día se ensayan -dejando de lado el caso cubano por sus especificidades- en países como Venezuela y Bolivia y se está empezando a ensayar en Ecuador. Cuando uno mira el resto de los países de América Latina, de México hacia el sur lo que uno comprueba es que prosiguen con demasiada fuerza esas políticas, si bien rodeadas de una especie de retórica, que lleva a mucha gente a confundir la retórica con la realidad. En el caso argentino es muy evidente de que esa retórica no alcanza a disimular que todavía seguimos en lo esencial inscriptos en el modelo del Consenso de Washington. Le voy a poner un ejemplo, la Argentina todavía tiene vigente la Ley de Entidades Financieras que fue promulgada por el Proceso Militar y a cuyo calce están las firmas de Jorge Rafael Videla y José Alfredo Martínez de Hoz. Después de 25 años de democracia no hemos podido todavía sacarnos esa rémora del período dictatorial. Eso de alguna manera habla de la perdurabilidad de estas políticas neoliberales que tuvieron su apogeo en la época de la dictadura y, en países como la Argentina, como Brasil, como Chile o como Uruguay ha habido algún un pequeño retoque, es verdad, pero sin salirse del cause de las políticas neoliberales. Y ese es parte del gran problema que tenemos hoy.

PoSIBLES- Estamos asistiendo a ensayos de procesos de transformación social dentro de marcos democráticos, como son los casos de Bolivia y de Venezuela. ¿Esto es un cambio de tendencia también en lo que sería transformación social y democracia?

AB- La democracia es en primer lugar un proyecto en permanente transformación y en permanente crecimiento. Una democracia genuina tiene eso que se llama expansividad institucional, es decir, que va invadiendo o va llegando a establecerse en las más diferentes áreas de la vida social. Una democracia ritualística como la que tenemos nosotros en este momento en la mayoría de los países de la región, con las salvedades que Ud. hizo, funciona de otra manera en donde ese elemento de la expansividad no está presente.

PoSIBLES- Estos procesos de transformación social que combinan la movilización popular de nuevos actores sociales, como son los movimientos sociales, con los referéndum están produciendo procesos casi inimaginables en la década del '70 y del '80 dentro de los marcos democráticos.

AB- Yo creo que es cierto, en los casos de los tres países: Bolivia, Ecuador y Venezuela, porque los otros obedecen a una lógica diferente. En estos tres casos son países en donde hay un derrumbe del orden institucional previo. Lo que yo siempre digo, no es (Julio) Chávez quien provoca la crisis de los partidos tradicionales en Venezuela. Son esos partidos que producto de su descomposición interna y su altísimo grado de corrupción, provocan la emergencia de liderazgos alternativos como el de Chávez. Cuando (Rafael) Correa dice que va como candidato a presidente, pero que no va a confeccionar ni una lista de candidatos al Congreso porque es una institución corrupta que hay que cerrarla y crear algo nuevo y el pueblo lo ratifica con las

dos terceras partes de los votos está hablando claramente de una crisis política enorme. Y lo mismo en Bolivia en donde dos presidentes fueron desalojados del poder producto de grandes movilizaciones populares ocasionadas por la impopularidad de las políticas propuestas por esos gobiernos. Creo que un rasgo común de ellos es que surgen en una situación de crisis, de desplome en donde los partidos políticos tradicionales, a diferencia de lo que pasó acá en la Argentina, en que supieron capear el temporal. Y en eso indudablemente el ex-presidente (Eduardo) Duhalde demostró tener una muy hábil muñeca política porque de una situación en la cual los políticos argentinos

//La democracia es en primer lugar un proyecto en permanente transformación y en permanente crecimiento. Una democracia genuina tiene eso que se llama expansividad institucional, es decir que va invadiendo o va llegando a establecerse en las más diferentes áreas de la vida social.//

no podían salir a la calle, se logró –pese a una serie de mecanismos que operaban en contra-, logró reconstruir el sistema de dominación más o menos tradicional que fue heredado luego por el presidente (Néstor) Kirchner. Pero eso no ocurrió en los otros países.

Entonces ahí yo creo que aquellos casos Ud. tiene una democracia que avanza realmente mucho más profundamente. En esos países Ud. tiene una reforma constitucional en serio. En el caso de Venezuela una primera reforma en el '99, una segunda fallida en 2007 que fue derrotada por menos del 2% de los votos y a pesar de toda la propaganda de que el presidente Chávez es un déspota, un tirano y un dictador. Resulta que este señor aceptó sin ninguna clase de limitaciones el resultado electoral. En otras condiciones yo no creo que la derecha venezolana hubiera aceptado el referéndum del 15 de febrero si Chávez ganaba por menos del 2% de los votos. Hubieran incendiado Venezuela. El miércoles 18 de febrero el editorial de La Nación¹ dice: “Derrota de la democracia en Venezuela”. El editorial tergiversa todos los datos, todas las informaciones, contiene injurias de todo tipo, mentiras y falacias. Además, lo dice un diario que durante todos los años del proceso apoyó la dictadura militar, apoyó las políticas de (José Alfredo) Martínez de Hoz, y que hoy cuando se cumple un cuarto de siglo desde que desapareció ese régimen oprobioso que hundió a la sociedad argentina en la peor de sus desgracias, ese diario todavía no se ha retractado.

Yo digo siempre lo siguiente: por qué un país como Alemania que tenía un grado de deslegitimación de la democracia

¹ Diario de tirada nacional en Argentina.

muy superior al que tenía la Argentina, estamos hablando de la década del '30 e incluso finalizada la Segunda Guerra Mundial. ¿Por qué los alemanes se convirtieron en democráticos? Bueno, se convirtieron en democráticos y abandonaron el apoyo a gobiernos mesiánicos, como fue el gobierno de Hitler, porque se demostró en la práctica, mediante un amplio conjunto de políticas sociales, que con la democracia era posible hacer aquello que (Raúl) Alfonsín decía que con democracia se puede comer, se puede curar y se puede educar. Eso convirtió a los alemanes de ciudadanos con una fuerte propensión a apoyar gobiernos autoritarios, gobiernos despóticos, en grupos de señoras y señores que en una abrumadora mayoría -más del 90%- apoyan las reglas democráticas del juego. Pero, ahí se demostró que la democracia no era sólo ir a votar cada tres, cuatro o cinco años. Que la democracia era un proceso de creación permanente y de transformación de la vieja sociedad en algo nuevo; y una transformación, además, que beneficiaba de manera especial a los sectores que habían sido abandonados a su suerte por los gobiernos anteriores. Entonces, por ejemplo, un obrero alemán que de repente se da cuenta que con el régimen democrático su hijo puede ir a la universidad, porque la universidad es pública y gratuita en Alemania. Eso le demostró que la democracia era algo que valía la pena.

Ahora cuando Ud. traslada ese ejemplo a la Argentina, o a cualquier otro país de América Latina y ve que junto con la democratización se profundizan las diferencias sociales, se profundiza la inequidad social, la distancia entre ricos y pobres se hace cada vez más grandes, es muy difícil convencer a la gente de que la democracia es un buen gobierno. Por algo cuando uno analiza las encuestas de opinión pública en los países de América Latina, los países donde hay más gente que cree en la democracia son países como Venezuela, Bolivia y Ecuador. Son países que están haciendo cosas que favorecen a la gente, por ejemplo en Bolivia: acabar con el analfabetismo; lo cual a nosotros los argentinos nos deja muy mal parados, porque como es posible que un país tanto más rico que Bolivia -como es la Argentina-, todavía tengamos la lacra del analfabetismo. O nos deja mal parados en temas de salud porque de pasar de una situación en donde una persona, una mujer de origen humilde, en la misma periferia de Caracas, -como yo pude experimentarlo y verlo personalmente- había tenido cuatro hijos sin nunca haber visto un médico, después del ascenso de Hugo Chávez al poder, resulta que esa señora tiene un dispensario y un médico en su barrio, que puede ver al médico cuantas veces quiera y además sin costo y con los medicamentos gratis. Por eso no hace falta ser un premio Nobel de Ciencia Política para inferir de todo esto que la gente va a estar más satisfecha en regímenes democráticos en países como Bolivia, Ecuador y Venezuela, que lo que puede estar en un país como Argentina, Chile, Uruguay, Brasil, en donde la democracia no ha hecho gran cosa -y no digo que no ha hecho nada-, no ha hecho nada comparable con aquellos otros tres en relación a los estratos menos favorecidos. Y ésta no es mi opinión, es algo que certifica la UNESCO que la dirige el señor (Koichiro) Matsuura, que representa a Japón en ese organismo y que fue representante de ese país ante el directorio del Banco Mundial. Un hombre más bien de naturaleza conservadora que ha certificado que el problema del analfabetismo se acabó en Bolivia.

PoSIBLES- En ese mapa de actores se me ocurre que uno podría dedicarle un párrafo a la universidad hoy.

AB- Sí, definitivamente. Yo he trabajado eso en un libro hace poco, precisamente publicado en Córdoba, que se llama 'Consolidando la explotación' en donde hago un análisis de lo que es la universidad hoy, un análisis pesimista. Pesimista porque es muy realista, y la realidad nos indica varias cosas. Primero, que en un país como en la Argentina la educación no es prioridad fundamental, no

//En la Alemania de la post-guerra se demostró que la democracia no era sólo ir a votar cada tres, cuatro o cinco años. Que la democracia era un proceso de creación permanente y de transformación de la vieja sociedad en algo nuevo. Una transformación que beneficiaba de manera especial a los sectores que habían sido abandonados a su suerte por los gobiernos anteriores.//

sólo para este gobierno, no lo fue para ninguno. Lamentablemente esto ha sido así, se ha recorrido todo el arco político desde el radicalismo, el menemismo, la Alianza, el neoperonismo kirchnerista. Hay una constante en esas cuatro orientaciones políticas y es que la educación es una variable de ajuste. La educación es un elemento secundario porque si no lo fuera, habría mayor presupuesto para la educación en las provincias y en la Nación. En las provincias es muy difícil que lo haya porque la Nación transfirió el sistema educativo secundario y primario a las provincias sin transferir los recursos. Entonces, las provincias evidentemente no están en condiciones de garantizar un alto nivel de calidad educativa en los niveles de educación primaria y secundaria. Y el gobierno nacional se quedó con las universidades, de hecho el Ministerio de Educación en la Argentina es simplemente un ministerio de universidades, como hay en otros países, pero con poquísimos recursos que nos llevan a ser uno de los estamentos peor pagos de todo el concierto de las universidades de América Latina. Si Ud. compara la remuneración de un universitario argentino con la de un chileno, un brasileño, un uruguayo, un colombiano, ni hablar con un mexicano, estamos entre la mitad y la tercera parte de lo que ganan esos colegas.

PoSIBLES- En estos tres procesos que estamos privilegiando, como son los casos de Bolivia, Ecuador y Venezuela, se observa que la universidad no solamente no está acompañando estos procesos, sino que -en algunos casos- incluso está participando activamente en la organización de la oposición.

AB- Claro, eso se ve claramente en Venezuela, menos pero también en el caso de los otros dos países: Bolivia y Ecuador.

PoSIBLES- En el pasado veíamos a la universidad más bien liderando o intentando liderar procesos de este tipo.

AB- Justamente eso es lo que yo trato de demostrar en ese libro. Que esa visión es una visión correcta para

el pasado pero no para hoy. ¿Por qué? Porque la universidad ha sido reconvertida, reconfigurada en estos 25 años de hegemonía neoliberal. No es la universidad de antes, es una universidad profesionalista, tecnocrática, desvinculada a las necesidades del medio, orientada a satisfacer la demanda de los mercados y en donde no hay lugar para el pensamiento crítico. Ha habido un proceso de creciente enclaustramiento de la vida universitaria dentro de parámetros supuestamente administrativos y técnicos, pero son parámetros políticos, que

// La universidad ha sido reconvertida, reconfigurada en estos 25 años de hegemonía neoliberal. No es la universidad de antes, es una universidad profesionalista, tecnocrática, desvinculada a las necesidades del medio, orientada a satisfacer la demanda de los mercados y en donde no hay lugar para el pensamiento crítico.//

son derivados de las directivas y recomendaciones del Banco Mundial. En donde, por ejemplo, criterios de validación, de acreditación, de calificación, de introducción de juicios de pares, etc., tiene que ver con un modelo. Un modelo en donde la universidad pasa a ser simplemente una institución que no se pronuncia críticamente sobre nada, que simplemente acompaña las dinámicas de las fuerzas del mercado aportando los profesionales que las grandes empresas necesitan.

Salvo pequeños sectores minoritarios que los hay en cada universidad que todavía levantan las viejas banderas de la universidad como un centro de reflexión crítica, como un espejo crítico en el cual el país tiene que mirarse. Pero esos son, somos, sectores muy minoritarios en una universidad que está reconfigurada para otra cosa.

PoSIBLES- Le voy a hacer una pregunta sobre un tema muy importante y que tanto preocupa hoy, y es el tema de la crisis mundial ¿Cómo analiza un politólogo la crisis económica mundial?

AB- Esa es una gran pregunta que supone una respuesta muy larga pero, sucintamente yo diría así: primero, como categorización, es la crisis más profunda que experimenta el capitalismo mundial desde 1929 para acá. O sea, que tenemos 80 años en el registro histórico sin ninguna crisis parecida a ésta. Es una crisis que ha producido un enorme impacto en los sectores del capital, piense Ud. que tomando en promedio las bolsas europeas y las bolsa norteamericana, las empresas que allí operaban y las que operaban en Japón perdieron la mitad de sus activos. O sea una empresa que valía 10 millones de dólares ahora vale 5, se esfumaron 5 millones en esa empresa de la noche a la mañana. El impacto recesivo de todo eso es enorme. En tercer lugar, yo diría que es una crisis que está recién comenzando a manifestarse; en contra de todo este coro de eternos, como les llama muy bien Alfredo Zaiat, el director de Cash -el suplemento económico

de Página 12²-, los 'econochantas' de la city porteña³ que pronosticaban hace 2 meses de que no saldríamos de la crisis en el primer trimestre de 2009. Bueno, el presidente Barack Obama está anunciando que no sabe si empezaremos a salir de la crisis a fines de 2009. Y es más, dijo él, la crisis es de tal gravedad que probablemente en poco tiempo los norteamericanos puedan tener que elegir un nuevo presidente. Para que él diga eso cuando empezó a ver los números de la crisis, esto es suficiente para nosotros darnos cuenta de la gravedad que tiene esta crisis. En cuarto lugar, como le decía recién, la crisis como todavía está recién comenzando todavía no se ha manifestado del todo, recién se está comenzando a manifestar ahora en la Argentina y vamos a tener un período muy duro, uno o dos años muy, muy duros antes de que comencemos, si nos va bien, a empezar a levantar vuelo de a poquito. En quinto lugar, yo recordaría que la gran crisis del '29 fue absorbida y que fue resuelta a lo largo de un período de 10 a 12 años, que no fue una crisis que se resolvió en un año o dos. La crisis del '29 estalla y los fenómenos de desocupación de masas y hambruna en los EE.UU. donde hay fotos en las que se ve a gente muy bien vestida parada frente a una olla popular en Nueva York, eso arranca a fines del año '30. O sea que pasó un año entre que se desploma la bolsa, se produce el colapso del sistema y la gente empieza a no tener dinero siquiera para comer. Yo creo que acá vamos de vuelta hacia un período muy prolongado de recomposición, lo cual quiere decir que tal vez empezemos a levantar de a poco pero que va a llevar unos cuantos años. Y sexto y último, yo diría que aquella crisis se resolvió con la ayuda de un elemento morboso, indeseable como fue la Segunda Guerra Mundial. La Segunda Guerra Mundial desempeñó un papel fundamental en ayudar a los vencedores a capear el temporal de la crisis y a los perdedores a hacer posible una reestructuración brutalmente modernizada y agiornada de su paradigma tecnológico. La industria europea es diferente antes y después de la crisis y de la Guerra, porque después de la Guerra se apropia del desarrollo tecnológico norteamericano.

PoSIBLES- Además, estamos frente a una situación en la que quienes nos están conduciendo a salir de la crisis son aquellos mismos que nos llevaron a la crisis. ¿Qué se puede imaginar en términos de impactos políticos, de liderazgos, por ejemplo en Europa?

AB- Yo creo que algo muy negativo, yo estoy muy escéptico en todo esto. Creo por ejemplo que Obama ha equivocado de medio a medio en la confección de su equipo económico. Timothy Geithner, el Secretario del Tesoro, era el señor que presidía el Banco de la Reserva Federal en la región de Nueva York y durante estos últimos tres años él asistió impasible a todo este juego especulativo que llevó al colapso de la bolsa. De manera que pedirle a este señor que ahora sea el médico que va a curar esta enfermedad es un poco arriesgado, temerario yo diría. En segundo lugar, se le ha pedido a, nada menos que, Laurence Summer que se haga cargo del consejo de asesores económicos del presidente. Summer fue el personaje que avanzó más radicalmente en la desregulación del sistema bancario y financiero

2 Diario de tirada nacional en Argentina.

3 City porteña es el nombre con que se conoce a la zona financiera en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

norteamericano cuando fue Secretario del Tesoro de Bill Clinton. A mi me parece que ahí hay un error fundamental y esto se lo está señalando permanentemente Paul Krugman, el actual Premio Nobel de economía, quien le está diciendo que por este camino vamos mal. Le doy un dato más, fíjese que grave será la crisis que, a pesar que ya se desembolsaron casi 2 billones de dólares, -es decir 2 millones de millones de dólares- para el rescate de los bancos, y a pesar de que el Congreso de los EE.UU aprobó un paquete de rescate de casi 900 mil millones para los ahorristas, las empresas automovilísticas y las empresas más afectadas, el mismo día en que Obama hace este anuncio la bolsa de Nueva York se cae 4 puntos. ¡Son insaciables! Entonces, me parece que estamos en presencia de un hecho que va a marcar el rumbo de los procesos de democratización, de ciudadanización de construcción de una mejor calidad institucional durante los próximos 5 a 10 años.

PoSIBLES- Estamos trabajando un proyecto que busca mejorar y fortalecer la democracia con herramientas que vienen del lado de la ciudadanía, por eso estamos experimentando con la democracia deliberativa. ¿Con qué herramientas, cómo cree Ud. que se podría fortalecer nuestra democracia?

AB- Yo creo que para fortalecer la democracia hay una primera gran decisión que tomar y es lograr un efectivo empoderamiento del pueblo. Que el pueblo tenga capacidad para hacer sentir su voz, no solamente cada 4 años, sino hacerla sentir de manera permanente. En este sentido, por ejemplo, las cláusulas revocatorias de mandato contenidas en la Constitución Bolivariana o en la Constitución de Bolivia, creo que también en la de Ecuador, aunque no estoy seguro, profundizan la democracia porque hacen posible que un pueblo que se siente mal gobernado pueda exigir, mediante la recaudación de un número razonable de firmas, la convocatoria a un referéndum revocatorio y si el pueblo está disconforme con ese gobierno provocará la caída del gobierno y el llamado a nuevas elecciones generales. Nosotros en Argentina no tenemos esto. Acá si tenemos un gobierno malo no hay manera de resolverlo, salvo por la vía de una poblada como ocurrió el 19 y 20 de diciembre de 2001, generado por una manifiesta incapacidad del gobierno para cabalgar sobre la crisis que ese mismo gobierno había alentado. Entonces me parece que un elemento muy importante es esto: lograr una reforma constitucional.

Entonces, yo creo que la primera cuestión son reformas constitucionales que le otorguen mayores derechos, con capacidad de revocatoria de los mandatos. Además, cuando uno dice una democracia deliberativa eso está muy bien en los libros pero, cuáles son las instituciones concretas mediante las cuales se logra dar forma a la deliberación democrática. No basta con decir - "Queremos una democracia deliberativa"; ante eso aparece en la Constitución Argentina dice en el artículo 21, creo, "El pueblo no delibera ni gobierna sino por medio de sus representantes". O sea, nosotros somos una especie de oligofrénicos que no podemos deliberar sobre la política y que quienes lo deben hacer son nuestros representantes. Hay que derogar ese artículo que es profundamente antidemocrático, que representa el ideario liberal decimonónico en donde el gobierno era un asunto que solamente atañía a las clases dominantes, los sectores de la burguesía y de la oligarquía, y el pueblo no tenía nada que hacer. Esa es la idea liberal de la democracia: el pueblo ausente y los jóvenes dirigentes de las familias más prósperas del país son las que se encargan de manejar los asuntos. Por lo tanto, me parece que hay que acabar con eso, hay que establecer nuevas instituciones o nuevos institutos que hagan posible esa deliberación. Esto significa descentralizar el gobierno, crear instancias de descentralización pero con poderes efectivos de gestión.

Cuando Ud. no tiene un orden institucional capaz de resolver estos conflictos, eso se resuelve por la vía de la lucha callejera en donde puede pasar cualquier cosa. No es que estoy en contra de la lucha callejera, pero lo que digo es que un buen gobierno debería tratar de desarrollar la capacidad para procesar las contradicciones en un marco constitucional ampliado. Es lo que no tenemos en Argentina, en donde éste está muy restringido y cuando a un gobierno le va mal, no hay más remedio que un golpe militar o una movilización totalmente anómica que provoca el derrumbe y tener lo que tuvimos: cinco presidentes en una semana como ocurrió a fines de 2001. Habría que buscar otras fórmulas, hay otras fórmulas de democracia participativa, protagónica; en Venezuela se están ensayando algunas, en Bolivia también; es cuestión de seguir inventando y creando canales para que esa participación no se frustre debido a su ineffectividad. Tiene que ser algo que, aparte de brindar la sensación de participación, tenga consecuencias efectivas en el proceso de toma de decisiones.

PoSIBLES- Ha sido un placer haber compartido esta conversación y lo esperamos cuando guste por El Agora.

AB- Con todo gusto cuenten conmigo y si voy por Córdoba me va a dar mucho gusto reunirme con la gente de El Agora.



Medicina tradicional y popular en la cuenca del Caribe.

'Más que un recurso, un valor'.

Por Mariana Costaguta*

La diversidad cultural está íntimamente relacionada con la diversidad biológica, cada especie que se pierde o se encuentra en peligro nos alerta sobre la posibilidad de perder un conocimiento, un valor cultural amén del valor de la especie como recurso. En Centroamérica y el Caribe las plantas medicinales no sólo forman parte del patrimonio cultural regional, sino que también su utilización racional representa un recurso y un apoyo importante en la Atención Primaria de Salud de la población. Los ministerios de salud y las universidades de la región han establecido acuerdos para el aprovechamiento adecuado de las plantas medicinales.

En la región de Centroamérica y el Caribe los ecosistemas tropicales conservan una amplia diversidad biológica, siendo una de las más ricas del planeta. En este colorido y frondoso espacio distintas culturas de muy diversos orígenes que reúnen el saber y las prácticas de la cultura africana, americana y europea, con sus múltiples lenguas (creol, español, francés, garífuna, inglés, etc.) han desarrollado en ese encuentro una síntesis de conocimientos populares que nos proponen el desafío de pensar estrategias de articulación con los sistemas locales de salud.

En esta región se ha reconocido que las plantas medicinales no sólo han formado parte del patrimonio cultural regional, sino que también su utilización racional representa un recurso y un apoyo importante en la Atención Primaria de Salud de la población. Los ministerios de salud y las universidades de la región han establecido acuerdos para el aprovechamiento adecuado de ciertos usos de las plantas medicinales científicamente comprobados, y a la promoción de políticas de salud que incorporen este recurso propio como válido y opcional.

//Disminuye el costo de la terapéutica medicamentosa, al poner a la disposición de los pueblos y del personal paramédico de base, conocimientos prácticos para el tratamiento de ciertas afecciones corrientes y/o prevalentes.//

TRAMIL es un programa de investigación científica aplicada a la medicina tradicional y de uso popular del Caribe, cuyo propósito es racionalizar las prácticas de salud basadas en el uso de plantas medicinales. Con 25 años de experiencia, ha conformado una red que reúne los esfuerzos de investigadores e instituciones que trabajan en este campo bajo un enfoque multidisciplinario.

Los estudios etnofarmacológicos, la identificación de las especies, los estudios químicos, toxicológicos y farmacológicos de las especies utilizadas y la difusión de la información en comunidades, forman parte del trabajo desarrollado. En este esfuerzo se han integrado colaboradores y especialistas de diferentes disciplinas de más de 30 territorios (Antigua, Argentina, Barbados, Belize, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Colombia, Cuba, Dominica, Europa, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Lucia, Saint Vincent, Trinidad y Tobago y Venezuela).

El constante trabajo de TRAMIL desde sus inicios en



//La diversidad biológica ligada a la Diversidad cultural.

1982 y la unión de sus colaboradores alrededor de un fin común: la utilización en Atención Primaria de la Salud de las plantas medicinales bajo criterios científicos de seguridad y eficacia, son las principales fortalezas de este programa que le permitió crecer con un enfoque de trabajo unificado. La red comparte una metodología rigurosa, desde documentar el conocimiento en la comunidad a través de la realización de encuestas etnofarmacológicas, analizadas cuantitativamente, hasta los protocolos de realización de ensayos biológicos de validación de eficacia y seguridad estrictamente apegados a la forma de uso. Esta metodología no sólo ha creado una nueva e ingeniosa forma de recuperación de la cultura popular y de las tradiciones en el uso de las plantas, sino que también ha logrado despertar el interés institucional para desarrollar programas manejados localmente.

Uno de sus objetivos importantes es la disminución del costo de la terapéutica medicamentosa, al poner a la disposición de los pueblos y del personal paramédico de base, conocimientos prácticos para el tratamiento - por ende, a un costo mínimo y en armonía con la tradición popular - de ciertas afecciones corrientes y/o prevalentes.

La Farmacopea Vegetal Caribeña, uno de los frutos del trabajo de la red, un libro evolutivo que reúne actualmente monografías de 99 especies vegetales y 320 usos de las mismas, es una obra colectiva de carácter científico que no deja de mantener vinculación con su origen: el saber popular. A través de la elaboración de materiales de difusión, el conocimiento generado regresa a los pueblos caribeños, ya que partimos de que los resultados plasmados en la Farmacopea Vegetal Caribeña les pertenecen.

La conservación, domesticación y cultivo de las especies promocionadas por la red, se ha convertido en un importante componente a desarrollar. La diversidad cultural está íntimamente relacionada con la diversidad biológica, cada especie que se pierde o se encuentra en peligro nos alerta sobre la posibilidad de perder un conocimiento, un valor cultural amén del valor de la especie como recurso.

Para quienes quieran comunicarse o conocer más sobre estas actividades pueden hacerlo a través de:
<http://www.tramil.net>



Riesgos ambientales y Salud.

Notas de un viaje a la región del volcán Chaitén.

Por Elizabeth Rovere*

El 2 de mayo del 2008 un nuevo volcán con características especiales comenzó su erupción: el Chaitén, en territorio chileno a orillas del Pacífico y a 60 kilómetros de la frontera Argentina. Un volcán de escasa altura -alrededor de 1000 mts.- que, entre los grandes volcanes de Chile, no fue considerado de prioridad para la planificación del riesgo, ya que no había registros de actividad desde 8.000 años A.P. El asentamiento de una ciudad homónima, El Chaitén (capital de la región de Palena) a sólo 10 kilómetros, ha representado una buena parte del problema ya que, luego de una evacuación masiva, hoy es fruto de intensas controversias entre quienes quieren volver a sus casas y el gobierno, que ha anunciado su inviabilidad y el nuevo emplazamiento a casi 10 kilómetros de donde se encuentra actualmente.

*Geóloga, Doctora de la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del GEVAS-El Agora

La erupción de un volcán es un fenómeno de la naturaleza excepcional y fascinante cuando uno puede verlo por televisión. La vida en el área de influencia de un volcán que mantiene, desde hace más de un año, una intensa actividad sísmica, 3 pináculos inestables en un domo que creció 1000 m. en 12 meses, un flujo continuo de bloques y cenizas, y un centro activo de emisión al sureste de un complejo de domos (Informe SERNAGEOMIN, Servicio Nacional de Geología y Minería de Chile, 29 de abril de 2009), es otra cosa. Quienes viven en un radio más próximo pueden sufrir efectos súbitos, temblores, lluvias de cenizas, deslizamientos, flujos piroclásticos, lahares, con mayor riesgo si hay lluvias o nevadas.

Quienes viven a más distancia pueden ver afectada seriamente la calidad del aire atmosférico, con intensidades aleatorias según las condiciones meteorológicas, dirección de los vientos y la distancia al volcán.

A veces las cenizas caen sobre las localidades en forma de "lluvias" de cenizas, o acompañando las precipitaciones pluviales o las nevadas. En ocasiones se forman grandes nubes que pueden desplazarse a muchos cientos de kilómetros de la boca del volcán llevadas por los vientos y corrientes de aire, generando perjuicios para las telecomunicaciones y para la navegación aérea.

La composición física y química de las cenizas que se dispersan varían no solo de volcán a volcán sino también en diferentes momentos de la historia eruptiva de un mismo volcán. Las consecuencias físicas pueden ser de diferente naturaleza: desde el peso específico de las cenizas (pesan tres veces más que la nieve y al acumularse puede derrumbar techos), la acumulación en carreteras que especialmente en combinación con el agua de lluvia o nieve las vuelve especialmente resbalosas, la acumulación en las redes de agua con posterior compactación y cerramiento parcial o total de las mismas, la contaminación de los pastos y su afectación sobre la salud de los animales, incluyendo lógicamente los domésticos que proveen carne, lana y leche, etc.

Aunque la mayoría de los volcanes de la Cordillera de los Andes Sur se encuentran en territorio de Chile, este país y Argentina comparten los riesgos de la dispersión de las cenizas por efecto de los fuertes vientos. Sólo en los últimos años hemos compartido la erupción del Volcán Hudson y la del Llaima (uno de los más activos del continente).

El 2 de mayo del 2008 un nuevo volcán con características especiales comenzó su erupción: el Chaitén. Se trata de un volcán de escasa altura -alrededor de 1000 mts- que no se lo tenía en cuenta como riesgo ya que no mostró actividad por casi 8.000 años. De hecho el asentamiento de una ciudad de su mismo nombre -capital de la región- muy cerca de sus laderas ha representado una buena parte del problema ya que luego de una evacuación masiva hoy es fruto de intensas controversias entre quienes quieren volver a sus casas y el gobierno que ya ha anunciado su inviabilidad y el nuevo emplazamiento a casi 10 kilómetros del actual.



//El Chaitén. Quedan mucho más que cenizas.

ENTRANDO POR ESQUEL

El día 3 de febrero, a una cabaña alquilada por el equipo de colegas neozelandeses, se acercó un campesino de origen galés de nombre Ricardo, estaba ansioso por compartir información de lo ocurrido durante los días de crisis vividos especialmente durante mayo y junio de 2008, si bien durante todo el año se registraron caídas de cenizas. Un hombre muy prolijo y metódico, a tal punto que tenía cuadernillos anuales donde escribía sus observaciones diarias, ¡de los últimos 25 años!. Lo mismo hacían su padre y su abuelo galés. Entre algunos detalles sobre las observaciones de Ricardo (hablaba galés con acento español) sobre las dificultades (y algunas ventajas) en sus campos, mencionó la formación de costras de color blanquecino en la superficie de los suelos cubiertos de cenizas. No se percibía olor, sin embargo se habló de que tenían alto contenido en calcio, es posible que el SO₂ formara rápidamente sulfatos que hidratados formarían una suerte de yeso. Los pastos fueron creciendo favorablemente e incluso comentó que hay en el 2009 mejores pastos que el año pasado, se observaba un verde muy claro en el pasto joven. No parecía haber afectado al ganado.

Esta información se contradice con la de otros pobladores de la Agrupación Nahuel Pan quienes declararon 100 cabezas de vacunos muertas por ingesta de cenizas en los pastos. Nahuel Pan se ubica al sur de Esquel y estuvo más expuesta a la lluvia de cenizas.

Actualmente hay entre 2 y 3 mm. de cenizas y el ganado ha perdido el pelo en los lomos, también las ovejas se cargan de cenizas entre la lana.

Se comentó que se han encontrado cenizas en el rumen de la vaca (Otro dato sería en el cuajar) aparentemente no pasaba el alimento al otro estómago, y morían por inanición aunque no hemos encontrado evidencias de esos comentarios.

El período de caída de cenizas comenzó el 2 de mayo. 14 días después hubo una gran acumulación de cenizas, el 16 de mayo fue la primer gran lluvia, algunos árboles se partieron por la carga de cenizas y el peso aumentado por el agua que la hidrataba y el balanceo impulsado por las ráfagas de viento.

También el tránsito se vio dificultado y caminar por la calle se tornó peligroso debido a que había mucho polvo en suspensión. Era común que ciudadanos desatentos no cuidaran la velocidad de sus vehículos generando mayor polvo en suspensión y perjuicio a los vecinos y a los otros vehículos, la visibilidad llegó a ser nula, y hubo un estado de tensión en los habitantes.

La ceniza entraba por las rendijas de las puertas y hubo que sellarlas. Para eso colocaban burletes y cintas en las ventanas y puertas. El Dr.

Peter Baxter (miembro de International Volcanic Health Hazard Network profesor e investigador del Instituto de Salud Pública de la Universidad de Cambridge) resaltó que si la erupción hubiera ocurrido en verano hubiera sido imposible soportar las puertas y ventanas cerradas, para la mayoría de las familias que solo excepcionalmente tienen sistemas de aire acondicionado.

El suministro de agua potable fue afectado debido a que los arroyos estaban saturados por cenizas, hubo que recurrir a las fuentes subterráneas pero fueron insuficientes, por lo tanto se realizaron tareas de cobertura de los canales de agua superficial para evitar que siguieran colmatándose por las lluvias de cenizas. El 2008 fue un año de sequía, se formaron capas en el suelo que permitieron que el agua corriera por encima de ellas, y no penetrara a los acuíferos. La sequía también agravó los inconvenientes en la salud, principalmente en las vías respiratorias, tos, con afectación en las vías alta y baja.

No hubo muchos problemas con la nieve, aunque tampoco fue ese un año de muchas nevadas, lo cual a su vez redujo el atractivo del turismo invernal. Todas las piezas de hierro expuestas se oxidaron, hasta los cierres de las camperas, según Mirta de Nahuel Pan, se veían oxidados los techos, palas y alambrados.

Otro vecino, dueño de 500 Has de campo, declaraba que tendrá que reemplazar 21 Km. de alambre para alambrados y defensas por la oxidación.

El 22 y 23 de mayo fue el primer deshielo, y describen que la cobertura del terreno era muy extensa “las lombrices salían dificultosamente entre las costras de cenizas”.

Al día siguiente, 4 de febrero nuestra colega Ester Palmira Núñez comenzó el relevamiento sobre establecimientos educativos. Los comentarios fueron que todas las escuelas de la región interrumpieron las clases durante el apogeo de la erupción.

Ese mismo día visitamos el Hospital Zonal de Esquel, cuyo director y subdirector nos recibieron en una entrevista junto al Dr. Peter Baxter y la Dra. Carol Stewart (Eco-toxicóloga de la Universidad de Canterbury, Nueva Zelanda). La primera pregunta dio origen a una contestación muy similar a como luego lo haría el Director del Hospital de Futaleufú de Chile: el principal problema de salud durante la crisis de la caída de cenizas fue caracterizado como “psico-social”.

Con trastornos personales: como depresión, angustia, trastornos de la personalidad, agresividad. El alcoholismo y la violencia familiar pudieron haberse incrementado pero no hay registros fehacientes. Los trastornos familiares: conflictos, separaciones matrimoniales y los institucionales: principalmente en las escuelas, las maestras y los padres de los alumnos, con un grado de desconcierto en la operatividad.

Defensa Civil generó un “Comité de crisis” con participación de cada ciudadano y a nivel local se preparó un plan de contingencia.

En la infraestructura hubo algún problema como cortes eléctricos: programados, otro por cortocircuitos (los de la Cooperativa dicen que no se cortó nunca la energía, la central hidroeléctrica de Futaleufú fue interrumpida, pero hubo suministro de energía por casos de emergencias).

En la estructura del edificio del hospital: Se taparon las canaletas y el agua entró al cielorraso que colapsó,

Como mencionamos en el Número 2 de PoSibles la constitución de un grupo interdisciplinario sobre volcanes y salud GEVAS en conexión con la red internacional de riesgos volcánicos para la salud (IVHHN según sus siglas en inglés) ha estado particularmente activa en El Agora desde mediados del año pasado. Los cambiantes escenarios ofrecidos por el volcán Chaitén cercano a las ciudades de Esquel y Trevelín en Chubut nos mantuvo sumamente alertas, buscando e intercambiando información y en la primera semana de febrero tuvimos una oportunidad de conocer de primera mano lo que allí ha estado ocurriendo acompañando a un grupo de científicos de la red internacional de riesgos volcánicos de la salud IVHHN.

La Dra. Elizabeth I. Rovere Geóloga especialista en Volcanes visitó la región binacional a 8 meses de la primera erupción y reporta para los lectores de PoSibles una parte de esta experiencia..

afortunadamente sin daños personales. Hubo que reemplazar 1000 metros cuadrados de cielorraso. Se tomaron medidas de prevención en las ambulancias, por ejemplo, se utilizaron filtros para retener las cenizas –con telas de algodón con aceite- hubo que cambiar las cintas de frenos, filtros de aire, y hacer más reparaciones que de costumbre.

El hospital tiene un generador de electricidad pero funciona parcialmente, están preparando una licitación para comprar una más grande. No tienen registros sistematizados de enfermedades que puedan ser específicas o atribuibles a los riesgos volcánicos. El Sistema de Salud Pública en la zona cordillerana de la provincia de Chubut comprende una red de servicios que tiene como efector de referencia al Hospital Zonal de Esquel del cual dependen 7 centros de Salud (en la ciudad de Esquel, 35.000 habitantes) y 13 hospitales rurales ubicados en cada uno de los municipios y comunas de la zona cordillerana articula con 7 hospitales rurales y 14 centros asistenciales (45.000 habitantes) comprende una superficie de unos 400 km. x 300 Km. Cubriendo el noroeste de la provincia de Chubut. Los casos de asma y enfermedades pulmonares disminuyeron durante los primeros dos meses gracias al uso de barbijos, posteriormente se incrementó como fuera en otros años.

Durante el mes de mayo comentaron que se percibía un gusto particularmente metálico en el agua de consumo.

En la población originaria de Nahuel Pan, se colectaron muestras de cenizas y plantas, se entrevistó una familia sobre su percepción de problemas de salud. La familia tiene antecedente de asma, y comentaron que comenzaron a tener problemas digestivos, mencionaron en sus términos que “se pegaban los intestinos” de un anciano de la familia que hubo que operar. En la comunidad estaban preocupados y

comentaron que murieron 100 cabezas de vacunos.

Se realizó una entrevista colectiva en la Cooperativa de Esquel: el Gerente General, ingenieros y químicos del área ambiental comentaron como tuvieron que solucionar los problemas, principalmente con el agua, las cenizas podían tapar las alcantarillas, y por eso decidieron taparlas (con bolsas de polietileno duras), así el agua de lluvia y nieve escurría por encima y no arrastraba hacia abajo las cenizas que solidificaban con el agua como cemento. Luego realizaron la limpieza y el transporte de las cenizas con camiones a un sector de relleno sanitario.

FUTALEUFÚ, ENTRANDO A TERRITORIO CHILENO

El 5 de Febrero de 2009 llegamos a Futaleufú (Chile), un hermoso lugar situado entre montañas a pocos kilómetros del límite con Argentina y con la ciudad de Trevelín.

El director médico del Hospital zonal de Futaleufú fue entrevistado por Peter Baxter y Graham Leonard (Servicio Geológico de Nueva Zelanda), al principio colaboramos en la interpretación inglés – español, pero luego de 10 minutos la confianza en la conversación se fue ganando y no hizo falta traducción.

El director nos relataba: “El 2 de mayo comenzó en Futaleufú una gran caída (lluvia) de cenizas que duró unos 10 días, recién entonces cayó la primer lluvia (de agua) y comenzaron las nevadas, sobre 30 cm. de cenizas, cayeron 50 cm. de nieve”. Según los datos recopilados por el equipo de Nueva Zelanda, la ceniza no supero los 7 u 8 cm., pudo haber alcanzado a caer 15 cm. como máximo.

Se comentó que, según un meteorólogo de la zona, las nevadas ocurrieron con temperaturas de 2° y 3° C, (en vez de 0 grados) por un fenómeno de “enucleación” con las cenizas. También ocurrió un accidente por la caída de un puente con un pastor y sus animales, por exceso de peso generado por el depósito de cenizas durante una lluvia.

El hospital de Futaleufú depende del Ministerio de Salud Pública Chileno; durante los primeros 20 días estuvieron incomunicados, se cortó la luz y el agua, y la red de Internet. El 40% de la población usa Internet. El generador del hospital fue insuficiente y el del pueblo también. Tenía autonomía por tres días, pero colapsaba por exceso de consumo.

En cuanto a la salud, los casos de asma se agravaron pero no hubo nuevos durante los primeros 3 meses. Desde el 17 de mayo hasta diciembre el problema fue la caída de cenizas y el suministro de agua potable.

Durante las primeras 3 semanas el agua llegó desde Trevelín (Argentina) en camiones tanque hacia Futaleufú, hasta que se instaló una planta potabilizadora. Durante un período se extrajo agua de un lago local pero comenzaron a percibir problemas de salud relacionados con la potabilización y complicaciones gastrointestinales. Se realizó un pozo de 70 metros, el bombeo se realiza actualmente y se retornará a la extracción de agua del río cuando se reduzca la turbidez. (El agua de esa región es normalmente de muy buena calidad, hay vertientes naturales y aguas de deshielo de glaciares de las altas cumbres).

El 17 de mayo de 2008 la auto-evacuación dejó 400 personas en Futaleufú, durante dos meses unas 1500 personas emigraron. En noviembre un censo no oficial registró 2500 personas, el incremento continuaba hasta la fecha de nuestra visita debido a los evacuados de Chaitén, y a la posibilidad de fundar en Futaleufú la nueva capital del Departamento Palena. Las viviendas no alcanzaban y era necesario comenzar a construir otras en forma urgente.

Desde hacia varios meses, en toda la región se realizaba un sondeo diario de calidad de aire. Pudimos ver los instrumentos en la puerta

del hospital de Futaleufú y hablar con las personas responsables de informar los datos de 9 monitores colocados estratégicamente para captar cualquier anomalía o exceso de partículas de cenizas de tamaños menores a 10 micrones. Hay registros desde mayo de partículas de Sílice, Magnesio, Zinc, Plomo, Cadmio y Hierro. El monitor automático, que también mide gases, está colocado desde principios de enero 2009.

De los resultados obtenidos nos informaron que no se detectó azufre significativo durante toda la erupción del Chaitén, eso hubiera sido apreciado por el fuerte olor, muy común en otras erupciones volcánicas pero no en la del volcán Chaitén que es diferente a otros.

En suspensión las cenizas volcánicas producen una sensación desagradable por su olor más o menos azufrado, puede irritar la piel, las mucosas, la nariz, los ojos lo que hace que la gente acepte con mayor facilidad el uso de barbijos que no son todos iguales y deben adecuarse a la naturaleza de las cenizas emanadas. Más difícil es mantener a los niños y niñas con barbijo y desalentar ejercicios físicos al aire libre aunque por la superficie pulmonar total el cuidado de los chicos debe extremarse aún más que el de los adultos. Una particular atención se le debe brindar a ciertas micropartículas que no son percibidas en forma directa y que pueden acompañar o no a las cenizas visibles. Se trata de cristales de sílice ultra-pequeños que pueden afectar el aparato respiratorio justamente porque por su tamaño no permiten que los mecanismos habituales de defensa frente al polvo ambiental se activen.

El 95% del sistema de emergencia quedó centrado en la salud pública. Bajos índices de Asma, se enfatizaron los casos de niños con enfisema pulmonar obstructivo crónico (EPOC), hubo 10 casos de neumonía en invierno.

La evacuación duró 2 meses aproximadamente, comenzaron a retornar en julio. Muchas familias migraron a Argentina, algunas no retornaron. Las escuelas se cerraron en ese período. Quedaron muy pocos niños. El gobierno distribuyó cintas para sellar las ventanas y se limpió totalmente la ciudad, se usó agua para limpiar las calles y se utilizó un producto biológico * que aglomera las cenizas. También hubo distribución de cajas con alimentos de primera necesidad como aceite, leche en polvo, fideos.

La población evacuada de Chaitén que ingresó a Futaleufú presentó depresión, angustia e incremento de alcoholismo, también se han detectado casos de

violencia familiar, no se puede definir si es agravada porque son poblaciones migratorias.

El aeropuerto de Futaleufú fue reabierto en julio. También el SAG (Servicio Agro Ganadero de Chile) trabajó activamente.

Se sienten los temblores del Chaitén (tremors) que en mayo fueron de gran intensidad, pero varios meses después al 5 de febrero de 2009, se sentían temblores de baja frecuencia. Hay varios sismógrafos en la ciudad.

La afectación de la infraestructura fue intensa, al igual que en Esquel, hubo gran corrosión en techos de chapa, (oxidación) en cables y alambrados, los pudimos ver en la ruta hacia Chaitén, líneas de alambrados rojos y líneas que permanecían metalizadas porque eran alambres zincados. Colapsaron techos de algunas leñeras.

Ante la pregunta de cuáles son los casos más recurrentes de consulta en el hospital de Futaleufú, el Director contestó que son los traumatismos de turistas por navegación en kayak, en la región están los ríos más frecuentados por esta actividad. Evidentemente los efectos de la erupción no parecieron ser importantes en ese sentido.

Cuando se dificultó el tránsito en la carretera austral por la erupción del volcán, las ambulancias de Futaleufú salían a Argentina por Trevelín y recorrían por Argentina, Lago Puelo, El Bolsón, entrando por esa ruta al hospital de Puerto Montt por el paso Puyehue. El viaje puede demorar 12 horas dependiendo de la situación climática y de las rutas.

El Director nos comentó que observó peces muertos en el río Yelcho y el Espolón, que son ríos muy corrientosos que provienen de las laderas del gran macizo nevado del volcán Minchi Mahuida. Durante varios meses no hubo pesca por la



//Desolación. La mayoría de las casas quedó sepultada bajo los lahares.

Lagos. XI, que se encontraban montando el laboratorio de aire y agua. Nos recibieron muy amablemente y nos explicaron cuales eran sus responsabilidades, en la hora del almuerzo, cuando nos retiramos a comer, él y un compañero que fue evacuado de su casa en Chaitén, aprovecharon el tiempo para reponer el trabajo porque se encuentran bajo una gran presión. En ese sitio se centra la información de todos los monitores de aire de Futaleufú, todos ellos tienen una estación meteorológica incorporada o próxima. Según informaron en todos los aeropuertos de Chile hay un monitor de aire, según reglamentaciones internacionales, (ver VAAC, OACI). Los estudios de agua que se realizan allí son de tipo primarios, miden conductividad, pH, temperatura, turbidez, alcalinidad, y bacteriológicos.

Toda la información registrada diariamente se envía a ONEMI Santiago de Chile, Ministerio de Ambiente, de Salud, el Hospital local y la Radio. En Chile, toda la información ambiental debe estar disponible al público, con el informe técnico respectivo.

CHAITÉN AL PIE DEL VOLCÁN

Arribamos a Chaitén el 5 de febrero de 2009 a las 22.00 hs. La ciudad estaba a oscuras, nos hospedamos en un Apart Hotel y nos encendieron un generador que se apagó a las 12 de la noche aproximadamente. Se veían casas iluminadas con Sol de Noche y gente caminando con linternas, pude observar una ciudad balnearia con una hermosa costanera que mira al océano Pacífico, es una sensación rara para una argentina mirar el mar hacia el oeste.

A la mañana siguiente la impresión fue desoladora, la única fracción que tenía sus viviendas intactas era

//La población evacuada de Chaitén que ingresó a Futaleufú presenta depresión, angustia e incremento de alcoholismo, también se han detectado casos de violencia familiar.//

turbidez, a la fecha se estaba recuperando la transparencia del río. En el río Espolón ya no había turbidez y el río Futaleufú, que atraviesa varias poblaciones en Argentina, estaba nuevamente recuperando su fauna.

Las ambulancias tenían los vidrios esmerilados por la abrasión de las cenizas, se dificulta la visión, todos los vidrios, no sólo el parabrisas, era necesario cambiarlos. Todos los filtros, aceite, y otros accesorios de los vehículos fueron reemplazados hasta 4 veces en el año 2008, comúnmente ocurre 1 ó 2 veces al año.

Cuando las tuberías, alcantarillas u otros conductos se taparon se utilizó agua a presión. Pero en general se tenía mucho cuidado con la mezcla de agua con cenizas, porque empastaba y cementaba.

Visitamos el Laboratorio de calidad de aire ubicado a 100 metros del hospital: conversamos con el responsable de la Oficina Sanitaria Futaleufú SEREMI, y luego con la encargada de la Secretaria Regional Ministerial de Salud, Región de Los

la nuestra. Todas las casas habían sido “movidas” de su sitio, algunas destruidas, otras deformadas. Creo que el 100% de la construcción es de madera, era un panorama muy triste. Daba ganas de hacer algo, de ayudar. En seguida se despejó algo el cielo, serían las 9 de la mañana y el volcán dejó ver, estaba ahí nomás, a 8 Km. en línea recta, pudimos tomar algunas fotos. Parecíamos los únicos intranquilos, algunos turistas se acercaron para verlo desde nuestro ángulo, pero los vecinos parecían indiferentes a lo que estábamos viendo. En menos de 5 minutos pudimos ver un colapso parcial del domo (una de las patas del pináculo), un flujo piroclástico hacia la ladera sudoriental y luego se cubrió toda la cumbre de nubes blancas y pardas mezcla de piroclastos, cenizas, gases y vapor.

Tomamos muestras y sacamos fotos. Parecía algo normal, pero nosotros estábamos ubicados en el abanico aluvial donde se depositan todos los productos de ese volcán, a unos 2000 metros mas abajo y solo a 8 Km. de distancia. Lo único que nos tranquilizaba era que el viento soplabla hacia el norte.

Pude hablar con dos mujeres que perdieron sus casas, el gobierno les está pagando un subsidio de 500.000 pesos por mes, pero les preocupa que eso finalizara en junio. Los pobladores se quejan de que no se respetan los derechos humanos de los pobladores.

Fue muy doloroso cuando contaban que ahí habían nacido ellos y sus nietos, que habían pasado toda una vida en ese lugar y que de pronto debían dejarlo, era comprensible, daba ganas de decirles que todo iba a pasar y que el volcán se iba a apagar pronto, pero sabíamos que no era así, esa espina arriba del domo nuevo, y la energía que liberaba..., la erupción del Chaitén parecía tener para largo.

A las 3 de la tarde tomaríamos el Ferry Don Baldo para Puerto Montt. Teníamos tiempo para recorrer la zona. Tomamos la continuación hacia el norte de la carretera austral, por la base oriental del volcán, la vegetación es muy densa, las precipitaciones superan los 1000 mm, al aproximarnos pudimos ver el depósito de un “surge u oleada piroclástica” que debió haber bajado a gran velocidad por la ladera arrastrando la vegetación y secándola, dándole un aspecto de quemado pero sin fuego, estos flujos de ceniza y gas caliente que dañaron la vegetación son denominados “surge”.

Cuando nos acercamos a la escollera donde iba a llegar el ferry se inició una manifestación de protesta por el desalojo forzoso de los pobladores del Chaitén. Recordemos que el 6 de mayo toda la población fue evacuada sin ninguna fatalidad. Durante los meses siguientes, si bien no estuvo permitido el regreso, debido a que se mantuvo el alerta rojo, muchos evacuados, y algunos intrusos, comenzaron a habitar las casas, algunas semidestruídas. Me llamó la atención cuando uno de los manifestantes desplegó una bandera argentina; tomó la palabra y manifestó que “quería ser argentino, porque sus hijos habían tenido asistencia en Esquel y la ayuda humanitaria llegaba desde Argentina”.

Fueron momentos de mucha confusión, ver bajar gente del Ferry que llegaba para instalarse, y al mismo tiempo al volcán hiperactivo.

Miriam, una habitante de Palena entrevistada en el Ferry Don Baldo en el viaje de Chaitén a Puerto Montt, que duró 8 horas, comentó: “Quieren hacer desaparecer un pueblo”.

La población de Chaitén (comuna y Capital de la provincia de Palena) era de unos 6000 habitantes, hasta el 5 de mayo del 2008. Fueron evacuadas todas las personas, quedaron 8 de protección civil, carabineros y bomberos. No permitían que se llevaran mascotas, ni animales durante la evacuación.

Chaitén es una ciudad que a mediados de mayo de 2008 fue

destruida por un lahar (flujo hiperconcentrado de material volcánico, detritos, restos de plantas y de todo aquello que se interpone en el paso del flujo, así como materiales artificiales arrastrados), cubrió el 70% de las viviendas, algunas fueron arrastradas a más de 2 Km. de la línea de costa. A la fecha el gobierno paga 500.000 pesos a cada jefe de familia-tipo damnificado, unas 4000 personas. A los estudiantes (muchos vivían en Chaitén, como el hijo de Miriam, donde terminaban los estudios secundarios, ya que en Palena no hay colegios secundarios) les dieron bonos de estudio y materiales didácticos. El gobierno y el Ministerio del Interior anunciaron la expropiación de todas las viviendas en forma obligatoria y la destrucción de las mismas. Se ha sugerido la comuna de Futaleufú como la nueva capital de la provincia. Aunque noticias posteriores anuncian una refundación de la Ciudad en un asentamiento más alejado del volcán.

En una entrevista al Director de la ONEMI de la Región de los Lagos pudimos comprender mejor la situación.

Crónica de una emergencia. (7 de febrero de 2009 en Puerto Montt).

Explicó en orden cronológico sus acciones desde el primer aviso o alerta en Chaitén, cuando aun se desconocía que existiera una erupción volcánica.

1 de mayo : Notificado por teléfono sobre temblores en toda la región de Chaitén, se suponían eventos sísmicos, hasta entonces no volcánico, entonces se ocupaba el OVDAS (Observatorio Volcanológico de los Andes Centrales). Población muy asustada. La ONEMI estaba

//El 12 de mayo de 2008 la ciudad de Chaitén fue destruida por un lahar (flujo o torrente saturado en agua con fragmentos de roca volcánica y barro), este cubrió el 70% de las viviendas, algunas fueron arrastradas a más de 2 Km. de la línea de costa.//

preparando sus operativos de emergencia por terremotos, no por erupción volcánica, los epicentros no definían al Chaitén, estaban situados hacia el Minchi (no Michin) Mahuida.

Madrugada del 2 de mayo: El Director de la ONEMI Región Los Lagos viajó a Chaitén, 1.00 a.m. A las 9.00 un poblador del Amarillo llegó a Chaitén con un puñado de cenizas, inmediatamente fueron hacia la zona para corroborar y al acercarse al río Amarillo detectaron desde la camioneta y en el parabrisas las cenizas, a partir de ese momento toma acción el SERNAGEOMIN y viajó el Dr. Jorge Muñoz. Se giró el plan de emergencias de Actividad Sísmica a Erupción Volcánica y no había tiempo de esperar órdenes de Santiago, estaba previsto que las acciones inmediatas las debe tomar el jefe de la comuna afectada, afortunadamente ya estaba el director

de ONEMI regional en la zona y también el de la comuna, y las autoridades superiores en estado de alerta. La ONEMI provincia se ocupó de organizar los lugares para albergar a los evacuados, comunicado en red con intendentes, carabineros y la armada.

Acciones tomadas:

A.- Se pone al tanto de la ubicación de la población rural o alejada de Chaitén alrededor del volcán y se los concentra en Chaitén, parten móviles de carabineros a buscar a la gente. En la zona del río Amarillo la situación es crítica. Se cierran los accesos Norte y Sur, nadie puede entrar ni salir.

B.- A través del registro de personas, de la comuna de Chaitén, se realiza un operativo de convocatoria a los jefes de familia por horarios a través de la radio local y personalmente, puerta a puerta.

Ya en esa instancia, carabineros y bomberos operaban, ya estaban informados ONEMI Santiago desde el primer momento, pero las decisiones las tomaban las autoridades dentro de Chaitén, y GN operaba pero carabineros y bomberos respondían al jefe de comuna, quien daba la orden. El registro consistía en saber cuantas personas integraban el núcleo familiar y así poder organizar la evacuación y conocer la capacidad que tenían los barcos, barcazas o ferries.

Fueron las empresas privadas de transporte marítimo las que desviaron su circuito, y se pusieron a disposición del Estado, (GN comentaba la importancia de generar conciencia y entrenamiento constante en las empresas privadas sobre su rol en la asistencia social y la devolución a la sociedad). Además debían coordinar en red, quienes iban a recibir a los evacuados en cada puerto, había quienes querían ver a sus familiares, otros que no estaban seguros, había una gran crisis y desconcierto colectivo. La orden era que debían salir con lo puesto, no se podían transportar muebles ni "mascotas". No se podía ocupar lugar extra en las naves porque no había certeza de cuando y como se iba a agravar la situación.

Se impidió a la prensa que interviniera y se tranquilizó a la población diciéndoles que era temporal, que carabineros cuidarían del lugar y que luego de terminada la crisis podrían volver a sus casas. Se formó una "Comisión de Emergencia de la Comuna de Chaitén" y comisiones de dirigentes que eran representantes de los pobladores evacuados.

Con respecto a las mascotas, GN (además Médico veterinario) mandó distribuir sacos con alimentos para perros en todo el perímetro de la ciudad. Las mascotas (relataba GN) al estar lejos de sus familias, se vuelven tímidas al contacto con otras personas y se escapan de ellas. Una veterinaria en Futaleufú contaba que recibieron de las ONG 50 perros para cuidar, inicialmente fue muy difícil debido a que había muchas peleas, luego armaron caniles dividiéndolos por grupos, colocando perros pacíficos con alguno agresivo. Tampoco eso funcionó cuando notaron que la agresividad se contagiaba en alguno de ellos y se volvía en contra del más pacífico. Finalmente aislaron individualmente a los agresivos.

3 de mayo: Comienza la evacuación por mar. "La situación era como la evacuación de refugiados de guerra, todavía recuerda imágenes de niños abrazando a sus madres envueltos en mantas.

Durante los primeros meses, cuando GN ya volvió a su casa en Puerto Montt, soñaba que corría con niños escapando de un flujo de lava, o de un flujo piroclástico, esos días dejaron una marca en la memoria de GN. También GN, 9 meses después, durante esta entrevista, expresó la importancia de incorporar a las mascotas al núcleo familiar, "cuando fuera posible...", "... así se evitarían grandes trastornos psicológicos que después resultan de consecuencias más graves".

Se evacuaron alrededor de 3800 personas.

4 y 5 de mayo: finalizaban las evacuaciones en Chaitén.

6 de mayo: se llamó a la prensa para que difundiera el estado de la situación y dieron instrucciones a los medios para que a través de las imágenes tranquilizaran a las familias y mostraran que sus casas estaban custodiadas. GN reconoció la importancia de difundir permanentemente la información y el estado de la situación, porque el ocultamiento de la información genera sospechas de que la situación sea mas grave de lo que se supone.

12 de mayo: Luego del flujo lahárico, se recogieron los perros abandonados y trabajaron en colaboración con Organizaciones No Gubernamentales y Asociaciones de Protección de Animales a las áreas de los

//A través de monitores, instrumentos de medición e investigación de campo, análisis químicos de cenizas, de aguas, estudios de las geoformas, del relieve, etc., se pueden "pronosticar" eventos, pero difícilmente se pueda "acertar" la fecha en que estos eventos pueden ocurrir.//

evacuados, les sacaron fotos individuales y en acción coordinada con los medios de prensa se difundieron las fotografías para que sus dueños los identificaran. También muchos animales fueron cuidados en áreas de la Armada, algunos sin dueño y otros, en los que los dueños pueden visitarlos pero no tienen espacio para albergarlos en su nueva condición.

El 7 de febrero "Actualmente el peligro y el riesgo de desastre continúa, y puede agravarse. Los peligros del Chaitén son: Lahares, Flujos Piroclásticos y Caída de Cenizas (polvo y piedras de diferentes tamaños).

El 18 de febrero, diez días después de nuestra visita, colapsó gran parte del pináculo y la dirección del viento roto hacia el sur, flujos piroclásticos y lahares en el amarillo y chaitén, y la "pluma" de cenizas volvió a alcanzar el océano Atlántico hasta Trelew.

El SERNAGEOMIN, a través de su director desde el 2 de Mayo difundió más de 100 informes, en una coordinación notable, una tarea que fue elogiada por la comunidad científica internacional.

COMENTARIO FINAL

Es muy importante destacar que hoy, no hay en el mundo un sistema de monitoreo que permita a los geólogos regionales o vulcanólogos predecir una erupción volcánica, ni un sismo, ni un desastre telúrico

de ningún tipo. No obstante, a través de monitores, instrumentos de medición e investigación de campo, análisis químicos de cenizas, de aguas, estudios de las geofomas, del relieve, etc., se pueden “pronosticar” posibles eventos.

Es necesaria la permanencia y el control periódico en el monitoreo y estudio de los procesos, en este caso volcánicos, que pudieran originar daños “a corto o largo plazo” a la sociedad, esto es: salud, infraestructura, agricultura y ganadería, economías regionales, transportes, comunicaciones, aeronavegación, ... a través de una planificación estratégica y un plan de prevención coordinado y actualizado.

Argentina necesita una planificación integral de riesgo volcánico debido a que por su posición geográfica al este de los Andes y por efecto de los vientos, es vulnerable a los efectos, principalmente de caída de cenizas y gases provocadas por la centena de volcanes que pueden reactivarse en la cordillera de los Andes. No obstante, la experiencia reciente de la erupción del volcán Chaitén y las consecuencias que aún se siguen sufriendo por las caídas y removilización de cenizas tienen como testigos a los pobladores del noroeste de Chubut, oeste de Río Negro y Santa Cruz. En cuanto a la cuantificación del riesgo, en medidas de probabilidad de erupciones, será directamente proporcional a la planificación y la prevención, junto con una organización de redes de monitoreo. Es por eso que en GEVAS – El Agora conformamos una red de acción para que como en Chile, se logre la creación de un Observatorio Volcanológico Argentino.

Durante los meses de mayo y junio de 2008, la ciudad de Bariloche sufrió los efectos de este fenómeno, la aeronavegación también se vio afectada y naturalmente un observatorio podría concretar no sólo una herramienta de varios sectores e instancias del Gobierno nacional y de los Gobiernos subnacionales sino además el derecho de todo ciudadano a estar informado.

El gobierno de Chile desde el 2 de mayo de 2008 mantiene el “alerta rojo” alrededor de la región del mapa de riesgo volcánico (mapa trazado por los geólogos – vulcanólogos - sismólogos) del Chaitén, por los daños que pueden producir flujos de lahares (torrentes de barro y piedra, a veces caliente) y la “lluvia de (polvo y piedritas) – cenizas volcánicas”.

Las erupciones de volcanes como El Chaitén, son de gran interés para la comunidad científica internacional debido a que es un volcán diferente, “eyecta fragmentos sólidos y gases” de composición altamente silícica, estos fragmentos sólidos pueden ser muy grandes (llamados bombas volcánicas, y lapilli si son mas pequeños) y caen cerca del volcán, porque son muy pesados, entonces cuanto más lejos del volcán estemos, más pequeñas serán las partículas.

Esto es algo muy importante para la Argentina, porque los vientos que llegan a la cordillera de los Andes, soplan predominantemente de oeste a este (westerlies), o sea hacia el Atlántico. A menudo con distinta dirección hacia el sudeste o al noreste, pero muy “rara vez” de este a oeste, o sea, hacia el Pacífico. Entonces la nube o “pluma” de eyectos (sólidos o gases) será direccionada por los vientos predominantes. Por eso es necesario trabajar en coordinación con los Servicios Meteorológicos de los países que tienen volcanes (en este caso Chile), ya que dependiendo de la energía de la erupción volcánica. El IEV (o VEI Volcanic Energy Index) es un factor que relaciona la altura alcanzada y el volumen de material eyectado, este factor combinado con la dirección y velocidad del viento, se modela a través de un procesamiento con imágenes satelitales estimando el trayecto que tendrá la pluma o nube, su altura y el tiempo que demorará en atravesar un determinado punto. Este monitoreo debe ser permanente y es fundamental para el sistema de alerta temprano

en la aeronavegación (VAAC).

En Futaleufú (Chile) muy cerca del límite con Argentina, a 30 km. de Trevelín, el Ministerio de Salud a través de la ONEMI, SERNAGEOMIN estableció una red

//// En cuanto a la cuantificación del riesgo, en medidas de probabilidad de erupciones, será directamente proporcional a la planificación y la prevención, junto con una organización de redes de monitoreo. Por eso GEVAS y El Agora conformamos una red de acción para que, como en Chile, se logre la creación de un Observatorio Volcanológico Argentino. //

de monitores con sensores de calidad de aire, en el cual pueden detectar si las partículas en suspensión originadas por lluvias de cenizas (polvo y piedritas) excede los límites tóxicos, todos los días se registra en un informe que se eleva a las autoridades, el hospital y la radio local.

En referencia a las protestas de los pobladores de Chaitén fue tan intensa la erupción de mayo que a la población comparativamente no le resulta significativo que el Chaitén siga eyectando enormes volúmenes de piroclastos y gases. El alerta rojo se mantiene, y la ciudad de Chaitén no tiene energía eléctrica ni agua. Algunos pobladores se resisten a abandonar la ciudad de Chaitén, aún conociendo el peligro que significa vivir próximo a este volcán tan especial, este no es un tema que debemos dejar de lado, tiene un significado social que deberíamos intentar comprender.



IV Taller Internacional de Salud Infante Juvenil.

Cómo estrechar lazos de Salud Internacional a través del intercambio científico.

Por Marcela Miravet Defagó**

Entre el 3 y 5 de marzo de 2009 tuve oportunidad de participar de este encuentro entre profesionales de Cuba y de Inglaterra, donde se comparten anualmente experiencias en actividades de promoción y atención de la salud infantil, se generan vínculos profesionales y se planean investigaciones conjuntas.

Organizado conjuntamente por la Dirección de Salud de la provincia de Camagüey y la Universidad de Nottingham, de Inglaterra, por iniciativa del Profesor de Pediatría, Dr. Imti Choonara, un entusiasta admirador del sistema de salud cubano.

Se desarrolló en el Museo San Juan de Dios de la ciudad de Camagüey, declarada por UNESCO Patrimonio de la Humanidad en julio de 2008, por su arquitectura colonial que me hizo recordar a la ciudad de Potosí, en Bolivia. La ciudad se caracteriza por las calles estrechas y sinuosas, los tinajones típicos en los patios coloniales y las innumerables plazuelas, iglesias y monumentos históricos.

Participamos unos cincuenta asistentes: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, estudiantes, cubanos, ingleses, canadienses, una rusa-inglesa, una colombiana-estadounidense, una danesa, yo, la única argentina, que tuve la responsabilidad de presentar una ponencia acerca de la Situación de la Niñez en Argentina, que titulé "Retrato de la desigualdad".

La recepción fue emocionante, con una visita y un concierto de la orquesta sinfónica de Camagüey en el Museo sede del Taller, construido en 1728, y que fuera originariamente el primer hospital de la entonces ciudad de Santa María del Puerto Príncipe, una de las siete primeras villas fundadas por los españoles en la isla. Fue este hospital en donde ejerció sus funciones de enfermero el padre Olallo en 1889, desde los 15 años de edad y durante 54 años, realizando cirugías menores y otras curaciones que le valieron la veneración del pueblo y su reciente beatificación.

En 1952 el solar fue designado Hospital Infantil para niños pobres, donde funcionó hasta 1968 en que se trasladó al Hospital de Niños en su sede actual, y se convirtió en el Museo San Juan de Dios, caracterizado por su patio colonial central y su torre con un mirador que permite una excelente visualización de toda la ciudad.

También tuvimos oportunidad de visitar el Museo Carlos Finlay, en la casa donde vivió el ilustre médico cubano que desarrolló la vacuna contra la fiebre amarilla. Recibimos como presente el sello postal editado en 2008 en homenaje a los 175 años de su nacimiento.

Las conferencias e intercambios se relacionaron con variadas temáticas, ordenadas en ejes temáticos:

Salud de la niñez en la comunidad: Rol del médico de familia y de los policlínicos en Cuba, Rol de médico de familia en el sistema de salud inglés, Atención de la discapacidad en Inglaterra y en Cuba, Organización del sistema de salud cubano para la respuesta sanitaria ante huracanes.

Salud en Camagüey y en América Latina: Colaboración médica cubana en Venezuela, La Escuela Latinoamericana de Medicina, Salud de la Niñez en Argentina.

Niños críticamente enfermos: Manejo del estado epiléptico, Terapéutica en niños críticamente enfermos en Camagüey, Síndrome Urémico Hemolítico (experiencia en la epidemia de 2000 en Walkerton, Ontario, Canadá).

Investigaciones: Investigación en oncología pediátrica, y en el Hospital de Niños de Camagüey. Investigaciones clínicas en niños con infecciones a protozoos, Investigaciones clínicas controladas en niños en Cuba, Investigación cualitativa sobre la perspectiva de médicos y padres acerca de la enfermedad por Giardias.

Terapéuticas pediátricas: Rol de los Comités de Investigación en Camagüey, Desarrollo de Guías de Prácticas Clínicas, Uso racional de antibióticos en la comunidad, Manejo del dolor en Camagüey, Rol de enfermería en la acción fármaco terapéutica.

La participación y el debate fueron intensos, se analizaron y discutieron líneas de investigaciones colaborativas y se formularon propuestas de temas a incluir en el próximo Taller en 2010.

Realizamos una visita al Policlínico comunitario docente "Julio Antonio Mella", donde tuvimos oportunidad de intercambiar con los alumnos que cursan medicina en la nueva modalidad descentralizada, con práctica en el policlínico desde el ingreso a la carrera, orientada a la Atención Primaria de la Salud.

Recorrimos el Hospital Pediátrico provincial "Eduardo Agramonte Piña". Fundado en 1908 como Hospital de la Colectividad Española y designado en 1973 como Hospital de la Revolución, es un centro de referencia para las provincias centrales de Cuba, y centro nacional para la atención del Neurotrauma, cuenta con 410 camas de dotación, que incluyen terapia intensiva pediátrica y neonatal.

Fuimos agasajados con una cena de honor por el Ingeniero Agropecuario Andrés Morales, presidente de la Asamblea Popular de la ciudad de Camagüey, y delegado a las Asambleas provincial y nacional, quien nos explicó el sistema de elecciones de delegados a las Asambleas populares y con el que intercambiamos opiniones acerca de temas generales de la vida en Cuba y de interés particular de los visitantes europeos en relación del sistema de salud cubano.

Todo el encuentro fue un nutrido intercambio de idiomas, experiencias, conocimientos, y fundamentalmente, afectos, que generaron nuevos vínculos, y una forma PoSible de hacer Salud Internacional simple y refrescante, en un ambiente que nos remontó al pasado, con el sabor de lo popular, con el ritmo de la paz pueblerina y los orígenes afro-cubanos, con una proyección científica invaluable.

Como dijo José Martí, el amado poeta cubano:

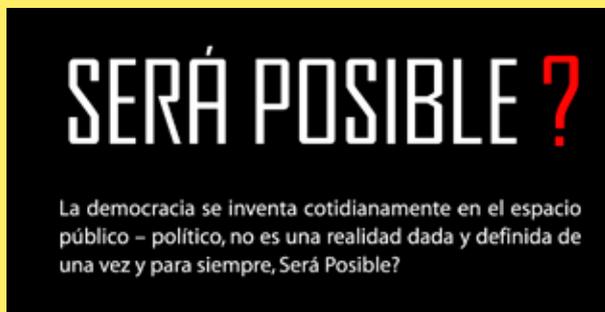
"¿Para qué, si no para poner paz entre los hombres, han de ser los adelantos de la Ciencias?"

**Miembro del Consejo Editor de PoSibles.

*Envíenos su comentario sobre eventos de formación, capacitación e intercambio de conocimientos a: posibles@gmail.com

ACTIVIDADES EN EL AGORA

¿SERÁ POSIBLE UNA MEJOR DEMOCRACIA?



Con esa pregunta como disparador El Agora realizó el documental *Será Posible?* que reflexiona, a través de experiencias de democracia deliberativa, sobre nuestras democracias y las posibilidades de profundizarlas mediante la participación ciudadana.

En la ciudad de Córdoba (Argentina) más de 75 % de la población de Córdoba prefiere la democracia como régimen político, pero en la práctica no participa activamente en actividades relacionadas a la política, según una encuesta realizada por la Universidad Católica de Córdoba. Una realidad que se repite en muchas ciudades latinoamericanas.

¿Cómo podemos recuperar el vínculo entre los ciudadanos y el Estado? Sobre esta temática dialogan ciudadanos que protagonizan experiencias de democracia deliberativa en cuatro municipios de la provincia de Córdoba, con especialistas de diversas áreas de las ciencias sociales: sociología, ciencia política, filosofía y psicoanálisis.

Será Posible? expone experiencias y posturas sobre la democracia, la participación ciudadana, la confianza entre las personas y en las instituciones, y sobre la posibilidad de construir colectivamente las agendas públicas desde el diálogo, en un momento en el que se hace necesario encontrar nuevas alternativas y respuestas para una población desencantada de la política.

El documental se desarrolla en el marco del Programa Construyendo Agendas de la Asociación Civil El Ágora. Este programa tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento de los procesos democráticos, mejorando la relación entre los ciudadanos y el Estado y de los ciudadanos entre sí, y promoviendo la construcción colectiva de agendas públicas.

Idea original: Asociación Civil El Ágora

Dirección: Andrés Dunayevich

Producción Periodística: Nicolás Rotelli

Asesoramiento audiovisual y edición: Alejandro Álvarez

CIUDADES MÁS JUSTAS Y SUSTENTABLES



Primero apareció en Colombia y luego se propagó a Brasil y el contagio llegó a otras ciudades latinoamericanas. No es un nuevo virus ni una enfermedad. Es el proceso que comenzó con 'Bogotá, Cómo Vamos': una experiencia impulsada desde la sociedad civil que en 12 años logró transformar la realidad de la capital colombiana mediante el control a la gestión municipal sustentado principalmente en el seguimiento estadístico de todas las áreas que componen el gobierno de la ciudad.

En Brasil, el Movimento Nossa São Paulo – Outra Cidade nació a la luz de la experiencia colombiana.

Integrada por más de 500 organizaciones de todos los ámbitos se encarga, sobre todo, de monitorear una enorme cantidad de variables que describen la calidad de vida en la ciudad y de proponer soluciones para problemas concretos.

Nossa São Paulo pretende construir una fuerza política, social y económica capaz de comprometer a la sociedad y sucesivos gobiernos con una agenda y un conjunto de metas a fin de ofrecer mejor calidad de vida para todos los habitantes de la ciudad.

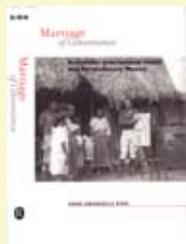
En Córdoba (Argentina) un grupo de organizaciones de la sociedad civil, entre las cuales se encuentra El Agora intentan desarrollar una experiencia similar. Con este fin invitaron a Mauricio Broinizi, Coordinador Ejecutivo del Movimento Nossa Sao Paulo, quien se reunió con concejales, referentes de organizaciones, cámaras empresariales y las universidades de la ciudad.

EL AGORA EN DUBAI

El Agora, nodo en el cono sur del Foro Iberoamericano y del Caribe sobre Mejores Prácticas, participará de la ceremonia de entrega del Premio Dubai 2008 a las 12 experiencias ganadoras, que tendrá lugar en Dubai, el 11 de mayo. Además, los nodos de las diferentes regiones que son parte del Programa de Mejores Prácticas de UN-HABITAT participarán de reuniones de trabajo para definir los pasos a seguir para la edición 2010 del mencionado premio.



Libro: MATRIMONIO POR CONVENIENCIA. Salud Internacional, Rockefeller y el México revolucionario.



Autora: Anne Emanuelle Birn
- University of Rochester Press
Rochester. USA, 2006.
(Original en inglés)

Por Laura Sacchetti*

En enero de 1921, tras una década de guerra cruenta, el nuevo gobierno de México halló un socio desparejo para poder cumplimentar las promesas revolucionarias hechas al pueblo. Una filantropía ambiciosa, nacida de la riqueza del capitalista más destacado de Estados Unidos, ingresó a México ofreciendo dinero y experiencia para contrarrestar una inminente crisis en la salud pública.

¿Por qué se unieron la Fundación Rockefeller y el México revolucionario?, y ¿Cómo fue que duró esa alianza por más de treinta años entre tensiones binacionales, revueltas internas y cuestionamientos institucionales?

Trascendiendo los balances hagiográficos (técnica historiográfica que 'santifica' a los personajes que analiza) estereotipados y argumentos simplistas de imperialismo cultural, 'Matrimonio por Conveniencia' ofrece un análisis pleno de matices de la Fundación y el Departamento de Salubridad Pública en su promoción conjunta de la salud pública a través de campañas contra la fiebre amarilla y la anquilostomiasis, unidades sanitarias rurales y profesionales de la salud pública formados en universidades norteamericanas y puestos de entrenamiento mexicanos.

A partir de abundantes fuentes archivísticas tanto de México como de Estados Unidos, Birn descubre las complejas concesiones mutuas de esta experiencia temprana en la cooperación internacional.

La precisión histórica de Anne Emanuelle Birn resulta relevante para comprender el cambiante mundo contemporáneo de la salud global. La autora es historiadora, realizó la residencia en Salud Internacional y es miembro del Consejo Editorial de PoSibles.

* Miembro Centro de Investigación y Producción, Cultura, Arte y Género.

Libro: DESARROLLO Y SALUD. Historia de la medicina social y de la Atención Primaria de la Salud.



Autor: Dr. Javier Torres-Goitia T.
- Coauspiciado por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue y la Universidad Andina Simón Bolívar. Bolivia, 2008.

Por Por Analía Bertolotto*

“SALUD PARA TODOS.... ¿POR QUÉ NO?”, proclamaba el Dr. Mahler durante el discurso de su último Informe como director de la OMS en 1988.

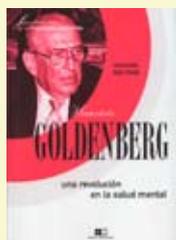
Intenta definir y concentrar al mismo tiempo una problemática central. Por un lado, aludiendo a la meta proclamada por la Declaración de Alma Ata de 1978 (SPT-2000), define y enmarca a la Salud como un derecho; y por otro, plantea la dificultad de su concreción cuestionando su carencia en el estado actual de las políticas de salud en América Latina, además de relanzar, en la resonancia de la pregunta, el sentido fundamental de la estrategia de la Atención Primaria.

Prólogo de la Dra. M. Roses Periago (OPS) y el prefacio de O. Feo Istúriz, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud, el libro de este médico boliviano, de vasta trayectoria política como ministro, senador, premio mundial de la salud, y uno de los impulsores y orientadores de la renovación de la APS dentro de la Organización Panamericana de la Salud entre 2004 y 2005, es una 'reflexión histórica, análisis político y testimonio de una vida dedicada a la Salud Pública' para no olvidar 'el qué y el por qué de la Atención Primaria en Salud'. En estas páginas, 'Don Javier' nos reseña el proceso y los resultados de Alma Ata, repasando el escenario económico, político y social del mundo y de nuestra región en relación a la génesis y los efectos de la Atención Primaria, en articulación con el desarrollo histórico de la medicina social, demostrando que el proceso salud/enfermedad es un componente fundamental del desarrollo humano integral, encarnado en el proceso económico social, y que ambos se desenvuelven sinérgicamente en interacción dialéctica y recíproca.

Este esfuerzo de un médico sanitarista que escribe sobre lo que vivió y que nos ayuda a pensar los caminos a recorrer para superar falencias y reduccionismos es una obra fundamental y su lectura es compartir un poco el recorrido de un sesudo analista y de un hombre de acción.

* Miembro del equipo de redacción de PoSibles.

Libro: Mauricio Goldenberg- una revolución en la salud mental.



Autor: Mariano Wolfson - Editorial Capital Intelectual. Buenos Aires, 2009.

Por María E. Harrington*

Dentro de la colección "Fundadores de la Psicología Argentina" el periodista y escritor Mariano Wolfson presenta la biografía del notable psiquiatra argentino Mauricio Goldenberg (1916-2006), para la que Wolfson entrevistó a numerosos profesionales que acompañaron al Dr. Goldenberg en la formulación y puesta en práctica de nuevos paradigmas para la atención de las patologías mentales en Argentina.

La trayectoria histórica de esta biografía se presenta dentro de los contextos históricos- políticos recientes del país, signados por logros y fracasos, etapas de florecimientos y de pérdidas, como lo refleja la vida del Dr. Goldenberg y la de muchos argentinos a lo largo de la segunda mitad del siglo pasado.

Muchos son los ámbitos de actuación profesional del Dr. Goldenberg, tanto en la asistencia como en la docencia, pero sus principales contribuciones fueron la creación del casi legendario Servicio de Psicopatología en el Policlínico "Gregorio Aráoz Alfaro" (hoy Hospital Zonal Evita) en Lanús, Provincia de Buenos Aires -, que dirigió durante 16 años, así como el diseño e implementación del primer Plan de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires, activado a fines del '60, que incluyó la creación de una serie de Centros de Salud Mental integrales en distintas zonas de esa ciudad.

Inspirado en ideologías y prácticas sobre salud mental que empezaban recién a esbozarse en Europa y Estados Unidos a partir de la segunda guerra mundial, el Dr. Goldenberg implementó en el Servicio de Lanús un abordaje transformador de las prácticas tradicionales de la atención de los pacientes psiquiátricos a través del desarrollo de servicios completos –consultorios externos, internación, hospital de día, interconsulta--en un hospital general (en lugar de la encerrona de los hospitales psiquiátricos), incorporando el trabajo interdisciplinario, la convergencia de distintas líneas teóricas –psicofarmacología, psicoanálisis, prácticas sistémicas-, un programa modelo de especialización en psiquiatría para médicos así como educación continua para psicólogos, trabajadores sociales y todo el personal, un intensivo espacio de formación de

recursos humanos e investigación, y la creación de dispensarios de salud mental en barrios marginales vecinos al hospital así como acciones en prevención primaria en la región.

Tal vez la contribución más importante de este libro es que nos abre una ventana, con testimonios de los protagonistas, a una etapa bisagra en el desarrollo de la salud pública referida al campo de la salud mental hasta ahora poco documentada y cuyo impacto sigue aún siendo poco evaluado en profundidad. De hecho, esto último no es de sorprender: El truncamiento en el desarrollo de estas propuestas cualitativamente innovadoras tanto en el plano de las políticas como en el de las prácticas de salud mental en Argentina -todas las cuales casi destrozadas durante la dictadura militar instaurada en 1976- no ha sido aún superado después de más de un cuarto de siglo de democracia. En nuestro país siguen en pie muchos hospicios –verdaderos depósitos multitudinarios de pacientes— donde el sector público destina gran parte de los recursos humanos y del presupuesto en desmedro a lo destinado para el funcionamiento de servicios integrales de salud mental.

Este libro constituye una referencia valiosa para las nuevas generaciones, y merece ser incorporado a la bibliografía en los centros formativos de profesionales de salud.

* Miembro del equipo de edición de PoSibles.

Buenas Prácticas*

Acceso a la salud integral de las trabajadoras sexuales.

(La Plata. Argentina)



Organización ejecutora: Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina / AMMAR Nacional

Persona de Contacto:

Elena Eva Reynaga

E-mail: nacional@ammar.org.ar

Teléfonos:

+ 54 11 4 300 5334

+ 54 11 4 300 1015

Web: <http://www.ammar.org.ar>

El Proyecto AMMAR está fundamentado en la importancia de la auto-organización de un sector de mujeres excluidas, discriminadas y marginadas, sometidas cotidianamente a todo tipo de malos tratos para que puedan fortalecerse, recuperar su dignidad, defender su libertad de trabajo, conocer sus derechos, hacerse cargo del cuidado de su salud, promover proyectos productivos y reconocerse como mujeres con identidad de género. La organización comenzó a tomar cuerpo a partir del problema que significaba el constante asedio de la policía. Desde este factor aglutinante comenzaron a vislumbrar que a través de la organizarnos podían obtener logros.

De este modo, decidieron tomar en sus propias manos el cuidado de su cuerpo y el primer paso fue la capacitación. Al hacerse cargo, en sus inicios, de la prevención del VIH/SIDA y ETS fueron saliendo del aislamiento y del ocultamiento de su condición de trabajadoras sexuales (TS).

Desde AMMAR sostienen que al fortalecer la auto-estima de las compañeras se favorece su empoderamiento, elemento fundamental para que cada TS se convierta en agente de prevención. La articulación con organismos de salud y organizaciones de derechos humanos hace extensiva la experiencia logrando el compromiso social y político de instituciones y organismos públicos y privados a partir de un esfuerzo sostenido por las propias actoras.

De acuerdo a lo manifestado por la organización, la baja concurrencia de las trabajadoras sexuales a los servicios de salud se debe entre otras cosas a la incompatibilidad de los horarios de atención que éstos ofrecen con los de las trabajadoras sexuales y a la discriminación que sufren en los servicios de salud.

Así, en septiembre de 2006, con el objetivo de incrementar la accesibilidad de las trabajadoras sexuales al sistema de salud, y desde una propuesta de atención de salud integral a las trabajadoras sexuales, sin estigma ni discriminación, AMMAR crea en la ciudad de La Plata, en articulación con la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Centro de Salud Integral "Sandra Cabrera".

El Centro de Salud Integral "Sandra Cabrera" en La Plata es la primer experiencia en la región de creación de un Centro de Salud específico para trabajadoras sexuales, abierto a la comunidad y co-gestionado por las mismas trabajadoras sexuales y por un organismo público. En este espacio se atiende a la población de trabajadoras sexuales de forma accesible, personalizada y confidencial, se brindan herramientas para defender el derecho a la salud integral y ejercer una sexualidad sin riesgos.

El centro cuenta con equipo de salud interdisciplinario, conformado por médicos generalistas, ginecólogas, especialistas en infectología, psicólogas y trabajadoras sociales; enfermeras, abogadas y promotoras de salud, que atienden en distintos turnos para recibir las consultas de las trabajadoras sexuales.

La experiencia resultó seleccionada como *Best Practice* en el **Premio Internacional Dubai sobre Mejores Prácticas para Mejorar la Calidad de Vida 2004.** ■ ■

**Buenas Prácticas (Best Practices) es un concepto creado por Naciones Unidas y por la comunidad internacional para definir a aquellas iniciativas positivas que buscan mejorar la calidad de vida y la sostenibilidad de las ciudades y las comunidades en las que se encuentran insertas. A través de este espacio queremos contribuir a difundir estas experiencias y contagiar a otras en otros contextos de nuestro continente.*

Buenas Prácticas

Hospital sin paredes: modelo de promoción de salud y desarrollo.

(San Ramón, Alajuela. Costa Rica)

El proyecto Hospital sin Paredes, que se inició en 1950 en el Centro de Salud de Palmares propone cambiar el sistema tradicional de Hospital cerrado y con misión puramente curativa por un Hospital de puertas abiertas proyectado a la comunidad, con plena participación comunitaria y con un enfoque preventivo curativo.

Para ello, promueve la conciencia comunal para que se busquen soluciones integrales a través de acciones coordinadas y se dirijan al ámbito de la salud y el desarrollo por medio de una organización que agrupe representantes de todos los sectores comunales sin distinguir políticos o religiosos. Por lo que supone el desarrollo de una estructura organizativa compleja pero eficiente.

La experiencia Hospital sin Paredes es una de las más antiguas y originales que se conocen en Costa Rica. Se trata de una práctica social gestada y desarrollada desde la base del sistema de salud sin involucramiento directo del Estado y con carácter e interés profundamente popular y social como respuesta a las demandas y a las necesidades planteadas por las propias comunidades quienes con su aporte y apoyo y de partidas específicas a través de la Asamblea Legislativa hicieron posible el financiamiento, antes del traspaso del Hospital a la Caja Costarricense de Seguro Social y los programas de salud preventiva al Ministerio de Salud (1987).

La aceptación ha sido tan amplia que ha persistido a través de los años implementándose una serie de estrategias de solución de los problemas locales a través de la autogestión comunitaria. Es así como, conjuntamente con las instituciones locales, se desarrollan una serie de programas tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población mediante programas de vivienda, mejora de la nutrición, promoción de protección del medio ambiente, ARCA Asociación Regional de Conservación del Ambiente, Programa de Saneamiento Ambiental para la Prevención de Enfermedades Endémicas (como el dengue y el cólera).

Se logró armonizar las políticas sectoriales para que fueran congruentes con el concepto de atención integral en salud mediante el trabajo coordinado con organizaciones no gubernamentales, instituciones locales y nacionales.

El alto grado de participación comunitaria ha permitido mantener la cobertura de los programas de salud a pesar de la disminución de los recursos, con personal voluntario que asume el mantenimiento y la administración de los establecimientos de salud, y apoyo a los funcionarios de salud que prestan sus servicios en dichos establecimientos.

Se obtienen cambios en el sistema de administración y toma de decisiones al lograr la independencia económica y administrativa, siendo más democrática y participativa para la comunidad al integrarse el representante comunitario dentro del Equipo Regional

La experiencia resultó seleccionada como *Good Practice* en el **Premio Internacional Dubai sobre Mejores Prácticas para Mejorar la Calidad de Vida 1996**



Persona de contacto:

Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier
Gestor del Proyecto 'Hospital sin Paredes.' Región Central de Occidente
Teléfonos: (506) 445-5872

AGUA. ¿NECESIDAD HUMANA BÁSICA Ó DERECHO HUMANO?

Según informes de la prensa internacional estos fueron los ejes centrales de discusión en el V Foro Mundial del Agua realizado en Estambul, Turquía entre el 16 al 22 de marzo pasado.

El Foro es organizado cada tres años por el Consejo Mundial del Agua en colaboración con la ciudad y el país anfitriones y la Organización de Naciones Unidas, constituyéndose en una oportunidad para debatir sobre la administración de este recurso.

Este quinto foro, con el lema 'Tendiendo puentes a las divisiones del agua' reunió a 27 mil participantes, entre ellos expertos, gobiernos, organizaciones no gubernamentales, empresas y organismos multilaterales para tratar la problemática del agua.

Al concluir el encuentro Ministros de más de cien países se comprometieron a incrementar los esfuerzos para mejorar 'lo más rápido posible' el acceso global al agua y los servicios sanitarios, considerando al recurso natural como 'una necesidad humana básica'.

Por este motivo las delegaciones latinoamericanas - Uruguay, Bolivia, Ecuador y Venezuela- impulsaron una declaración paralela, firmada también por Suiza, España, Holanda y Alemania, quienes proponen que el acceso al agua y a los servicios sanitarios sea considerado un "derecho humano". Además, los representantes instan a los países desarrollados para que cumplan los compromisos asumidos en el Protocolo de Kyoto y que los países ricos creen un mecanismo financiero que ayude a los programas de cambio climático de naciones en desarrollo, una manera de reconocer 'la deuda histórica que tienen con el planeta' debido a altas emisiones de gases de efecto invernadero por las que son responsables.

Paralelo a este evento se organizó el People's Water Forum, un foro alternativo de carácter ambientalista que lucha a favor de un acceso público al agua, oponiéndose a su comercialización.

Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), cerca de 880 millones de personas en todo el mundo no cuentan con el servicio de agua potable, una cifra que se incrementará a 3900 millones de aquí a 2030. Mientras tanto, otros 2500 millones no disponen de servicios sanitarios adecuados, indica la OCDE.

Fuente: <http://www.informador.com.mx/internacional/2009/88483/1/concluye-foro-del-agua-sin-reconocer-ese-recurso-como-derecho-humano.htm>

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA. El dengue avanza hacia el sur



// *Aedes aegypti*.

Según informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre enero y marzo del 2009 (13 semanas epidemiológicas) más de 200 mil casos se han reportados en la región, con una tasa de incidencia de 42.8 por 100 mil habitantes, tasa calculada en base a la población en riesgo en cada país. Las subregiones que más casos reportaron son: la andina y el cono sur, con tasas de incidencia del 70.2 y 59.8 respectivamente. Los países más afectados son Bolivia, Paraguay, Brasil y Argentina¹.

En Argentina la mayor cantidad de casos registrados en primeros meses del año corresponden a provincias del norte (Chaco, Jujuy, Salta y Catamarca) previéndose que los contagios se extenderán rápidamente hacia otras provincias del norte y del centro del país, debido a la presencia del mosquito transmisor en amplias regiones y la circulación permanente de la población.

El dengue ha sido reconocido como una enfermedad endémica en la mayor parte de los países de América y como consecuencia del calentamiento global el mosquito transmisor (*Aedes Aegypti*) hace años ha expandido la frontera sur de su presencia hasta casi la mitad del territorio argentino. Considerado un tema del campo de la Salud Internacional ofreceremos un informe completo en nuestro próximo número de PoSibles.

¹ Consultado en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1204&Itemid=206

