

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Estudios Superiores Iztacala

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A (N)

MELESIO JOSE LUIS MORENO ZAMORA

Director

Mtra.

María de los Ángeles Flores Tapia

Dictaminadores

C.D.

Rossana Senties Castellá

C.D.

Rosa Amalia Galicia López



" T E M A "

ASPECTOS DETERMINANTES DEL COMPORTAMIENTO
SOCIAL DE LA ODONTOLOGIA

I N D I C E

Págs.

Introducción

CAPITULO	I:	EL CONOCIMIENTO MEDICO	1
		La enfermedad	
		El tratamiento	
		La vida y la muerte	
		Unicausalidad o multicausalidad,	
		Un falso dilema.	
CAPITULO	II:	ASPECTOS METODOLOGICOS	25
		El problema de las definiciones	
		Los niveles de análisis	
		La historia	
		Las variables	
		De lo individual a lo social	
CAPITULO	III:	HACIA UN MARCO TEORICO MAS COMPRENSIVO..	41
		La visión literaria	
		El contexto social	
CAPITULO	IV:	HACIA UN NIVEL DE MAYOR CONCRESION	48
		Los supuestos: La necesidad de salud	
		A quien se consulta	
		Medicina Institucional - No Institu	
		cional.	
		La medicina en la historia.	

CAPITULO	V:	SE DICE QUE LA ODONTOLOGIA ES UNA PROFESION LIBERAL	60
		La salud, una mercancía	
		El mercado	
		Neoliberalismo	
CAPITULO	VI:	LA ODONTOLOGIA ES UN TRABAJO	68
		El valor	
CAPITULO	VII:	ANALISIS DE LA MATERIALIZACION DEL VALOR (Trabajo Social) APROPIADO	84
		América Latina	
		Primer momento: producción de medicina y odontología afuera y su -- importación.	
		Segundo momento: La producción de -- medicina y odontología adentro.	
		El médico de familia	
		Ingreso promedio socialmente esperado - IPSE -	
		Las academias y la ética profesional.	
		El profesor universitario	
CAPITULO	VIII:	NUEVAS FORMAS DE LA ODONTOLOGIA	108
		La especialización	
		La superespecialización	
		El mercado internacional de trabajo.	
		La formación de personal intermedio	

CAPITULO	IX:	EFFECTOS DE LAS NUEVAS FORMAS DE LA ODONTOLOGIA.....	124
		La fuga de cerebros	
		El seguro social	
		La relación médico - paciente	
		La Universidad	
CAPITULO	X:	LA ODONTOLOGIA SOCIAL.....	140
		La asistencia social	
		La Salud Pública	
		La beneficencia	
		Conclusiones.....	147
		Bibliografía.....	152

I N T R O D U C C I O N

Cuando nos dedicamos a profundizar sobre los diversos problemas que afectan a la salud, a la medicina y a la sociedad, nos encontramos con amplias fuentes de información sobre los más diversos aspectos, información que mientras más detallada más - - aislada se presenta de la realidad en su conjunto.

Fué así como al dedicarnos a algunos aspectos específicos como la nutrición, la cirugía, y aún la salud pública como especialidad, encontramos cada vez más obstáculos de comprensión, cada vez más la necesidad de recurrir a otros especialistas quienes a su vez estaban en el mismo problema nuestro. Así surgió la -- idea de intentar un análisis global de los aspectos relacionados a la odontología y la salud. Como tal se encuentra en un -- cierto modo de generalidad que puede en un primer momento aparecer como superficialidad. Creo que no. Creo que a través de el ^{cuál} _{el} se relevan problemas fundamentales de cuya profundización y estudio pueden surgir notables avances en el ramo. Creo que se -- analizan aspectos quizá comunes pero vistos desde ángulos diferentes a los tradicionales con un esfuerzo por relacionar cada aspecto específico con la totalidad, con lo que se intente romper ese aislamiento forzoso producto de una cierta división del trabajo y de una cierta especialización cuya "naturalidad" cuya "racionalidad" a pesar de los avances que ha logrado, comienza a ser discutible.

Consta el trabajo de dos aspectos fundamentales;

1o. El aspecto del conocimiento odontológico, del 1er. método -- utilizado por la odontología para conocer y transformar la realidad.

En este campo se procura detectar a grandes rasgos las determinantes esenciales del pensamiento odontológico a la vez -- que intenta explicar por qué ese pensamiento no se ha desa--rollado a todos los niveles de la sociedad e incluso en algunos sectores aún permanece como una especie de "preconoci--miento"

- 2o. Se pretende estudiar las limitaciones resultantes del mismo proceso de conocimiento, limitantes que son el producto de -- los factores que orientan social e ideológicamente dicho -- proceso y que aparecen justamente en el momento histórico en el que por complejas razones sociopolíticas el problema de -- la odontología deja de ser la cura del enfermo para conver--tirse poco a poco en la "erradicación secuela de la enferme--dad". En la medida en que ocurre esta traslación del objeto de la odontología, de una esfera individual y se plantean -- nuevos problemas y nuevas soluciones posibles, pero como la odontología no solamente es el resultado de una forma de pen--samiento sino también, de una práctica, de una vinculación a un sistema de relaciones sociales dado es necesario estudiar detenidamente este aspecto; quién ejerce la odontología, -- cómo, porqué, para qué, en qué forma, a través de que medios, a nombre de qué, y de quién.

En este segundo aspecto fundamental. En el que se pretende -- liberarse de toda posición axiomática, de todo supuesto -- "indiscutible" de todo principio general y de todo dogma. -- Desgraciadamente son estos los elementos con los cuales se -- ilustra tradicionalmente el estudio de estos aspectos. Nos --

veremos precisados pues a discutir estos "principios" uno a uno y quizá de una manera unilateral en un - - esfuerzo por dar elementos diferentes que ayuden a - una mejor comprensión del problema, aceptando que ya las apologías basadas en esos principios están - - exhaustivamente hechas.

Esta parte bien puede estudiarse a base de la práctica de la odontología y su profesionalización específica como lo haremos aquí, o bien, puede hacerse a - - partir de una concepción general de lo que es la - - profesionalización, la división del trabajo, etc. Optamos por lo primero solamente por que se adecua más a nuestro interés específico y al de los posibles - - lectores.

CAPITULO I

EL CONOCIMIENTO MEDICO

La Enfermedad.

Sobre el concepto de enfermedad está basado todo el conocimiento médico. Por ello vale la pena detenerse un poco en su estudio, - lo que él es y ha sido, ya que el análisis de este punto puede - abrirnos nuevas perspectivas en el conocimiento de la medicina y de la salud, marco teórico conceptual de la Odontología.

Intentaré hacer un análisis histórico de la evolución del concepto y sus respectivas determinantes a través del tiempo siguiendo fundamentalmente los lineamientos de Foucault ¹ y quizá muchas veces tomando en forma directa algunas ideas y algunos datos - concretos. En primer término seguiré el trayecto del método - mismo a través del cual la medicina ha llegado al conocimiento - de hoy, haciendo un intento por mostrar las actuales limitaciones y algunas posibles salidas.

El primer contacto del hombre con el medio externo se lleva a cabo a través de los sentidos. Se centra entonces el conocimiento en la observación de dicho medio, observación sensorial directa que desarrolla lo que pudiéramos denominar un método descriptivo marcadamente empiricista. De la observación directa surge la

1 Foucault, M. "Arqueología de la mirada clínica" Mx, SXXI
"Historia de la Locura"
"Las palabras y las cosas"

identificación de objetos, cosas, fenómenos, identificación basada en los principios lógicos de la igualdad y de la desigualdad. Estos principios son la base de conceptos como lo común y lo extraño, lo normal, y anormal, lo frecuente y lo infrecuente, conceptos que posteriormente se han desarrollado en forma más estricta (lenguaje numérico) especificándose en términos de promedio, desviación, varianza u posteriormente correlación regresión, - - etc., y en general lo que hoy se conoce como estadística paramétrica y aún la no paramétrica.

En este contexto la medicina dió sus primeros pasos en la identificación de anormalidades e influenciada por una ideología mítica, identificó estas anormalidades con una condición no humana que bien podía ser colocada en un plano infrahumano según el caso. Si infrahumano entonces se trataba de exterminar a algunos tipos de enfermos o en su defecto se les repudiaba y aislaba del grupo de los "normales" o en este caso de los humanos¹. Es el caso por ejemplo de algunas deformidades, de la lepra, etc.²

Si suprahumano entonces se convertían en dioses y se les respeta

1 En este repudio y aislamiento podemos detectar el origen de lo que hoy denominamos hospitalización.

2 Para un recuento detallado de la hist. de la enfermedad, y su concepción, ver Sigerist, H. Civilización y Enfermedad FCE Mx. 1946.

ba y adoraba como a seres superiores, a enviados. Tal es el caso del hermafroditismo, del albinismo, algunos tipos de psicosis, - etc.

En estos términos podemos entender el caso de lo que podemos llamar anormalidades mayores y estables pero también se detectan -- con repetidas experiencias, anormalidades menores o anormalidades de corta duración en el tiempo que no eran suficientes para que quien las padeciera perdiera su condición humana.

En este campo se diferencian en la sociedad algunos de sus miembros que se dedican al estudio y corrección de éstas que hemos llamado anormalidades de corta duración y anormalidades menores. Estas se detectaban por el mismo método sensorial directo y su origen siempre estuvo en relación con la divinidad. En la medida en que este método de observación, se fué desarrollando y la experiencia de la observación fué acumulando algunos datos, se lograron establecer métodos de observación más sistemáticos y se fueron sedimentando una serie de relaciones entre síntomas y posteriormente entre síntomas y signos.

Al desarrollarse este tipo de relaciones las entidades se fueron precisando cada vez más, hasta que sistemas más o menos complejos de relaciones entre síntomas y signos, llegaron a tener una aparición relativamente constante, de tal manera que cuando se detectaban algunas de estas relaciones se podían identificar con el conjunto de ellas, o en otras palabras se había llegado a un método de diagnóstico.

Estos sistemas de relaciones llegaron a ser más precisos y más comparables en cuanto la observación fué más sistemática y se desarrollaron métodos que permitieron "ver" algunos puntos de difícil acceso. Oler, gustar, palpar, oír, mirar, son los elementos de este "ver" médico o de esta mirada clínica de - - Foucault.

Enfermedad llegó a ser pues el conjunto de signos y síntomas - que se presentaban con mayor frecuencia y en una misma forma. Así se llegó a denominar a cada entidad por la relación fundamental o mejor dicho más constante. Vómito verde, fiebre amarilla, fiebre biliosa, tisis galopante, parálisis agitante, fiebre post-parto o puerperal, etc., y se llegó a clasificar a -- las enfermedades de los hombres o a las de corta duración, en agudas o crónicas.

Para un mayor rigor del método se echaba mano de sistemas propios de otras disciplinas principalmente la química y la biología. De la química el método analítico que descompone el todo en partes.

Así la cabeza que en un momento no era un ente aparte, paso a serlo, pasó a ser parte, lo mismo sucedió con las extremidades, el abdomen, etc. De la enfermedad del cuerpo se llega a la - - enfermedad de la parte.

De la biología el método taxiconómico o clasificatorio en el cual se constituyen tablas de clasificación que pasan a ser definitivas y muchas veces explicatorias de las entidades.

Un animal vertebrado pues tiene en común las vértebras con otros, aunque en la apariencia sean diferentes. Una enfermedad es fiebre pues tiene en común dicho signo y a partir de esto se va especificando cada vez más.

Este proceso aparentemente obvio, no lo fué tanto en el curso de la historia. Tomó siglos cada paso en el análisis y en la clasificación.

En América Latina aún en este siglo y a pesar de en Europa haber ya dado pasos gigantescos en nuevas direcciones, la medicina se desarrolló dentro de estos rigurosos marcos.

Este rigor en la observación y en la clasificación fué llevando a borrar cada vez más el abismo entre las enfermedades que llamamos mayores o no humanas y las menores o humanas, hasta el punto de hallar el camino de la continuidad, de la evolución de entidades de menor o mayor grado de compromiso. Hoy incluso el concepto de agudo y crónico comienza a reevaluarse seriamente y a considerarse a la enfermedad bajo otros parámetros diferentes.

Sin embargo, el borrar este abismo sólo se ha logrado hacer y aún no totalmente, no sólo por el desarrollo mismo de la medicina - como ciencia sino en la medida en que las condiciones generales de la sociedad han permitido un concepto diferente de lo que es el hombre y su papel en la historia.

Hasta el momento hemos venido describiendo las relaciones de tipo causal que han variado de acuerdo fundamentalmente al tipo de relaciones sociales establecidas y dominantes y a la concepción que la sociedad tiene de sí misma y de la historia.

Así en los momentos en los que la relación con lo desconocido es fundamental, las causas de las anormalidades son debidas a la influencia de lo desconocido, de un poder extra terreno, de una divinidad.

Posteriormente se establecen relaciones entre la aparición de una serie de síntomas con el medio ambiente y a pesar de ser una relación más, signo, síntoma, medio, se le da al último un peso causal.

Los humores, los vientos, las temperaturas, la naturaleza, pasan a ser al mismo tiempo causas y remedios. Una importante fuente causal se centra también en el comportamiento de acuerdo a las normas vigentes en una sociedad dada.

La relación enfermedad comportamiento "anormal" adquieren en determinados momentos peso causal. Así se llega a ciertos conocimientos como por ej.:, la relación entre la Lues y acto sexual "ilícito" lleva a una causa de tipo moral que si bien

está relacionado con un castigo divino, se refiere específicamente a una norma de una sociedad puritana " Si no le teme a Dios témele a la Sífilis ". En términos generales, es causa de enfermedad el alejamiento de las normas sociales.

En todos los casos observamos una intrincada relación entre los aspectos científicos, políticos e ideológicos que condicionan el desarrollo de la medicina, en forma directa a los desarrollos ideológicos y políticos de una época determinada.

En el último caso la exclusión social de los enfermos ya no se debe a su condición de anormales, pues esta normalidad ya no tiene que ser sólo física, sino mental o de comportamiento en cualquiera de las áreas individuales o sociales.

Es así como encontramos en los centros de aislamiento y reclusión mezclados indiscriminadamente, ladrones, pordioseros, -- locos, enfermos, presos políticos, etc.

Hay pues una estrecha relación entre causa y culpa, la culpa de la enfermedad se ha depositado sucesivamente y a veces -- concamitantemente en Dios, en el hombre, en el ambiente, en el comportamiento.

EL TRATAMIENTO:

De acuerdo a esta concepción de culpa-causa ha variado el tipo de tratamiento o intento de resolver la anormalidad por parte de la sociedad en general, y de la medicina en particular.

Si es el Dios, conjurarlo, aplacarlo, suplicarle, sacrificarle. -
Si es el hombre, encerrarlo, darle lo que le falta, sacarle lo --
que le sobra.

Si es el ambiente, cambiarlo, trasladarlo, evitarlo.

Si es el comportamiento, corregirlo, castigarlo, aislarlo.

Estas conductas estan basadas en una serie de principios genera--
les obtenidos en base a las experiencias del hombre en todos los
campos.

1. Los contrarios, al frío, calor y viceversa, alimentos, drogas, etc., deben tener cierta temperatura para que cumplan su cometido; zonas de calor aplicar algo frío, zonas frías aplicar - calor.
2. Los complementos, lo que sobra sacarlo o cortarlo, drenajes, ventosas, sangrías, mutilaciones, trepanaciones.
3. Lo que falta, darlo. Ingesta, bebidas, drogas, brebajes.
4. El aislamiento. Lo que quema retirarlo. Se puede retirar algo en varias formas, matando, arrojando, expulsando, encerrando, tapando, etc.

5. La semejanza, se combate con algo que se le parece, ej; erisipela y la cinta roja como cura.

Estos elementos se encuentran en una o en otra forma en todas las capas sociales, y en todos los tipos de medicina y son "la diversión" de algunos sociólogos y antropólogos que cuentan como hallazgos y cosas raras, curiosidades, las prácticas de ciertos sectores sociales, sin comprender que allí están los rudimentos de lo que hoy se denomina ciencia médica y que permanecen como tales por cuanto la sociedad capitalista que es la que desarrolla cierta medicina, no ha vinculado esos sectores a su desarrollo y por lo tanto no les ha permitido sistematizar sus experiencias y desarrollar formas más avanzadas de conocimiento, lo que ocurre no sólo en el aspecto Médico sino también en lo social, lo político, lo educacional, etc.

A éste respecto reconocemos en ciertos elementos del sistema de paútas y costumbres populares, la condición de un preconocimiento, que como tal tiene su propia validez aún cuando no necesariamente esto signifique que hay que recurrir a él, para hacer avanzar el conocimiento científico, como pretenden algunos. Más bien lo que habría que hacer es analizar las causas por las cuales ese preconocimiento ha quedado como tal para hacerlo avanzar eliminando las causas que impiden su desarrollo, desarrollo que a mi manera de ver no podrá prescindir del conocimiento científico actual.¹

LA VIDA Y LA MUERTE.

Hasta ahora hemos descrito a grandes rasgos los elementos que constituyen el saber médico y las bases socioeconómicas y metodológicas que los generaron durante muchos siglos y que llegan hasta la revolución francesa, que marca para algunos el inicio de la era contemporánea y que en otros términos más comprensivos señala el fin del feudalismo y el inicio del capitalismo como sistemas dominantes en las relaciones sociales establecidas en la producción.

Muchos elementos de la sociedad comienzan a modificarse profundamente para iniciar este cambio del feudalismo al capitalismo y aunque no es aquí donde debemos dar cuenta de ellos, sí hay un elemento importante que tiene un influjo decisivo en el conocimiento médico que es el tema que ahora nos interesa. Se trata de la progresiva liberación de los siervos que poco a poco se van convirtiendo en trabajadores libres, hecho que necesariamente hace caer las barreras ideológicas tejidas alrededor del hombre y por lo tanto de su cuerpo.

1 Fanon, F. Los Condenados de la Tierra. Mex FCE, 1963.

El cuerpo humano descubierto por los artistas cae en manos de la curiosidad médica como otro elemento en base al cual se pueden establecer más precisas y numerosas relaciones.

Se pasa pues de la relación signo-síntoma-ambiente y su referente en el cuerpo humano.

Esto se logra en la medida en que es posible tener acceso al cadáver. Como dice Foucault, en el cadáver, en la muerte, se encuentra una nueva fuente para conocer la vida.

Anteriormente la enfermedad y la vida sólo encontraban posibilidad de comprensión y explicación en ellas mismas.

Ahora el análisis del cadáver permite trascender la barrera de la vida, penetrar en el mundo desconocido de la muerte y desde allí redefinir la vida y sus modificaciones conocidas como enfermedad.

Ahora hay la posibilidad de que los conocimientos acumulados por la humanidad sobre los seres vivos y la forma como se manifiestan sus enfermedades, sean refrendados en el cadáver, permitiendo establecer normas constantes. A un signo y a un síntoma corresponde ahora una determinada lesión o modificación en el cadáver.

Este nuevo mundo de la muerte atrajo a los más avanzados y osados

investigadores y científicos y con ellos los métodos predominantes de la época: el análisis y la clasificación. Así el cadáver y el cuerpo que hasta el momento había sido una unidad, caen bajo el implacable bisturí que los separa en partes, los descompone y desdobra en nuevas y complejas estructuras. Las vísceras, los tejidos, los vasos, los nervios aparecen ante la mirada clínica como producto de este nuevo avance, como objetivo estable, manejable y analizable.

La aparición de esta nueva relación hace recaer sobre ella la no ción de culpa-causa, que ha obsesionado a los científicos. La -- causa de la enfermedad expresada en signos y síntomas, se locali za ahora en el tejido, en el tumor, en la úlcera. Si bien esta - nueva extensión de la línea causal hacia el cadáver no hace avan zar demasiado el conocimiento por la vía de la causa u origen de la enfermedad, sí lo hace por la vía de la clasificación, deter minación y especificación de las entidades patológicas.

Lo que antes se denominaba por la enumeración de los síntomas y signos más comunes ahora se define mediante la descripción de -- los hallazgos anatomopatológicos.

Lo que se denominaba fiebre postparto o puerperal ahora se llama infección o inflamación del endometrio o endometritis; lo que an

tes fué dolor, fiebre, hoy es inflamación.

Se encontró que una serie de signos y síntomas eran idéntica expresión de entidades diferentes desde el punto de vista del cadáver por lo que se pasó a detallar el mayor número posible de esas entidades.

Para la nominación de ellas se utilizó un lenguaje, que tuviera la característica de ser muy preciso, que fuera reconocible por los científicos y que no se prestara a equívocos. Este lenguaje basado en raíces latinas y griegas tuvo además un efecto importante cual fué el de alejar aún más y ya definitivamente el conocimiento médico del dominio popular.

Este avance en la ciencia médica desde el punto de vista metodológico, queda mediatizado, sin embargo, al no pasar de lo meramente descriptivo. Sólo se ha agregado un elemento más a la descripción, el elemento anatómico.

Este esfuerzo por "ver" en el nuevo campo, más restringido y más pequeño, llevó al desarrollo de instrumentos que facilitarían ese ver, le permitieran llegar a observar detalles cada vez más diminutos, en un afán por aprender la realidad en el conocimiento -- de las más pequeñas partes de ella y en el intento por encontrar en ese mundo minúsculo al codiciado culpable.

Esta búsqueda encontró su satisfacción al lograrse identificar la presencia de elementos extraños al cuerpo humano, elementos que no se encontraban en aquellos que habían muerto sanos pero que sí se visualizaban en algunos de los que habían muerto bajo el estigma de ciertas enfermedades.

Este hallazgo sin precedentes significó para los científicos prácticamente el fin del camino. Habían hallado al culpable de la enfermedad y pese a que en muchas de ellas no fué posible identificarlo, se consideraba que esto se debía al poco desarrollo de la ciencia, entendido como el desarrollo de la tecnología que permitía ver mejor.

Resonaba el grito de victoria de la ciencia al tener acorralado al enemigo en el campo de un microscopio.

El empiricismo, el análisis y la descripción habían triunfado.

Este triunfo quizá halla contribuido a que el pensamiento científico que transitaba por otros caminos de mayor complejidad metodológica no fuera tenido en cuenta o fuera combatido como un error.

Este método empiricista por lo demás se acomodaba muy bien a un mundo que basaba su evolución en el estudio de la forma. Esa unicausalidad que tenía la ventaja de hallar el culpable en el interior del mismo individuo calzaba precisamente en ese mundo cada

vez más individualista. El éxito llevó este tipo de análisis a las demás áreas del conocimiento y las llamadas ciencias naturales se constituyeron en el modelo y cauce único de la ciencia.

La historia y las ciencias sociales, armadas de este método exitoso, de este talisman ya probado, se arrojaron sobre el mundo; analizándolo, clasificándolo, en una palabra destrozándolo.¹

La práctica médica directamente involucrada en ese mundo individualista encontró en este paso una forma de curar al individuo con poder de compra, objeto casi único de su interés, pero la ciencia médica rápidamente se dió cuenta que su gran descubrimiento no le -- permitía acabar con la enfermedad. El individuo que sanaba recaía en la enfermedad. Las drogas usadas no daban abasto para acabar -- con la causa. Esta se producía con mayor velocidad de lo esperado.

UNICAUSALIDAD O MULTICAUSALIDAD. Un falso dilema.

La presencia misma de la causa no siempre llevaba a la enfermedad, estas y otras razones produjeron los primeros desengaños para aquellos que creyeron haber llegado al final del camino pero, al mismo tiempo llevó a los verdaderos científicos a la necesaria. consi

¹ Y qué mejor podría haber para las clases dominantes (las únicas en las que el individualismo tiene sentido) que esta visión de de la sociedad, inconexa, aislada y en la cual, si se identificaba al culpable de un problema, se le podía meter en su campo ya no microscópico sino de concentración, en una cárcel en la que se esperaba poder controlar las amenazas que en un momento pudiese tener su posición privilegiada y poder hacer todo esto científicamente.

deración de una serie de aspectos hasta el momento desdeñados o no tenidos en cuenta y a replantearse a fondo el problema de la unicausalidad.

Pero los términos en que este replanteamiento se iba a dar -- están condicionados por dos aspectos principales.

1. La necesidad de tener en cuenta nuevos factores para comprender el problema de la enfermedad, estaba ya atada por el mismo método que la llevó al "hallazgo" de la unicausalidad. La partición del objeto de análisis en segmentos -- les había dado a éstos una independencia tal, que se habían convertido ya en seres independientes y autónomos, todos con igual peso en el plano de la causalidad. Esta independencia y autonomía se vió reforzada por el desarrollo de disciplinas como la estadística, que no puede estudiar un objeto si éste no ha sido descompuesto en partes y si éstas no son estadísticamente independientes. -- Planteadas las cosas en estos términos, el paso a dar -- para resolver la limitación misma de la unicausalidad -- solamente puede darse hacia la multicausalidad que, entendida como la infinita cantidad de factores que intervienen en un suceso, (como ejemplo la enfermedad), sume al conocimiento en un caos casi incomprensible y coloca a la realidad en una situación en la cual sólo es posible conocerla en sus partes, más nunca en su totalidad.¹

2. El segundo determinante es que en la medida en que el sistema social imperante es individualista y tiene su dinámica en los individuos con capacidad de pago, el desarrollo de la tecnología médica estará atraído hacia el intento por sacar al individuo con esa capacidad, de su estado de enfermedad, que es -- justamente el momento en el cual hay la posibilidad de que -- haya un cambio de dueño del dinero.

Este intento es en cierta forma independiente de la necesidad de combatir la enfermedad en sí. Se centra más bien en la necesidad de combatir a la enfermedad pero encarnada en hombres con capacidad de pago. En cierto sentido el desarrollo de la medicina parte del enfermo y no de la enfermedad.

Esta es la razón por la cual la tecnología de curar al individuo ha progresado tan rápidamente en contraposición al lento desarrollo del conocimiento que pretende resolver el problema de la causa de la enfermedad.

Esto, claro está, no quiere decir que ese avance en el conoci

-
1. Se comprende la relación que hay entre esta forma de pensar científico y los intereses de una clase dominante que basa su eficacia en la dominación, en mantener oculta esa totalidad, interesada en mostrar al mundo como a miles de individuos -- con iguales posibilidades y no a un sistema de dominación de clases.

miento médico para curar al individuo no repercute en el conocimiento necesario para combatir a la enfermedad en su conjunto, pero siempre como un resultado lateral de a quello. 2

Estas dos razones a las que podemos agregar los elementos políticos e ideológicos aludidos en nota al pié de página, nos explican o al menos nos dan una idea de por qué la lucha contra la enfermedad no ha progresado en la misma forma que otros aspectos; por qué las enfermedades en ciertas áreas geográficas y sectores de la población no tienen control y sobre todo, por qué, el intento por comprender a la enfermedad desemboca en la madeja casi incomprensible de la multicausalidad.

Pero si esto es cierto no lo es menos el hecho de que -- en la medida en que el individualismo liberal capitalista es cercado por la materialización de una clase con conciencia de tal, el conocimiento científico comienza a vencer los problemas planteados por la multicausalidad, al detectar algunas relaciones más constantes, -- algunas relaciones al parecer más importantes, a organizar estas relaciones en sistemas, estructuras que -- poco a poco permiten organizar aquello que en un principio parecía incomprensible.

2 Este punto lo trataremos más detalladamente cuando hablamos de la medicina en el centro dominante.

Estos hechos colocan a la ciencia en su conjunto y no sólo a la ciencia médica, en la posibilidad real de estructurar las relaciones existentes en un individuo y a su vez, determinar la correpondencia con otros individuos, en medio de una organización social dada e históricamente determinada.

En otras palabras se vislumbra la posibilidad de que la ciencia dé el gran salto en términos de una estructura causal dinámica e históricamente determinada.

Sin embargo, para que ésto se realice plenamente, es necesario que en la sociedad misma se den una serie de modificaciones que en términos generales tiendan a velar por toda ella en su conjunto y no por un sector que ocupa determinado lugar en las relaciones de producción.

El estudio hecho hasta el momento, nos señala que si bien es cierto existe una búsqueda, un intento por combatir la enfermedad, al que podemos denominar "medicina", la comprensión de ésta y sobre todo, el estudio de la aplicación del conocimiento médico en la práctica de la medicina, debe hacerse de acuerdo a las condiciones históricas entre países, entre sectores y considerando también las razones por las que se ejerce la medicina, las razones por las que se da salud, etc.

Si esto es necesario debemos primero analizar la forma clásica o tradicional en que se ha estudiado este tema, tratando de encontrar sus elementos importantes, descubriendo sus limitaciones, planteando los interrogantes que no resuelve.

En el estudio de las visiones tradicionales vamos a explorar dos problemas especialmente.

El primero tiene que ver con los aspectos metodológicos, a este respecto conviene subrayar que el pensamiento científico entre nosotros ha tenido y tiene de medio una serie de -- condicionantes, de determinantes que lo orientan hacia ciertas áreas de estudio y dentro de parámetros más o menos bien definidos.

El esfuerzo por replantear este conocimiento científico es uno de los retos de la ciencia actual. Como hemos dicho, -- este replanteamiento no significa necesariamente el volver -- atrás o el prescindir de los avances de la ciencia y la tecnología. Más bien va por el lado de permitir que las condiciones sociales que sustentan el desarrollo de la ciencia, se amplíen, se enriquezcan cuantitativa y cualitativamente -- de tal manera que surjan de allí las nuevas orientaciones -- para desarrollar en esa dirección lo que actualmente tenemos

La necesidad de replantear el problema de la ciencia no es un

interés arbitrario, o un deseo innovador acrítico obedece a que en la medida en que se plantean hoy, una serie de aspectos, de problemas que tienen que dan cuenta de la sociedad en su conjunto, éstos se pretenden resolver a partir de métodos y disciplinas que surgieron históricamente para resolver otro tipo de problemas, especialmente los problemas individuales, de pequeños grupos o de áreas restringidas - del pensamiento.

Siendo este planteamiento válido en términos generales, lo es de manera específica para la medicina como ciencia, razón por la cual hemos planteando en primer lugar el conocimiento médico y luego nos detendremos a analizar como éste conocimiento ha dado respuesta a los problemas hasta ahora planteados por la sociedad y como ha intentado dar respuesta a los nuevos interrogantes, en qué medida lo ha logrado o nó y por qué.

La tesis fundamental aquí es que se pretende dar respuesta a problemas que tienen su contexto en un nivel diferente - al del objeto tradicional de la medicina, con el instrumental metodológico que ha probado ser eficaz en este terreno eficacia que para determinada manera de pensar es razón suficiente para hablar de validez universal.

A este respecto trataremos de mostrar como en la construcción. de definiciones, de modelos, de metas de tipo social

se ha utilizado la metodología con lo que se ha construido todo el conocimiento médico que ha permitido curar al individuo. La premisa para esta trasposición es la de que lo que es válido -- para un hombre es válido para la sociedad en su conjunto.

Así tocamos entonces el segundo problema que nos interesa tratar.

El problema del contenido ideológico de la ciencia o también la utilización ideológica del conocimiento científico.

La magnitud e importancia de este tema trasciende a todas luces las posibilidades de este trabajo, sin embargo merece que por lo menos nos refiramos a él en términos muy generales y de manera especial lo ubicaremos en el fenómeno de lo que significa en la práctica concreta de una profesión como la medicina.

No basta en este momento decir que el científico y el técnico -- no son neutrales y que la pretendida objetividad de la ciencia está condicionada por el papel que la sociedad le asigne a los científicos en un momento dado. _

Es necesario particularizar, materializar esta afirmación de -- tal manera que nos permita "ver" en una sociedad como la nues-- tra, que condiciona el desarrollo de las disciplinas y de las -- profesiones.

En la medicina concretamente, el desarrollo de la ciencia médi-

ca coloca a los profesionales en una de estas situaciones.

- O concientes de la eficacia de su conocimiento para resolver determinados problemas, consideran que en ello está su aporte al proceso social y carecen de interés por cualquier otro tipo de problemas. Eso es que lo resuelvan otros. Es más, se resisten a que alguien de otra disciplina "invada" sus terrenos alegando -- que "eso" no es medicina o que la medicina sólo es comprensible en sí misma y no a partir de otros puntos de vista.
- O universalizan la validez de su conocimiento y pasan a intentar resolver con él, otro tipo de problemas, basados en la "concrección" de su experiencia la que oponen a la "abstracción" de -- otras disciplinas u otros métodos.

En ambas actitudes hay un bloqueo hacia otras formas de pensamiento, bloqueo que es fundamentalmente de tipo ideológico y producto de la ubicación de clase que la medicina tiene entre nosotros.

De aquí la necesidad de comenzar por un estudio de lo que es realmente el conocimiento médico, hasta que punto es diferente de el -- de otras disciplinas, como método, no como objeto de estudio, lo -- que es innegable.

Esto último nos refiere a un aspecto esencial, cual es el de que -- si los métodos de las diversas disciplinas tienen en común justamente aquellos que les impide integrar la realidad, es decir contienen el elemento metodológico analítico y además el elemento --

ideológico de suficiencia, los famosos grupos multidisciplinarios no pueden aportar mayor cosa, como esfuerzo totalizante. La suma de las partes no necesariamente es igual al conjunto de ellas.

Con éstas consideraciones y con éstos propósitos pasemos -- ahora a estudiar algunos aspectos concretos de la Salud y de la Medicina.

Lo hasta aquí expuesto, además de algunos otros anterior -- que se que se continuarán utilizando, hacen referencia a la Medicina como marco general dentro del cual entendemos a la Odontología, ya que en el caso de querer hacer análisis a -- partir de extracciones odontológicas implica el liberar de su responsabilidad histórica al conocimiento médico y conse-cuentemente falsear el análisis al tomar una de las partes (la Odontología), del Universo Médico.

CAPITULO II

ASPECTOS METODOLOGICOS

El Problema de las Definiciones.

Siempre que se intenta abordar un tema más o menos importante, es clásico tratar de definirlo en una forma clara, concisa y objetiva. Sin embargo, este intento no es siempre bien logrado. El incurrir en una serie de errores de tipo teórico y metodológico, hace que estas definiciones lejos de aclarar, contribuyan a oscurecer y desviar la atención del problema real que se quiere estudiar.

Tipos de definiciones. Sin querer establecer una tipología exhaustiva de los tipos de definiciones, hacemos una distinción entre:

1. Aquellas que describen un objeto o fenómeno y no conllevan una idea valorativa del mismo. Tales son las definiciones que enuncian los componentes fundamentales del objeto o hecho descrito, por ejemplo: definir una locomotora o una organización.
2. Aquéllas que intentan definir un fenómeno del cual se tiene una idea de valoración, gradación o jerarquía. Así no es fácil definir sin tener como referencia a la enfermedad y, por ende, a una serie de puntos intermedios entre ambas. Otro caso es el desarrollo que es referido necesariamente a una situación de subdesarrollo. En otras palabras, son definiciones que no sólo quieren definir, sino que necesariamente deben tener un punto de referencia.

Estas definiciones, de intentar seguir la metodología de las anteriores corren el riesgo de tomar como elemento fundamental un grado de esa variable y no la variable misma. Esto nos obliga a plantear desde ahora la dificultad para aislar una variable como tal de una realidad compleja. Dicho en otra forma: hay ciertos objetos, cosas o instituciones que, de hecho tienen cierta individualidad y por lo tanto pueden en alguna forma ser estudiados, analizados como tales. En cambio hay una serie de aspectos de la realidad especialmente social, que no tienen tal individualidad por lo que al convertirlos en individualidad se está haciendo una peligrosa abstracción. Como dice Foucault sólo es analizable lo que es en sí mismo analítico. Detengámonos en este tipo de definiciones por cuanto, a mi manera de ver, encierran en sí grandes confusiones de tipo teórico y metodológico en varios niveles.

LOS NIVELES DE ANALISIS.

En primer lugar pensamos que el traspaso mecánico de la metodología de definición de un tipo a otro de objetos de estudio es una generalización en base a la manera como se define y no en base al tipo de elemento definido que es realmente lo importante.

En segundo lugar es necesario establecer la diferencia entre elementos estáticos o estructurales y elementos dinámicos o de proceso, por cuanto el traslado simple de una metodología de definición a --

nivel estructural y por tanto sincrónico a un nivel de proceso y por tanto diacrónico conlleva necesariamente el violentar elementos que solo tiene validez en uno de los niveles.

En este problema se incurre frecuentemente, como dice Galtung¹. Ante la presión de la realidad se intenta sacar conclusiones para la historia de datos obtenidos en un momento. Un ejemplo de esto lo encontramos en el análisis de las relaciones entre salud y desarrollo, en el cual se toman una serie de datos de diferentes países en un momento dado y se les compara entre sí, lo cual no crearía problema si sólo se tratara de establecer diferencias, pero cuando se intenta, a través de esta comparación, mostrar un camino, lo que se está haciendo es pasar de un nivel sincrónico, del análisis de un momento, al nivel diacrónico. Al análisis de un proceso en el tiempo, pasando así por encima de la historia - que generó las diversas situaciones de salud y de desarrollo, en el momento actual.

Aunque parezca paradójico justamente la diferenciación tajante - del proceso y la estructura y su estudio por separado - método - analítico - es lo que crea la confusión arriba descrita pues del estudio de elementos diferentes se pasa a las conclusiones comunes.

1 Galtung, J. Teoría y Métodos de la investigación social. - - Tercera edic. Buenos Aires, Eudeba, 1971.

LA HISTORIA

En tercer lugar este traspaso de nivel no sólo tiene el problema antes descrito sino que arrastra un supuesto quizás más problemático: el de un modelo seudo histórico implícito. Al suponer que un país por ejemplo en un momento determinado sea el fin del camino del que hablamos, se le da las características de dicho país un peso valorativo de meta o de modelo, que pasa a ser superpuesto a las demás realidades y, por comparación, no sólo se señalan los caminos, sino que se levantan las diferencias. De acuerdo a ésto, el problema de tales aplicaciones tiene dos aspectos a saber:

1. El aplicar un modelo histórico como meta, señala un camino en el tiempo con datos de un momento y muestra una situación determinada como la meta de los demás. En el caso de países, uno de ellos pasa a ser la meta de los demás, lo que nos muestra ya no problemas teóricos y metodológicos sino evidentes peligros políticos y sociales.
2. Al aplicar dicho modelo para levantar las diferencias no sólo se tiene implícita la idea de que hay que corregirlas hasta hacerlas iguales al modelo, sino que las soluciones dadas para lograr dichas correcciones, al no tener en cuenta cómo se generaron las situaciones, sino hacia dónde se quieren

llevar, se limitan a recomendaciones vacías o a la enunciación de postulados o declaraciones de principios que aunque deseables y enmarcados en problemas reales y concretos permanecen, por lo dicho, en estado de recomendaciones, planes, ideas, etc. Dentro de este enfoque podemos ubicar, por ejemplo, los planes de la Alianza para el progreso, la AID y todas las subsidiarias en el país (Universidades, Centros de estudio).

En cuarto lugar debemos analizar una variante del punto anterior; la aplicación de modelos puramente formales, carentes de referente histórico concreto (país, etc.). Cabe destacar, ante todo, que dicho modelo formal, normativo, no es independiente de realidades concretas existentes en este momento, sino que está influido directa o indirectamente por ella. La diferencia fundamental es que ya no toma estrictamente como metas las de una realidad históricamente determinada (país), sino que hace una síntesis en abstracto de lo que juzga como ideal, como deseable, de realidades de distintos orígenes en el espacio y aún en diversas épocas históricas. Este grado de abstracción obscurece en parte el contenido social y político de tales modelos (sin obscurecer sus efectos claro está), haciéndolos más aceptables a las conciencias quisquillosas y permitiendo que dicha generalidad se adapte fácilmente a cualquier realidad histórica.

Se quiere por ejemplo llevar al país a una situación de bonanza -

como la que disfruta la clase alta de los Estados Unidos, de paz como la de Suiza, de orden como Alemania, de igualdad como la -- China. O en términos de salud se trae la tecnología de los Estados Unidos, la planificación socialista, las campañas de Indonesia, las instituciones de otro país, etc. A esto se reduce, generalmente, el estudio de nuestros dirigentes en el exterior y sus buenas ideas¹.

Esta posición contiene en sí los mismos inconvenientes del modelo anterior, vale decir, la prescindencia de la historia como -- componente explicativo de situaciones reales y la alta abstracción de las proposiciones y soluciones que se dan para resolver los "problemas" señalados por los modelos o aún los problemas -- que se manifiestan a través de las posiciones de clase de los -- pueblos.

Sin embargo, esta es quizás la corriente de pensamiento más -- frecuente en el análisis de los problemas latinoamericanos y concretamente en el análisis de los problemas de la salud. La razón de ello, está precisamente en que el grado de abstracción en que se plantean los problemas y se postulan las soluciones, dan a -- éstas un aire de "objetividad" de "cientificidad", que es muy -- atractivo para aquellos científicos formados en escuelas de profesionalización que separan tajantemente su actividad sociopolí-

1 En el fondo esto tiene el mismo significado ideológico de aquellas señoras, que al viajar a Europa, traen lo que allá es -- adorno y vivienda, para convertirlo en adorno y vivienda acá. No es pues raro encontrar en los barrios llamados "elegantes" de nuestras ciudades casas de tipo suizo, francés, español, etc.

tica de su actividad científica. Dentro de este grupo podemos ubicar las proposiciones de desarrollo de las Naciones Unidas, de salud de la Organización Mundial de la Salud, de planificación de nuestras Oficinas Nacionales de Planeación, etc.

En este aspecto concreto, la definición sobre aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, la formulación de planes y programas de salud para la sociedad, los países y las regiones, han estado basados en la concepción ideológica y metodológica que los médicos tienen de la realidad, concepción aceptada por ellos y a veces por la sociedad misma como de validez indiscutible y, que se defiende celosamente de las incursiones de otras disciplinas que "no saben de salud".

LAS VARIABLES

En quinto lugar debemos analizar el problema de la correlación entre variables, concretamente y para nuestro interés inmediato, el análisis de la relación entre salud y desarrollo.

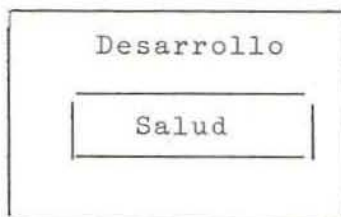
La variable desarrollo:

Este "desarrollo" al ser analizado como variable debe ser limitado para evitar que su manejo equívoco nos lleve a conclusiones erróneas. Si se entiende el desarrollo como aquel proceso que deben recorrer los países para llegar a la situación actual, a una situación deseada, nos encontramos con todos los problemas que hemos intentado analizar en los puntos anteriores y por lo tanto estamos en presencia de una variable construída en base a unos --

supuestos teóricos y metodológicos inaceptables por cuanto prescindan, como hemos dicho, de elementos fundamentales que aseguren la real delimitación de una variable como componente de la realidad.

Si, por el contrario, estamos considerando el desarrollo como el proceso a través del cual se realizan históricamente las fuerzas sociales (y éste no es ciertamente el sentido que se le da normalmente), encontramos una dificultad metodológica muy importante y es que estamos en presencia ya no de un componente del proceso, -- sino del proceso como tal o, en otros términos, de la variable contextual, y por lo tanto al quererla relacionar con otra variable necesariamente más restringida vamos a encontrar que el porcentaje de variación explicado por ella es de 100 por ciento lo que nos debe hacer pensar que estamos analizando una tautología.

Gráficamente podríamos representarlo así:



1. Una crítica al desarrollismo en profundidad puede verse en A.L. de Cardoso y Faletto. -- S. XXI Sgo. 1,969.

La variable salud

En la definición de la variable salud encontramos todos los probleme

mas relevados en los puntos anteriores, por cuanto necesariamente la definición de un estado de salud, bien sea real o ideal, implica la utilización de un modelo valorativo de normas reales o ideales con las consecuencias ya señaladas. Sin embargo, y en base al diagrama anterior, podemos mostrar como el método analítico, utilizado básicamente en la química, al ser transpuesto al nivel social en el sentido de aislar un sector salud de una realidad social dada, puede sin duda hacer algunos aportes, pero debe ser considerado con sumo cuidado por cuanto las conclusiones sacadas al nivel del sector pueden ser incluso contradictorias con otras sacadas al nivel más general. Es más, dado que el aislamiento de un sector de la realidad tiene que ser el resultado de una forma de abstracción, las conclusiones sacadas a ese nivel pueden ser también abstractas y solo eso.

En otras palabras lo que hacemos al aislar un sector salud de despojar la realidad de su contenido político, social e ideológico para quedarnos con el contenido, digamos físico y, solo incluimos al resto de la realidad como variable que se relacionan en "alguna forma" con nuestra variable en estudio.

En sexto lugar es necesario tomar otra de las fuentes utilizadas para definir y concretamente en nuestro caso para definir el desarrollo y la salud. Se trata de utilizar datos de otro nivel de análisis, ya no relacionado con el tiempo y el espacio, sino con

las unidades de análisis. En este caso se obtienen datos de individuos, que por el hecho de deambular, trabajar, hablar, participar, promover, etc., se consideran como sanos. A partir de ello, la medicina comprueba la existencia de hechos biológicos que - - difieren en los sanos y en los enfermos (hemoglobina, capacidad respiratoria, estatura, etc.), de acuerdo a análisis promediales. Si los sanos tienen en promedio tales o cuales valores en la - - medición de ciertas cualidades internas o externas, aquel que no cumple dicho promedio pasará a ser considerado enfermo, patológico, anormal. Este tipo de parámetro ha mostrado indudable riqueza en el progreso de la medicina entendida como la ciencia que - intenta mejorar la salud del individuo. Sin embargo, cuando surge el concepto de "Salud Pública", la simple verificación de - - esta anormalidad a nivel de muchos individuos lleva a la definición del nivel de salud, y en la corrección de dicho nivel se -- concentran los esfuerzos de la salud pública y de la medicina - social.

Esta generalización ha permitido ciertamente el desarrollo de -- aspectos fundamentales de esta disciplina como son los aspectos epidemiológicos y sanitarios, pero surge al mismo tiempo la limitación de dichos aspectos, pues el hombre tiene que trabajar, -- pensar, opinar, participar, comer y, tales actividades necesariamente deben ser tenidas en cuenta. Sucede sin embargo, que debido al origen metodológico y social de la disciplina, pasan a ser considerados como factores extrasectoriales.

En otras palabras se pasa a considerar a un grupo determinado de la población como con bajo nivel de salud lo que a su vez y sin mayores explicaciones es considerado como una limitación al desarrollo, sin tener en cuenta que estos individuos y no otros son los que componen la fuerza de trabajo de la cual se extrae el excedente económico y es la base de sustentación del sistema. Dicho de otra forma: la gran mayoría del país pasa a ser considerada como algo anormal, como un obstáculo.

Esta consideración nos coloca nuevamente ante el modelo comparativo pues necesariamente hace referencia a otras situaciones, en otros países considerando el nivel de salud en otro país "desarrollado" como la meta de la salud pública. En este caso el modelo no es tan problemático por el lado de las metas propuestas como puede serlo el de desarrollo, aunque no podemos negar que las metas en salud no son ajenas a otras metas. El problema fundamental reside en que las medidas a tomar, las soluciones, no pueden quedar sino en el nivel de los deseos por cuanto no tienen en cuenta las condiciones históricas que generan una situación de salud dada.

DE LO INDIVIDUAL A LO SOCIAL

En este estado encontramos actualmente a la medicina social y la salud pública. Por una parte tratan mediante la corrección individual de anomalías promediales, de elevar el promedio de la

sociedad en una transposición mecánica de niveles, lo que lleva a plantear el problema como si hubiera "escasez de recursos" -- para dicha corrección, en la medida en que son considerados -- homogéneos los promedios. Es pues igual el promedio de comida -- que el promedio de hemoglobina en la sangre, que el de rubidio en la cámara anterior. El primero es considerado extrasectorial a la Salud Pública, mientras que respecto de los otros dos se -- intenta elevar su nivel por una serie de métodos que siempre -- resultan "costosos" y que, en su mayoría, son también extrasectoriales. Esta homogeneidad es mucho más problemática en la medida en que se considera "al hombre" como algo homogéneo y por lo tanto se supone que los orígenes de sus promedios son iguales. Esto lleva a realizar grandes investigaciones para averiguar el "origen médico" de la desnutrición dejando al "origen social" como extrasectorial, lo que concentra la atención del -- investigador en aquellos individuos cuya desnutrición no tiene un origen social, sino fisiológico o metabólico, y que no son -- otros que los que pueden comer, pero no pueden aprovechar lo -- que comen por diversas razones.

En otras palabras, la consideración de la sociedad como un conglomerado homogéneo es un mecanismo concentrador.

Por estas razones, la salud pública ha pasado a ser considerada como la "impotente" de las ciencias de la salud.

Hasta aquí solamente hemos mencionado el problema de enfermedades que tienen una determinada incidencia en la población que no es otra que la repetición en varios individuos de lo que se da en uno. La solución a esto estará en implementar el tratamiento que se da a uno, para que lo puedan recibir todos. Ya señalamos la lógica y la efectividad de este método pero vimos que deja de lado el hecho social que hace que esa enfermedad se repita en varios individuos. Dijimos también que cuando la perspectiva analítica mencionada acepta la necesidad de estudiar este hecho, lo considera extrasectorial.

Se considera pues que la enfermedad tiene en el individuo una historia natural y, por lo tanto, al generalizar a varios individuos la historia de la enfermedad ésta sigue siendo natural.

Quiere decir que es "natural" que una persona sometida a un agente patológico desarrolle determinada enfermedad, pero cuando se generaliza a una comunidad la afirmación hay que hacerla con más cuidado por cuanto las variables que determinan la susceptibilidad de ciertos grupos sociales y aún de ciertos grupos etarios ya no se pueden considerar tan naturales y con mayor razón si existen marcos teóricos que permiten pensar que ciertas situaciones sociales no sólo no son naturales, sino aberrantes y producto directo de una determinada forma de organización social.

Con esto queremos decir que si bien puede hablarse de la forma natural en que se reproduce el estreptococo, por ej. ó un pará-

sito cualquiera, ya no es tan natural que este se desarrolle única ó preferentemente, en determinados sectores de la población.

Si desde este otro ángulo, consideramos el concepto de patología social comprenderemos que este concepto ha abandonado todo sentido útil y científico para convertirse en puramente ideológico.

Esto se basa en una nueva generalización. Si el individuo es un -- organismo, un conjunto de individuos debe también funcionar como -- un organismo y como corolario habría que concluir que si lo que -- daña a un individuo es enfermedad, lo que daña a un grupo de individuos (la sociedad), también será una enfermedad.

Claro está que mientras no nos refiramos sino a una enfermedad en varios o muchos individuos, el concepto de enfermedad o patología social sólo tendrá las limitaciones señaladas anteriormente, pero cuando tomamos a la sociedad como a un ser orgánico e identificamos a la sociedad actual, aquí y ahora, como un organismo que tiene una "historia natural", un "desarrollo" y un "crecimiento" -- propios, estamos llamando anormal o enfermedad a todo aquello que tienda a modificar dicha sociedad en su "desarrollo" o "crecimiento" naturales.

No se discute si esa sociedad debe ser modificada o no, por cuanto se está "desarrollando normalmente. Se reconoce como anormal o -- patológico a todo aquello que intente alterar la vida ya no de la sociedad sino del grupo dominante. Se reconoce como anormal o pato

lógico a toda tendencia al cambio. Es así como el descontento, los movimientos reivindicativos, los robos y asaltos, etc., no son considerados productos de una sociedad contradictoria sino enfermedades que hay que curar, independientemente de que sea lo que las -- produce¹.

Estas últimas apreciaciones nos muestran como se llega a distorsionar la idea de normalidad de acuerdo a los intereses explícitos de una clase dominante y como la ideología puede hacer aparecer ante sus ojos con toda claridad problemas que desde otro ángulo son altamente complejos e incluso contradictorios con la aparente claridad². Hasta ahora hemos tratado de estudiar las limitaciones propias del método mismo de la medicina para trascender cierto tipo de problemas, para dar el paso de lo individual a lo social. Pero habíamos mencionado una serie de aspectos de tipo ideológico y social, producto del papel del médico en una sociedad como esta, que constituían nuevas barreras para la solución al problema de la salud. Tendremos entonces que pasar a estudiar, la formación del médico, su forma de vida, como ejerce su profesión, sus motivaciones reales las de la sociedad al destinar parte de su producto a dar salud, etc.

-
- 1 Esta visión de una normalidad en base a promedios adquiere pues una connotación puramente moralista. Por último, se llega a considerar a muchos de los mecanismos que sustentan el actual estado de cosas como enfermedades sociales por el hecho de que aparecen en el tiempo con menos frecuencia que los tiempos llamados normales. Tal es el caso de las guerras por ejemplo y de otros hechos sociales como el desempleo en el que la mayor frecuencia es tomada con respecto a la población y en un solo momento.
 - 2 Se vive de la guerra pero no se ataca a la guerra. Hay propiedad porque no hay propiedad, pero se clama por una propiedad para todos. Hay excelente salud para unos porque no hay ninguna para otros, pero se clama por una salud para todos.

El problema no es solo el pasar del diagnóstico individual al diagnóstico social, de la etiología inmediata y específica a la mediata y -- contextual sino el pasar del tratamiento y prevención individual o de grupos a una curación y prevención social. Esto no solo significa la búsqueda de un sistema de seguridad social sino más bien a la búsqueda de un sistema social seguro.

CAPITULO III

HACIA UN MARCO TEORICO MAS COMPRENSIVO

La visión literaria

Explorando en otros terrenos y al repasar el campo de la literatura, por ejemplo¹ encontramos todo tipo de obras que hablan sobre los aspectos antes mencionados, pero haciendo énfasis en las condiciones personales del médico o en la forma como los individuos perciben la actividad de éste (Balzac, Moliere, etc.).

En algunas de ellas podemos apreciar alusiones a aspectos más - - generales del problema de la salud y de la medicina pero que en - - suma, no permiten superar el actual nivel del análisis. Incluso - - podríamos decir que el actual nivel científico del estudio al res - - pecto está orientado por dicha literatura, en la medida en que se hace a partir de casos individuales y desde puntos de vista meramente subjetivos.

Mencionaré una obra de Desmond Morris² en la que si bien es cierto el autor no hace un estudio serio sobre nada, menciona un - - aspecto, bastante interesante sobre todo por sus implicaciones. - - Sostiene que el médico es un sacador de pulgas y un lamador de -- heridas especializado. Lo que el autor anota, a mi manera de ver, es que uno de los antropoides que primero diferenció su trabajo -

1 Ver "Civilización y enfermedad" op. cit. en donde hay un amplio recuento a este respecto.

2 Morris Desmond "El Mono Desnudo"

con respecto a los demás fue aquel encargado de velar por "la salud del grupo", diferenciación que le permitió alejarse de la labor "común" al resto o sea la recolección y la caza.

Implica esto una diferente apreciación de ese individuo o mejor de lo que hace, por parte del resto de la comunidad, una nueva forma de subsistir socialmente, un nuevo origen del ingreso personal, una forma de división del trabajo.

EL CONTEXTO SOCIAL

Lo importante en suma es que el estudio sobre la medicina y la salud no debe enfocarse en los individuos mismos y su trabajo a nivel individual (lo que saben hacer, como lo hacen, como lo debieran hacer). Es necesario ubicar el estudio en un plano social, en el cual se pueda contemplar el significado social de una actividad, sus relaciones con las demás actividades, y con la totalidad de ellas, las repercusiones que dicha actividad tiene en la sociedad, lo que corresponde no sólo a su característica específica sino el hecho mismo de ser una relación social.

En otras palabras al hablar en este caso del trabajo médico, debemos tener presente que fundamentalmente el ejercicio de la medicina es un trabajo, una forma de subsistir, con características definidas y, hay que reconocerlo, muy peculiares pero que simplemente califican el aspecto esencial: el Trabajo.

Conviene enfatizar esto por cuanto tenemos la tendencia a enfocar el problema desde el punto de vista solamente de la calificación, con lo que estamos prescindiendo del factor dominante es decir, - que la medicina es una forma de sobrevivir, y no simplemente una forma de curar. Es lo que ocurre cuando decimos que la medicina - es el arte de curar o es para dar salud.

De acuerdo a lo anterior debemos vincular la actividad médica y - la de salud con el marco de las relaciones sociales generales - - derivadas ya no de la actividad específica, dar salud, sino del mo do de producción de bienes y servicios en una sociedad dada.

Esta vinculación, si se hace partiendo del estudio específico de la actividad médica, nos llevará a considerar esta actividad en - relación a otras, lo que ya hemos criticado (véase el parágrafo - sobre la Relación Salud-Desarrollo). La solución estará pues, por el lado de considerar primero los mecanismos fundamentales generados a partir de las relaciones sociales generales y luego especificarlas de acuerdo a relaciones más concretas.

Al hacer el análisis de las relaciones sociales, necesariamente - debemos referirnos a ellas no en abstracto sino en la forma como se desarrollan en una realidad concreta en un proceso dado. No tiene sentido pues estudiar los diversos trabajos y las diversas relaciones en general sino enmarcados en realidades concretas. No tiene sentido hablar de la medicina, del médico, de la salud.

Tiene sentido hablar de esos temas aquí ahora.

Esta concreción se debe a la necesidad de relevar lo que es específico a nuestros países. La forma en que ellos están -- vinculados a un modo de producción dado, a un sistema de -- relaciones internacionales y la forma en que esto repercute en las condiciones y las relaciones internas, condicionando así una serie de diferencias y un conjunto de relaciones -- solamente explicables a este contexto.

Al hacer esta especificación conviene referirnos así sea -- rápidamente a una falsa interpretación por los demás muy -- común.

Se argumenta, en el caso de la medicina y de la salud que -- estas tienen características universales, que no se puede -- hablar de una ciencia nacional, por cuanto las enfermedades son iguales en todas partes, los antibióticos curan infec-- ciones en todo lugar.

Es necesario hacer en primer lugar una aclaración por cuan-- to se trata de una confusión de niveles; por una parte es -- cierto que no pueda haber una ciencia nacional. Este punto no lo discute actualmente nadie, a pesar de que fué común -- hace algunas décadas. Otra cosa es tomar implicaciones de --

un caso individual y el de el sacar conclusiones a nivel social como ya señalamos.

Si bien es cierto que la forma de manifestarse las enfermedades tiene elementos comunes, las causas por las que un grupo de enfermedades es dominante en una región y otro lo es en otra, dependen no sólo de factores ecológicos y biológicos, sino de las relaciones sociales vigentes en dicha región.

Concretamente, el predominio de enfermedades hídricas característico de nuestros países en cierto grupo de edad es una manifestación de las relaciones sociales vigentes y no simplemente un indicador de atraso o de subdesarrollo. La modificación de esta situación no puede depender simplemente de los adelantos tecnológicos sino de su utilización y ubicación, lo que depende ya no de la tecnología y de la ciencia misma sino de las relaciones sociales propias de un sistema de producción. Es en estas relaciones en las que hay que profundizar para poder asimilar la tecnología de tal manera que no genere efectos contrarios a los producidos en los medios en donde fue concebido.

Con este breve comentario hemos llegado a una primera aproximación de dos elementos fundamentales del estudio.

1: Entiendase Odontología o cualquier otra especialidad ó subespecialidad.

- a) La medicina como un trabajo y el médico como un trabajador.
- b) La enfermedad como producto de una causalidad múltiple, estructurada bajo determinantes históricos en el que los factores sociales, económicos y políticos son dominantes, que se hace más claro cuando se analiza un grupo.

Hago estas proposiciones básicas con la idea de que se hará - mucho más comprensible el proceso de la medicina y de la - - salud si incluimos en el análisis estos elementos por cuanto al insistir en los métodos anteriores, - en los que sólo se contempla el médico como un personaje que posee el don de - - curar, a la medicina como la simple función de curar y a la - salud como resultado promedial de la evolución de ciertos -- grupos sociales - solo llevará, como hemos dicho, a redun-- dancias, planes y proposiciones irreales que tienen no solo - poca utilidad práctica sino un contenido ideológico revestido de un aparente toque científico; peligroso por cuanto limitan las posibilidades reales de cambio en las actuales condicio-- nes sociales y concretamente en la situación de salud.

Al proponer este estudio se nos presentan dificultades que es necesario tener en cuenta; por una parte, es necesario desmistificar una profesión que se ha ideologizado en tal forma que ya no se reconoce a sí misma como un trabajo -- pero el asumir tal tarea conlleva el rechazo directo sin previo análisis, la incomprensión y la deformación.

CAPITULO IV

HACIA UN NIVEL DE MAYOR CONCRECION

Los supuestos. Hemos dejado para este momento el estudio de una serie de supuestos sobre los que descansa toda la concepción -- que los médicos tienen de su trabajo y que la sociedad acepta -- como los fundamentos de su práctica profesional.

Lo hacemos así pues creemos que a través de su estudio cuidadoso podemos pasar, de la discusión teórica y metodológica que -- hasta ahora hemos desarrollado, al análisis y la comprensión de aspectos más específicos. La intención es, no solamente presentar un marco teórico coherente que dé cuenta de los problemas -- que se presentan en el nivel mismo de una teoría del conocimiento, sino que permita, a partir de esta, ilustrar aspectos de la realidad concreta que permitan orientarle y modificarla.

La necesidad de Salud

Para avanzar en este terreno difícil por cierto hay que distinguir entre:

- 1) La necesidad natural por conservarse vivo y
- 2) La orientación científica y tecnológica de un grupo humano para lograr tal fin.

En cuanto al primer punto acepto esa necesidad de sobrevivir -- como un acto prácticamente instintivo, aunque debe precisarse -- exactamente qué es lo que se entiende por sobrevivir.

En el caso de un animal, el instinto aporta todo lo relacionado a la sobrevivencia, que esta referida única y exclusivamente a la reproducción de la especie y al mantenimiento de la vida en la primera edad y en la edad reproductiva.

En el hombre en cambio, como producto del proceso histórico de socialización, esta necesidad presenta variaciones importantes por cuanto los conceptos de vida, de nivel de vida, de salud, de bienestar, están fuertemente condicionados por las relaciones sociales desarrolladas en determinado momento. Sabemos que esto es diferente de acuerdo al momento histórico, la situación geográfica, el tipo de sociedad, el grado de vinculación a ella.

No es lo mismo un dolor de cabeza para un campesino que para una reina de belleza. Ciertos niveles de hemoglobina que para determinados grupos sociales son alarmantes, y causa segura de hospitalización, son lo normal y común en otros grupos.

Reconocemos que la tan usada frase, "la salud es una necesidad humana", tiene elementos reales pero llamamos la atención sobre el hecho de que esta aparente verdad, oculta aspectos esenciales, como el de que esta necesidad esta condicionada por una serie de factores de mucha importancia para una mejor comprensión de la misma.

A Quien se Consulta

Continuando en esta línea de análisis, o sea, no contentándonos con afirmaciones generales de dudosa utilidad, sino tratando de

desentrañar los orígenes y los determinantes de comportamientos específicos, podemos decir que si bien esta necesidad ya condicionada como tal lleva al hombre a consultar o mejor a tratar - de satisfacer esa necesidad, no necesariamente lo ha de llevar a consultar al médico. Para que esto ocurra, son necesarias - - otras condiciones diferentes que están determinadas por la forma dominante de organización social y, lo que es más importante, por la forma en que el individuo o el grupo esten vinculados a ella.

En el caso extremo, a nadie le extraña que en una comunidad indígena cerrada y aislada, requiera satisfacer sus necesidades a través de la organización misma de la comunidad. Concretamente es el hechicero o curandero el encargado de "resolver" los problemas de salud.

En igual forma sectores sociales desvinculados de la sociedad - que ha desarrollado determinada tecnología médica, excluidos -- del proceso político y de la propiedad, tienen dificultades -- para buscar en esa tecnología (no desarrollada para ellos), la solución a sus problemas y tienden, por el contrario, a solucionarlos con los elementos de su propia organización, de su propio nivel, con quienes lo comparten todo, su miseria, su aislamiento, su enfermedad.

No curará el curandero, la tuberculosis, la desnutrición, entre otras cosas porque estas condiciones no son detectadas por él,

como anormales, sino por el contrario, como característica inherente al medio en el que se desenvuelve.¹

Están determinadas socialmente no sólo la necesidad de salud, sino también los pasos que se den para satisfacerla. Se consulta si, -- pero no necesariamente al médico, puede ser al curandero, al farmacéuta, al amigo o por qué no, a sí mismo.

Este breve análisis nos lleva no sólo a especificar la necesidad, la demanda, sino la medicina misma... Debemos pues hablar de una -- medicina que corresponde al desarrollo del tipo de organización -- social dominante, a la que llamaremos por ahora medicina institucional y de otras formas que intentan resolver el problema de la -- salud como medicina no institucional o medicina informal².

Aunque el interés del presente trabajo está en la primera forma de medicina, creo conveniente hacer algunos comentarios sobre las -- otras formas mencionadas, por cuanto es un aspecto íntimamente -- relacionado con lo que algunos denominan "demanda real" y "desarrollo potencial" y que a mi manera de ver tienen una posibilidad -- real de comprensión en los términos que propongo.

-
- 1 Cosa que le ocurre con frecuencia a los médicos quienes prácticamente no hacen un diagnóstico de desnutrición, por cuanto eso es algo muy común, y en cierto sentido por esa razón no es una enfermedad.
 - 2 A este respecto pueden consultarse en la bibliografía recopilada al final, una serie de textos que lo describen en algún detalle, a pesar de que ninguno lo estudia como elemento de toda una estructura social.

Una sociedad como la nuestra, que desarrollándose en términos del capitalismo mundial margina y explota a amplios sectores de la población y que tiene como expresión necesaria la conversión del mundo en un arsenal de mercancías, ha convertido también la salud una de ellas, lo que nos obliga a analizar el problema de la salud, del ejercicio de la medicina y de la enfermedad misma, en el marco de las leyes generales del capitalismo, con sus aspectos económicos, políticos e ideológicos y, concretamente en nuestro caso de las características concretas de una sociedad dependiente en todos sus aspectos de ese sistema capitalista y muy especialmente de la tecnología allí desarrollada.

En la medida en que este marco conceptual sea correcto, mientras persistan sectores de la población excluidos del proceso social dominante y mientras en los sectores vinculados a dicho proceso, la salud sea una mercancía que debe ser adquirida en el mercado, con altos costos, existirá un terreno abonado para la subsistencia de lo que hemos denominado medicina informal. Así los curanderos, yerbateros y comadronas, seguirán siendo no sólo un problema como lo consideran algunos, sino una necesidad de la población, al igual que en otros medios lo es la automedicación, la consulta a los familiares, a los amigos, al farmacéuta, la consulta telefónica, (de la cual se cuidan muchos médicos de prestigio), la consulta a las abuelas para tratar a los niños, etc.

En resumen, la medicina informal es la manifestación primaria de la necesidad de combatir la enfermedad y la medicina institucional es la forma de satisfacer esa necesidad para los sectores -- más o menos vinculados a una forma concreta de organización -- social.

Retornemos ahora a lo que más nos interesa en este trabajo, esto es, a la medicina institucional.

Para profundizar en esto partamos de una afirmación: la medicina institucional ha sido siempre una profesión de élites. Para formarnos una idea más clara de lo que quiero decir con esto, recurramos a la historia de la humanidad y de nuestra sociedad latinoamericana, así sea muy brevemente.

La Medicina en la Historia¹

En la antigüedad, concretamente, en las formas esclavistas de la sociedad, la medicina institucional está vinculada exclusivamente a quienes no fueran esclavos. Los primeros médicos se formaron al pie de los Dioses y ejercieron en compañía de ellos².

Al hablar de esclavos debemos tener en cuenta que a éstos se les prestaba por aquella época alguna forma de atención médica que --

1 De la extensa bibliografía sobre el tema conviene citar la -- obra de Sigerist, H. Civilización... op cit.

2 No está demás recordar que cuando hablamos del esplendor de -- Grecia olvidamos fundamentalmente que éste sólo se logra a -- costa del obscurecimiento, la dominación y el trabajo de mi-- les de esclavos.

pareciera contradecir la proposición inicial.

Precisemos entonces un poco más el hecho. Resulta lógico sostener que, en una sociedad en la que los medios de producción están - - directa y brutalmente identificados con el hombre, al dueño de - estos medios-esclavos le interesaba que se reprodujeran, que se - mantuvieran vivos, etc.

Recordamos además que estos esclavos no eran considerados hombres. Así Platón al hablar de su comunismo, no se refería exclusiva- - mente a los ciudadanos.

Esta observación nos permite establecer una nueva proposición. Se presta atención médica institucional por múltiples razones, no se presta atención médica solamente porque es un derecho. Las motivaciones para dar salud pueden ser de origen político o económico - simplemente..

En la edad media cuando hay un primer distanciamiento físico - - entre el hombre y los medios de producción, el esclavo pasa a ser siervo con lo que ya tiene que velar por su salud y la de su familia.

La medicina formal se encierra en castillos y conventos y la medicina informal (brujería), se desarrolla de tal manera, que es necesario perseguirla y tratar de exterminarla por cuanto constituía una fuente de poder diferente a la del señor feudal.

Los médicos más famosos surgen en las cortes no sólo Europeas sino del medio oriente y en forma muy especial en los conventos y - monasterios, donde no solo ejercen su profesión sino que la aprenen

den. No es otro el origen de la universidad. Es decir ésta tiene su origen formal al amparo de las cortes y los conventos.

En la medida en que las primeras formas de mercantilismo irrumpieron en Europa, encarnadas en la clase emergente de los mercaderes, la medicina salió de los castillos para ubicarse en los hospedajes o postas donde se desarrolló en la forma de antiguos hospitales u hoteles. Esto, indudablemente, implicó modificaciones no sólo en la formación y extracción social del médico sino en una ampliación de la base demandante de servicios de salud. Cuando se consolidó una forma de producción capitalista en la cual hay una mayor diferenciación entre el medio de producción y el hombre, lo que da idea de que a lo que se está explotando es a la máquina y no al hombre, el siervo pasa a ser trabajador libre, para que esta libertad teórica dé la apariencia de una total desvinculación con la máquina.

Esta nueva modificación en la estructura de la producción produjo la emergencia de una nueva clase a cuya demanda se plegó la medicina institucional adoptando la forma de una carrera liberal, en la que la palabra "liberal" da la idea de desvinculación de la medicina con una clase o grupo en especial.

Dentro de esta nueva organización cabe esperar que los mayores esfuerzos por dar salud estén dirigidos a los medios de producción y no a los trabajadores, lo que se corrobora en la creación del mantenimiento de las máquinas, a las cuales si es necesario,

se les coloca aire acondicionado. Otro ejemplo a este respecto es el trato preferencial que recibe el ganado en las grandes fincas, con respecto a los empleados y sus familias. Es fácil encontrar - en ellas niños enfermos de diarrea o desnutrición, pero si hay - algun animal enfermo este tiene los cuidados inmediatos del veterinario, del zootecnista, del práctico local (práctico cafetero - en Colombia).

No vacilo en afirmar que, en este sentido, en mejor sistema de -- mantenimiento de salud en nuestros países, no es el de los hom- -- bres sino el de las máquinas y el del ganado.

Claro esta que en la medida en que los obreros se organizan como un nuevo cliente, ya sea en número o por calificación, tendrán -- cada vez mayores servicios de salud y esto por dos factores prici

- pales:
- 1) La necesidad de mantener una mano en obra activa y
 - 2) La demanda de un sector organizado y cada vez más -- conciente de su papel esencial en la producción.

El mero análisis cronológico¹, si bien agrega elementos al estudio, no es suficiente por cuanto se corre el peligro de interpretar la sucesión cronológica como un proceso de desarrollo natural e irreversible, olvidando que la historia es, fundamentalmente, el producto de largas y penosas luchas de grupos emergentes y en disolución y que, de acuerdo al tipo de lucha planteada, podemos reencontrar en el transcurso del tiempo, episodios que se creían ya superados, como la esclavitud por ejemplo:

Como la etapa por la cual atravezamos es predominantemente capitalista, enfocaremos el estudio en nuestra realidad, tratando de desentrañar la forma compleja y aparentemente desvinculada de la orientación -- de nuestra proposición, y encontrar los elementos que permitan una visión clara de la sociedad y del papel de la medicina en ella.

Puntualizando: es obligatorio comprender la forma como nuestras -- sociedades latinoamericanas se han vinculado al sistema capitalista por cuanto a esta forma ha de ser diferente a la de otras regiones o países y, por ende, los desarrollos sociales deben tener también cierto dinamismo propio, así, en términos generales, éste dependa -- del dinamismo del capitalismo en general.

1 En la obra del Dr. Benjamín Viel, la medicina socializada, se da una visión histórica de tipo cronológico, que aunque no posee riqueza de análisis permite concluir a su autor que la medicina se ha adaptado y se seguirá adaptando a las formas de organización social vigentes, cosa que aún muchos -- médicos se resisten a aceptar.

Viel, Benjamín "La Medicina Socializada" Santiago, Univ. de Chile. 1964.

Como hemos aceptado la importancia de los procesos sociales en el desarrollo de la tecnología creemos que la especificidad del proceso social latinoamericano ha de tener influencia en el desarrollo de la aplicación, evolución y utilización de la tecnología médica.

Esto nos permite plantear una nueva proposición. Las motivaciones y determinaciones del desarrollo de la tecnología -- médica-medicina institucional- si bien es cierto corresponden a principios generales relacionados con el deseo del -- hombre por sobrevivir (demanda) se modifica de acuerdo - - al desarrollo de cada tipo de sociedad específica.

En este caso se trata de la sociedad dependiente¹ (oferta).

Esto último permitirá una mayor especificidad en la comprensión y explicación de los procesos estudiados y nos - - alejará del estudio en base a conceptos "universales" que - debido a su alto grado de abstracción permiten que cualquier realidad encaje en ellos.

1 Entendemos el concepto de dependencia en el sentido de - Cardoso Y Falleto en dependencia y desarrollo en América Latina. México, Siglo XX, 1969.

Concretamente decimos entonces que la medicina en una sociedad como la nuestra es una medicina de clase. Para desarrollar este punto analicemos la medicina y de manera concreta a la Odontología tal como se han presentado entre nosotros.

CAPITULO V

SE DICE QUE LA ODONTOLOGIA ES UNA PROFESION LIBERAL¹

Con esta afirmación se están haciendo una serie de implicaciones no siempre bien comprendidas e interpretadas. Trataremos de destacarlas ubicando en primer lugar una profesión liberal dentro de una sociedad liberal.

Al hacer referencia a una sociedad liberal surge la necesidad -- de intentar al menos su ubicación histórica, por cuanto la sociedad liberal no ha existido siempre (quizás nunca) y, por lo tanto, las profesiones liberales tampoco.

Vimos en el capítulo anterior de que manera la emergencia de -- nuevas clases en la época feudal, representaba modificaciones -- profundas en las relaciones sociales existentes. Los mercaderes europeos con un excedente apreciable acumulado acometieron la -- producción de artículos en grandes cantidades, para lo cual -- debieron liquidar la antigua producción artesanal, contar con -- una mano de obra libre, modificar la tecnología de la producción, derribar las barreras comerciales, etc.

1 Ver la obra de Henri Halsted, la crisis de la medicina libe--
ral. En la que se estudian diversos aspectos de este problema.
Halsted, Henri. La crisis de la medicina liberal, Barcelona, -
abril 1965.

Todas estas modificaciones, cambios, libertades, se consolidaron en una imagen ideológica resumida en lo que algunos denominan -- una "sociedad de tipo liberal".

Decíamos sin embargo, que esta ideología nunca se dió como tal, que sólo se fue y se es liberal respecto a otras sociedades, -- países o personas. Nunca hubo país más proteccionista que Inglaterra en su época más "liberal".

Al hablar de una sociedad liberal, entendida en estos términos -- estamos hablando, en realidad, de una sociedad en la cual el naciente capitalismo ha modificado la estructura socioeconómica y de manera muy especial la ideológica.

En estos cambios debemos referirnos de manera especial a una -- serie de aspectos que están relacionados con la Odontología.

La aparición del trabajador libre en el mercado de trabajo en el cual vende su fuerza de trabajo como cualquier mercancía, la aparición de una serie de intermediarios entre los dueños de los -- medios de producción y los que trabajan, y que se encargan de -- algunos aspectos no relacionados directamente con la producción,

La pequeña burguesía, configuran un amplio sector con cierta capacidad de compra que se mueve en la sociedad con una cierta -- "libertad" basada en, y determinada por justamente, esa capaci-- dad de compra, (obtenida al vender su fuerza de trabajo) todo -- ello coloca a la odontología en una situación enteramente diferen-- te .

La salud, una mercancía

La salud, materializada en el conocimiento odontológico, es convertida por esta sociedad en una mercancía más y como todas las mercancías esta destinada única y exclusivamente a quienes pueden -- comprarla.

Por esta razón la relación odontólogo-paciente, entendida como una transacción más, debe estar y está regida de hecho por las leyes -- del mercado, por las leyes del capitalismo.

Estas leyes del capitalismo imperantes en la dominada sociedad -- liberal no solo condicionan la relación odontólogo-paciente¹ sino que requieran una serie de situaciones, de ciencias, de ideas que permiten y justifican esa relación específica.

¹ Sobre este aspecto ver la obra de Lain Entralgo, el odontólogo y el paciente, en la que se describen los diversos aspectos que -- inciden en dicha relación y la forma como este ha evolucionado a través de la historia. En ella a mi manera de ver, no sustenta a fondo, el porque de estos cambios ni las razones por las que -- esta relación ha perdido su "sentido humano" en el marco de la -- llamada medicina socializada. Tampoco profundiza en los requerimientos, sociales e individuales, necesarios para que esta relación pueda darse en forma real, es decir, que favorezca al -- paciente, al médico y a la sociedad.

Lain Entralgo. El médico y el enfermo Madrid Guadarrana, 1969.

La aparición del trabajador libre, hace aparecer a los hombres como iguales entre sí y toda una ideología se desarrolla para materializar esa imagen (hombres iguales y libres; participación de todos en el gobierno a través del voto) ocultando las diferencias de clase.

El odontólogo percibe así a sus pacientes, como seres iguales que pueden o no solicitar sus servicios y los pacientes ven a los Odontólogos como diversas posibilidades de las cuales pueden esperar la satisfacción de su demanda siempre y cuando, -- claro está, tengan con que pagar¹.

El mercado

El odontólogo aparece entonces en el mercado ofreciendo su mercancía, la salud. A ese mercado acuden miles de personas que necesitan esa mercancía.

Es esta condición la que hace que la Odontología se ubique -- como una profesión liberal es decir aquella que puede ofrecer libremente su mercancía en el mercado, a diferencia de otras profesiones que necesitan más condiciones para aparecer en dicho mercado.

1 Sobre este tema hay alguna discusión en la obra de Halsted. Es uno de los pilares de la ideología médica y por el han luchado los sindicatos de la rama médica en todos los países y en todos los tiempos. Se trata de la famosa libertad de elección. Si los odontólogos entendiéramos a fondo el problema que subyace, es decir, que esta libertad de elección requiere para que sea real, una transformación enorme en las relaciones entre los hombres, habremos dado un gran paso en el campo de la salud, en el mejoramiento de la sociedad misma.
Halsted, Henri La crisis... Op Cit.

Se trabaja como se dice vulgarmente, por cuenta propia, se es dueño de su propio negocio, se puede abrir o cerrar a cualquier hora, atender al que se quiera, cobrar en cualquier forma, etc. Estas mismas razones posibilitan que ese mismo odontólogo atienda gratuitamente a ciertos sectores de la población en sus "horas libres", es decir, en aquellas horas en las que ya su aspiración social y económica ha sido satisfecha, horas que pasan a reforzar el contexto ideológico de la odontología como una carrera destinada a "hacer el bien".

Al referirnos a este aspecto, comenzaremos a abordar los elementos que hacen que la odontología no sea sólo una carrera liberal, sino que además aparezca como una vocación, una profesión noble, que está por encima de esas aparentemente rígidas e inhumanas leyes del mercado.

Este aspecto es uno de los pilares sobre los que descansa justamente esa posibilidad de cobrar.

Notemos aquí que los odontólogos no cobran un sueldo (estos odontólogos "liberales"), sino que cobran lo que se denomina "honorarios", lo que contribuye a acentuar las diferencias entre las carreras liberales y los demás trabajos y oficios, fomentando lo que se conoce como el "prestigio" de la odontología¹.

¹ Como curiosidad, debe recordarse que estos honorarios permiten que al morir un paciente, el único dinero que se puede retirar de la sucesión es el destinado al pago de ellos.

Neoliberalismo

Esta sociedad liberal (capitalista) regida por una "mano invisible" en el decir de Adam Smith, encontró pronto serias limitaciones para su desarrollo, limitaciones atribuidas por los ideólogos justamente a esa libertad excesiva y fue así como - luego de las primeras grandes crisis, y debido al desarrollo mismo del sistema, aparecieron modificaciones no solo del - sistema económico, sino del orden jurídico e ideológico, en - el cual el Estado pasó a ocupar un lugar, ya no sólo en la - vida política, sino como instrumento esencial en la economía dentro de la cual debía reglamentar en alguna forma el mercado y dedicarse a las obras de infraestructura, a capacitar mano de obra, y a satisfacer ciertas necesidades de la "nueva - población". Es lo que se denomina el neocapitalismo.

En él la odontología ha encontrado un nuevo - contexto que modifica seriamente la concepción de la atención odontológica, el ejercicio de la profesión, etc.²

A este respecto la obra del Dr. Viel comprueba este tipo de cambios pero no explica el por qué de ellos, dando la idea de una simple adaptación mecánica de la odontología al - proceso social.

Esto nos previene contra la tendencia a considerar ciertos procesos del desarrollo de la odontología como procesos de socialización o como procesos que atentan contra la odontología tradicional.

La idea fundamental, por el contrario, es que dichas modificaciones son solo el resultado del paso de formas capitalistas liberales a formas neocapitalistas, neoliberales, -- del desarrollo de la odontología y que, lejos de ser un -- atentado contra ella, es precisamente la única salida que ésta tiene como detentadora de un cierto poder y prestigio en la sociedad.

Este burdo cuadro es válido sólo para la sociedad en su -- conjunto, siendo necesario hacer algunas especificaciones referidas a situaciones concretas.

Para ello debemos conocer qué papel desempeña nuestra sociedad latinoamericana en ese contexto general , ya que la condición de país dependiente económica, política e ideológicamente del capitalismo mundial afecta de manera especial las posibilidades reales del ejercicio de la odontología su desarrollo, del tipo de enfermedades bucodentales etc.

Es por esto por lo que creo necesario no sólo estudiar la odontología sino su manifestación específica entre nosotros y esto a pesar de que en cuanto a la odontología y la salud prevalece la idea de que son conceptos universales -

con validez absoluta, con desarrollo natural y de aplicación - eficaz en cualquier contexto.

Cuando analizamos la sociedad, y la enmarcamos dentro del capitalismo y por lo tanto dentro de la lucha de clases que le es propia, percibimos que la odontología, como parte de ese sistema, necesariamente debe tener una ubicación. Entonces, comienza a adquirir sentido nuestra afirmación de que la odontología es una odontología de clase. Para llegar a materializar este aserto debemos, sin embargo, profundizar más el estudio. Debemos pasar a explicar qué es lo que hace que el odontólogo pueda participar en el mercado como oferente de determinada mercancía y sobre todo qué es lo que le permite tener ciertas - características que lo hacen "dueño de su propio negocio", -- tener un prestigio determinado, etc.

Para ello debemos emprender el estudio de qué es la odontología en sí misma, como es el odontólogo trabajador, qué significa - el conocimiento odontológico como mercancía, etc.

CAPITULO VI

LA ODONTOLOGIA ES UN TRABAJO

Esta afirmación aparentemente sencilla y clara es el meollo de toda una ideología mítica creada alrededor de la odontología y del odontólogo, ideología que redundando en beneficio de algunos odontólogos y de un tipo de odontología.

Llegar a este punto requiere conocer por qué entre nosotros la -- odontología es un arte, por qué el odontólogo ha tenido tradicio-- nalmente una posición de privilegio, por qué cobra honorarios y no sueldo.

El Valor

Subyacente a lo anterior encontramos una teoría del valor propia -- del capitalismo liberal y que se basa fundamentalmente en tres -- aspectos:

- a - El valor está dado por la utilidad
- b - El valor está dado por la escasez
- c - El valor está dado por la capacidad individual, el genio, etc.

Todo lo anterior implica además, que el valor se traduce directa-- mente en el precio y éste se traduce en dinero. (Valor = precio = dinero).

De acuerdo a esto obtenemos la siguiente igualdad en lo que a la -- medicina se refiere.

- a. Utilidad o necesidad
- b. Escasez = Valor = Honorarios
- c. Habilidad, ingenio

Analizando esta igualdad podemos comprender los fundamentos sobre los que descansa la ideología de una carrera liberal y sus repercusiones en cuanto a las posibilidades económicas de aquéllos que la ejercen.

- a. Por el lado de la utilidad y de la necesidad, dada la característica de la profesión odontológica, íntimamente ligada a la necesidad básica de subsistir, hay un consenso generalizado de la necesidad de que ciertas personas se dediquen al mantenimiento o al logro de dicha necesidad.

Según la odontología es útil y necesaria; por lo tanto, la odontología "tiene un valor", ergo, el tener conocimientos odontológicos tiene un valor en sí, que debe ser retribuido por la sociedad.

Con respecto a esto conviene puntualizar lo siguiente. Desde el punto de vista de la división del trabajo, es aceptable que algunas personas sean encargadas de determinadas labores, en la medida en que estas necesiten algún grado de dedicación y tengan cierto tipo de complejidad.

Sin embargo, en éstos términos, esta actividad no tiene porque tener más o menos valor que otra actividad con

cualidades semejantes es decir, que necesite alguna dedicación y que tenga cierta complejidad. Por lo tanto debería existir una igualdad en la representación de dichas cantidades de valor. En este sentido el trabajo de un odontólogo sería igual al trabajo de un ingeniero, por ejemplo:

En esta misma argumentación y aceptando la tesis pura de la división del trabajo como una necesidad social. Llegaríamos a decir: Trabajo de un odontólogo igual de un agricultor, de un obrero, de un comerciante.

Pero sucede que la realidad no se adapta a dicho razonamiento sino que, por el contrario, lo contradice abiertamente al retribuir en forma diferencial a distintos trabajos.

Pareciera entonces que hay algo en los trabajos que los diferencian no sólo en su apariencia sino en su valor intrínseco.

Tratando de encontrar ese algo, no podemos dejar de anotar la complejidad y la dedicación. Cuando hablamos de complejidad nos estamos refiriendo generalmente a una serie de ideas no muy precisas por lo que la complejidad se hace a sí misma compleja.

Se dice por ejemplo que la odontología es compleja por cuanto necesita una gran cantidad de conocimientos, una responsabilidad muy grande, un arte para comunicarse con el paciente además de

destrezas manuales, etc.

No parece ser que el valor de la odontología se deba a los dos últimos aspectos (el "arte" de comunicarse y la destreza en el manejo de instrumentos) por cuanto estas cualidades, si se estudian diferencialmente, son necesarias para cualquier actividad humana, se requieren en cualquier tipo de trabajo y a cualquier nivel.

La responsabilidad es un factor sin ninguna duda importante, y más tratándose de la vida de una persona. Tal parece que esta responsabilidad recae fundamentalmente sobre el odontólogo. Sin embargo trataré de demostrar que esto no es cierto y además que esta idea hace parte del complejo de justificaciones ideológicas sobre las que reposa el prestigio de la Odontología.

En primer lugar, la responsabilidad por la vida humana es ante todo una responsabilidad que compromete necesariamente a toda una sociedad en todos sus componentes y a todos sus niveles, por lo tanto, toda actividad humana tiene en una forma o en otra una repercusión en la salud del conjunto.

En una sociedad individualista por excelencia como es la sociedad capitalista el concepto de responsabilidad social no cuenta, en la misma forma en que no cuentan los costos ni los beneficios sociales.

De esta concepción individualista, se aísla el momento en que el odontólogo se enfrenta al paciente o mejor, éste se enfrenta a aquel y a eso se le denomina, el momento en que se da salud. Esto -

no se compadece ni con nuestra afirmación previa, ni con el proceso de una entidad patológica por cuanto ésta se desarrolla debido a -- múltiples causas, en un período más o menos largo de tiempo y se -- cura o no con los esfuerzos del mismo organismo más la oportunidad y acierto del odontólogo todo ello unido al conocimiento humano -- acumulado en ese odontólogo, más todo lo que implica el desarrollo de la farmacología, la terapéutica, la técnica, etc.

Nosotros insistimos en considerar al odontólogo como aquel que da -- la salud y que responde por ella. Es como si la vida de un soldado herido en una batalla de una guerra declarada por cualquier motivo, fuera la responsabilidad directa y única del odontólogo al que le -- tocó cerrarle los ojos.

En resumen pareciera que por razones que dependen de relaciones sociales de tipo individualista y liberal, la odontología se hubiera echado sobre sus espaldas una responsabilidad que no le pertenece -- sino que es de la sociedad. Esto no nos aclara pues que la odonto--logía en sí tenga más valor que el resto de los trabajos pero sí -- nos explica por qué aparenta tener más valor.

En este sentido dicha responsabilidad no es una carga sobre la es--palda del odontólogo sino, al contrario, un soporte sobre el que -- descansa.

Nos queda el aspecto de la gran cantidad de conocimientos necesarios para ejercer la odontología.

Repetiremos el argumento básico del numeral a.: La odontología es necesaria por lo que tiene valor; luego, el conocimiento del odontólogo tiene "un valor", de esto se deduce que a más conocimiento, más valor.

Este silogismo debe ser negado desde sus bases por cuanto el valor no está dado por la necesidad o la utilidad de algo a pesar de que en un momento dado esto le pueda fijar un precio en el mercado.

En cuanto a la conclusión ésta es negada no sólo por la falsedad de la premisa sino por cuanto se incluye un elemento diferente y muy importante cual es el del conocimiento. Es en este último elemento en donde radica a mi modo de ver el meollo del asunto. No se reclama más valor por la utilidad sino directamente por el grado o por el monto de los conocimientos adquiridos.

En este sentido es innegable que la odontología requiere una serie de conocimientos de relativa complejidad para ser ejercida correctamente pero, como vimos, hay otros conocimientos quizás más complejos y muchas veces no tan bien remunerados. Recordemos la igualdad; trabajo de un odontólogo igual al trabajo de un ingeniero.

De acuerdo a esto tenemos que aceptar que no es la odontología -- por la odontología lo que "tiene valor" sino que es la odontología por el conocimiento y eso permite que podamos igualar el trabajo de un odontólogo al trabajo de un ingeniero. Lo que sucede realmente es que la igualdad es:

Trabajo de un odontólogo

Trabajo de un ingeniero = Conocimiento

Trabajo de una enfermera

Ante esta igualdad pareciera que, si obtenemos un incremento en el conocimiento, el trabajo ejecutado con dicho conocimiento tiene -- más valor y por lo tanto el ingreso del poseedor del conocimiento debe ser mayor.

Al sacar esta conclusión hemos introducido una distinción entre el valor en sí y el precio. En este caso el ingreso, distinción que -- es muy importante por cuanto se refiere a dos niveles de análisis diferentes.

Introducimos además la idea de posesión de un conocimiento lo que no obligará a:

- 1) definir más precisamente el conocimiento;
- 2) intentar la comprensión del problema de la posesión.

1. Cuando hablamos de conocimiento no solamente nos estamos refiriendo a una serie de nociones más o menos coherentes con respecto a un tema sino a las habilidades que permiten utilizar -- dicho conocimiento, tanto más cuando hablamos de odontología -- por cuanto ésta es fundamentalmente un medio para prevenir y -- curar y recibir por esto un ingreso determinado (aunque es bas -- tante difícil determinarlo a veces). Pero al hablar en estos -- términos encontramos la dificultad de saber quién tiene más -- conocimiento, que tipo de conocimientos son más "valiosos", etc.

Resulta incluso contradictorio hallar un conocimiento que se considera invaluable para la humanidad pero que puede encontrarse en un libro, sea comprado o prestado. Lo curioso es que, en todos los casos, se trata del mismo conocimiento. Parece, pues, que el conocimiento - como tal no tiene un valor y que su precio depende de factores diferentes a dicho conocimiento. El conocimiento tampoco puede ser valorado por su utilidad ya que resulta harto difícil pronunciarse sobre sí el conocimiento odontológico es más útil que el conocimiento - - nutricional o el ingenieril. Además, llegaríamos a decir que tal conocimiento vale más porque es más útil (necesario) y que lo es por-- que vale más, lo que no nos dice nada respecto al problema que nos - interesa.

Esta dificultad que, como vemos, es insalvable, lleva a considerar - el valor de dicho cuerpo de conocimiento y, concretamente, el de la odontología, por el número de años requeridos para completar los - - conocimientos y habilidades que una sociedad considera necesarios en un momento dado.

Según esto nuestra igualdad queda en los siguientes términos: El - - valor del trabajo de un odontólogo es igual a sus conocimientos en - la materia, éstos solo pueden representarse en general, en el tiempo promedio invertido para adquirir tal conocimiento. Según esto aparece ante los ojos del observador empírico que, a más tiempo dedicado a la adquisición del conocimiento, más valor tendrá el trabajo realizi

zado con ese conocimiento. Así, el trabajo de un odontólogo con siete años de estudio; tendrá más valor que el de una enfermera con -- cuatro años y menos valor que el especialista que ha estudiado diez años.

Al obtener esta nueva igualdad nos enfrentamos a la necesidad de -- explicar el contenido de esos años de estudio y el significado de -- dicho contenido.

Lo primero que haría una persona que ha hecho cierta cantidad de -- años de estudio sería poner un énfasis en el esfuerzo que hizo a -- través de ese tiempo, el gasto que tuvo que hacer para poderse dedi-- car al estudio, gasto que no sólo fue el de él mismo, sino de su -- familia, los trabajos que pasó, las vicisitudes y contratiempos y, en el caso de los odontólogos, sus noches en vela, etc. Todo ello -- explicaría el valor de su trabajo como odontólogo.

Esta descripción resulta tanto más curiosa cuanto más énfasis se -- hace en esto: lo que se está diciendo es que el valor fue creado en el esfuerzo hecho a través del tiempo de estudio.

Es como si al contemplar a un niño prendido al pecho de su madre -- pensáramos que en sus succiones, respiraciones y cabeceos el niño -- estuviera creando la leche, olvidándonos de que solamente está sacan-- do la leche producida anteriormente no por él, sino por la madre.

Con esto queremos decir que el proceso de estudio no está creando valor, sino extrayendo el valor, valor que por lo tanto está dado ya en lo que nosotros llamamos "alma mater".

No podemos sin embargo dejar así el análisis por cuanto no habría mucha diferencia, desde el punto de vista práctico, entre crear el valor o tomarlo. Es por eso por lo que hemos dicho que es necesario analizar el problema de la posesión.

2. Al hacer la observación anterior aceptamos entonces que el estudiante, en este caso de medicina, no crea valor en el proceso de estudio sino que lo toma.

Debemos entonces estudiar por qué lo toma, de dónde, quién lo produce y cual es el significado de todo esto.

En primer lugar, todos estamos dispuestos a aceptar que la universidad es el resultado de lo que comunmente se considera un esfuerzo de la sociedad y que no es otra cosa que el trabajo de esa sociedad en su conjunto, con un destino específico.

Decimos, de una sociedad "en su conjunto" por cuanto no sólo debemos tener en cuenta a aquellas personas que trabajan en docencia propiamente tal, sino al personal administrativo, al personal de mantenimiento y, además en quienes construyeron los edificios y equipos, los profesores de los profesores, los inventores, los que producen los alimentos para haber mantenido a todos los ante-

riores y mantener a los actuales. En suma, es parte del trabajo de toda la sociedad lo que se destina, a través de la universidad, a la llamada "educación superior". Por esta misma línea aceptamos -- que algunas ramas profesionales reciban más tiempo de trabajo social que otras o, mejor, que la sociedad invierta más de su tiempo de trabajo en preparar un odontólogo que una enfermera o que un -- barrendero . Por lo tanto hay que aceptar que la medicina tiene -- un mayor costo social que la enfermería o que las actividades del tornero o del barrendero. Lo importante es subrayar que ese costo social es justamente eso, social y no particular y que por lo tanto sí al salir de la universidad el estudiante es "dueño" de una -- profesión y una habilidad que antes era social, es porque se ha -- apropiado de ellas.

Quizás esta apropiación quede más clara si hacemos algunas modificaciones a nuestra anterior igualdad.

El trabajo de un odontólogo especializado en términos de ingresos es igual al trabajo del dueño de cierto número de camiones en -- términos de ingreso, o al trabajo del dueño de una fábrica, o al -- trabajo del dueño de algunas acciones, o al trabajo del dueño de -- medios de producción, y mayor que el trabajo de un odontólogo no -- especialista o el trabajo de enfermera.

El odontólogo y el profesional en general luego del proceso de -- estudio queda en poder al menos de la posibilidad de realizar en --

términos de ingreso un valor semejante al de un industrial, un hacendado o un banquero. Este valor no es otra cosa que trabajo social acumulado y apropiado. En otras palabras un valor de uso¹.

Una vez establecido que el valor de la odontología radica en el trabajo que la sociedad ha gastado en desarrollarlo en un momento determinado y que el estudiante hace en la universidad una apropiación de dicho valor, conviene analizar algunas - - otras "fuentes de valor", sobre las que descansa el desarrollo no sólo de la economía burguesa sino de la odontología burguesa y que, de paso, nos ayudan a comprender el mecanismo de la apropiación.

- b) Una de las teorías que ya mencionamos es la de la escasez. En economía se dice vulgarmente que el diamante tiene valor por su escasez. Un análisis más profundo muestra que al ser escaso requiere mayor cantidad de trabajo social para su localización, extracción y pulimiento. En el caso del diamante esto se debe a una determinada distribución de este material en la corteza terrestre.

1 Una discusión a este respecto se encuentra en Cano, E. y -- Vasco A. Boletín de Aconsap Seccional de Antioquía. Vol. -- N° 1, Nota Editorial.

Trasladándonos al campo de la odontología encontramos que la - -
odontología es costosa porque es escasa, pero indudablemente - -
esta escasez no se debe a una distribución "natural" de los médicos
en la corteza terrestre, sino a que un determinado tipo de -
relaciones sociales, impone limitaciones al desarrollo y propor-
ción de las actividades que se ejecutan bajo dichas relaciones,
a la vez que, cada grupo social tiene que velar por la famosa --
escasez, para poder mantener cierto nivel socio-económico.

De ahí la persecución que se hace contra todas las formas de - -
odontología no institucional, bajo las banderas ideológicas del
peligro para la salud del "hombre que se pone en manos de un - -
charlatán" . De ahí que a la enfermera no se le permita el - -
acceso al conocimiento odontológico, recurriendo a la ideología
de la división del trabajo¹. De ahí el lenguaje misterioso de -
los odontólogos. De ahí su celo profesional y el cuidado que - -
tienen de no interferir, por lo menos aparentemente, con los - -
clientes de sus colegas, pese a que en el fondo piensen lo con--
trario. De ahí la enorme diferencia en sus hábitos y modas, las
trabas que las facultades de la odontología imponen con respecto
a sus similares de otras profesiones y de ahí también la necesi-

1 Una concepción diferente de la división del trabajo en salud
puede leerse en Snow, Edgar La China Contemporánea, México,
FCE N°

dad de todas las profesiones de mantener una escasez permanente en aras de un perfeccionamiento y un científicismo.

La idea de posesión individual de un conocimiento que es un producto social es algo que no solamente se apropia en la universidad, sino que se consolida en el "ejercicio profesional", se impone y se perfecciona a través de las asociaciones gremiales, las limitaciones, las luchas formales e informales con otras profesiones, o al interior de una misma profesión, a nivel de lucha entre especialistas.

La odontología es clásica la encarnizada lucha de las diferentes especialidades por quedarse con una porción del cuerpo del paciente.

(en biología se llama rapiña), los ginecólogos se disputan las mamas con los cirujanos generales, éstos el estómago con los gastroenterólogos, éstos las hernias diafragmáticas con los cardiovasculares, etc.

Es más clásica aún la lucha por impedir el paso a las enfermeras o a cualquier otra profesión al conocimiento odontólogo.

Del análisis anterior resulta que al hablar de la escasez como origen de valor en el caso concreto y tratándose de una escasez "provocada" por un tipo específico de relaciones sociales, lo que se está haciendo, en términos reales, es una justificación ideológica de una apropiación.

c) Podemos, aparte de lo anterior, encontrar justificaciones de esta apropiación a niveles individuales: el médico buena o mala persona o el médico inteligente o bruto. A este respecto hay que señalar que se trata de un nivel de análisis diferente, por cuanto se refiere a aspectos individuales y no a aspectos de grupo como los tratados hasta el momento.

Se refiere también a aspectos de la realización o materialización del valor apropiado, tema que trataremos a continuación.

Por último, si bien todos conocemos al "médico mala persona" y si nos referimos a él en una reunión de más de cinco personas que lo conozcan, vamos a encontrar al respecto una división de opiniones debido a la subjetividad de lo que se entiende por "mala persona".

Por el lado de la capacidad individual y la inteligencia basta decir que una fórmula aunque puede provenir de - - médicos de diferente nivel, puede ser idéntica y, sin embargo, "valer" en términos de precio cantidades sensiblemente diferentes.

Hasta aquí hemos hablado del valor de un conocimiento profesional y de su apropiación individual durante el período -- universitario y aún en el período del ejercicio profesional para aquellos que en una forma o en otra siguen estudiando.

Sin embargo esto no es suficiente para explicarnos ciertas diferencias por cuanto puede darse el caso de que un país - invierta cierto costo social en la formación de un odontólogo y éste no ejerza la odontología o la ejerza en forma - - gratuita, a través de un salario o a través de un sueldo o de unos honorarios, diferencias que incluso pueden variar - bien sea por diferencias geográficas o bien por diferencias en el tiempo o por ambas obrando conjuntamente de acuerdo a como varíen las relaciones sociales dominantes. Por ejemplo, si se trata de un odontólogo rural o urbano. Por esto es -- necesario emprender el estudio de la materialización de la apropiación, o el valor de cambio existente en el conoci- - miento odontológico como mercancía.

CAPITULO VII

ANALISIS DE LA MATERIALIZACION DEL VALOR (trabajo social)

APROPIADO

A este respecto es necesario comenzar por la delimitación entre el nivel del valor tal como fue someramente estudiado anteriormente - y el nivel de la forma del valor, su representación material, aquello que hace que determinadas cantidades de valor puedan ser cambiadas entre sí, o por otras. El valor de cambio.

Esta advertencia es importante por cuanto las formas de valor - cambian de acuerdo a circunstancias histórico-sociales, de acuerdo al tipo de relación social dominante, representada por una forma de producción, de acuerdo a un sistema jurídico político y de acuerdo a una ideología.

Inclusive el uso dado a la odontología y al conocimiento odontológico, a pesar de que en términos generales responde a una "necesidad vital", sufre modificaciones importantes de acuerdo a ciertas costumbres, modas, etc., aspecto que aunque aparentemente superficial nos puede ayudar a comprender y explicar ciertas situaciones que analizadas bajo una perspectiva empírica positivista, sólo serían situaciones "anormales", "problemas", "errores" o "curiosidades".

Para este propósito y en este nivel de trabajo, abandonamos todo tipo de postulados generales, modelos ideales y grandes teorías -- generalizantes y pasamos al estudio de las especificidades de sis-

temas de relaciones sociales dados.

Recurriremos a una delimitación de ciertas formas específicas de desarrollo de la profesión odontológica, especificidad dada, como dijimos, por el tipo de relaciones sociales dominante y que se presentan en la realidad bajo forma de vida diferentes en un mismo momento cronológico. Por ejemplo, la materialización de la apropiación es diferente en el campo que en la ciudad, o en diferentes momentos cronológicos, es decir no es igual la forma en que se desarrolla la práctica o se realiza la materialización de la apropiación ahora -- que hace cien años.

El estudio de esta especialidad nos lleva a intentar un análisis -- diferencial de la práctica odontológica y de su desarrollo como profesión en los países (formaciones sociales), que desde su origen -- estuvieron vinculados a un tipo de relaciones capitalistas (dependencia), y de esa práctica odontológica y, desarrollo profesional -- en los países en que dichas relaciones capitalistas surgieron.

No queremos decir con esto que exista una ciencia nacional ni mucho menos. Decimos que la práctica odontológica entendida como la materialización de una apropiación de valor, se desarrolla diferencialmente de acuerdo al medio social, el que determina inclusive las -- formas de apropiación y materialización.

Con esta perspectiva debemos ahora hacer algunas puntualizaciones -- con respecto a la formación económico-social latinoamericana, marco en el que desarrollaremos nuestro análisis.

América Latina.

1. América Latina como estructura de relaciones sociales, sufrió modificaciones fundamentales en la época de la conquista, que la determinaron dentro de un sistema capitalista mundial con un carácter específico, que algunos autores han denominado -- "dependiente".
2. La dependencia ha hecho que en estas formaciones sociales se haya reproducido un sistema de relaciones sociales de tipo -- capitalista.
3. Esta dependencia no es es por lo tanto solamente económica, -- sino que caracteriza también a la esfera jurídica e ideológica.
4. La dependencia, en este sentido totalizante, hace que el desarrollo tecnológico en todos los aspectos, incluyendo la -- odontología, haya sido inducido desde afuera.
5. Pero no sólo ha sido inducida desde afuera la tecnología -- odontológica, lo cual en abstracto no sería problema, sino -- que han sido tomadas como naturales las condiciones en las -- que la odontología es ejercida y por lo tanto el sistema de -- relaciones que se tejen alrededor de la práctica odontológica, tales como el cobro de honorarios, las relaciones de domina-- ción entre el odontólogo y la enfermera y entre aquel y el --

resto del "equipo de salud", el "prestigio" del odontólogo como algo inherente y natural a la profesión en sí, la capacidad del odontólogo de adquirir medios de producción a través del ejercicio de su noble profesión (ganado, acciones, fincas, taxis, etc.)

6. La introducción de formas externas de relaciones sociales configuró en estos países un sistema de estratificación social definido.

En un primer momento los conquistadores constituyen la élite -- con respecto a negros indígenas. Luego los criollos, dueños de la tierra o de los sistemas de comercialización vinculados a la metrópoli, con respecto a los no vinculados y a los no dueños.

Posteriormente los dueños de las primeras formas de producción configuran una clase vinculada al centro dominante a través del comercio, la producción, las finanzas, la técnica, como clase dominante, y una gran masa vinculada a esa metrópoli a través de dicha clase dominante.

7. Esta estructura clasista no solamente se reproduce en el nivel jurídico e ideológico sino a nivel del ejercicio de las profesiones bajo formas claras de dominación.
8. Esta estructura clasista es concentradora del ingreso y con él, del poder político. Esta concentración determina que cualquier modificación tecnológica, social o económica gira alrededor de

esta clase dominante y de sus intereses, de lo cual no podemos excluir el proceso que ha sufrido la odontología.

9. La concentración del ingreso determina una diversificación -- del consumo, lo que es válido tanto para personas como para -- grupos y países. Este hecho histórico tiene repercusiones -- importantes en la forma de producir, en los que se produce y -- en para quién se produce.

10. Cambios importantes en la metrópoli generan cambios en las -- áreas dependientes, que corresponden a fenómenos de acomoda- -- ción. Se puede considerar la posibilidad de cambios autónomos dentro de los países dependientes, que en ocasiones incluso -- podrían inducir ciertas modificaciones en la metrópoli, pero -- que generalmente sólo implican cambios en la estructura de -- poder de estos países.

Primer momento: La producción de la Odontología y la Medicina
afuera y su importación.

Podemos remontar el proceso de desarrollo de la medicina y la -- odontología a aquellos profesionales que vinieron con los primeros conquistadores y cuyo único fin era el de velar por la sobrevivencia de éstos y sus soldados.

Generalmente retornaban a España cuando habían acumulado una cantidad de oro, obtenido no por el ejercicio de la medicina y la odontología, sino por ser miembro de las expediciones saqueadoras.

Al instalarse en América las primeras formas de administración relativamente estables, que obligan a algunos españoles más o menos ilustres a permanecer un tiempo prolongado, se originó una corriente de bienes de consumo hacia América, en la que se incluía a algunos médicos y odontólogos destinados a mantener la salud del personal al servicio de la corona.

Los indígenas y los esclavos, por su parte, acudían a sus propias medicina y odontología que en aquella época no estaban reglamentadas ni perseguidas.

A medida que, aparte de los servicios directos de la corona, aumentaba el número de inmigrantes atraídos por el sueño de El Dorado o expulsados de la metrópoli por problemas (políticos, religiosos o económicos), el limitado número de los médicos y odontólogos de las cortes virreinales dejaba, una demanda no satisfecha de personas que ya tenían un cierto ingreso, por ello, los criollos estimularon a quienes querían viajar a Europa a adquirir dichos conocimientos, para luego retornar a América y realizarlos. Estos detenían un ingreso relativamente alto para la época, entre otras cosas debido a las condiciones monopolíticas de su ejercicio, emanadas de la situación descrita.

Aquellos criollos formados en Europa sin embargo, recibían una formación muy específica. No les interesaba tanto el estudio científico del origen de las enfermedades, etc., sino el aprendizaje de prácticas que les permitieran principalmente atender una demanda no satisfecha.

Si podemos darle el carácter de científicos a algunos europeos que llegaron a América con el interés de estudiar su flora y su fauna, tenemos que aceptar que regresaron con sus estudios y conocimientos, sin beneficiar para nada a esta tierra.

Caracterizando nuevamente este período podemos decir que:

1. Existía un grupo de médicos y odontólogos españoles - - vinculados a las cortes virreinales.
2. Había también un grupo de médicos y odontólogos españoles o criollos vinculados a las nuevas clases que se formaban en América.
3. La característica común a todos ellos era la de satisfacer una demanda cada vez más creciente para lo que necesitaban fundamentalmente conocimientos prácticos de medicina y odontología.
4. Había un desestimulo de todo conocimiento en profundidad por las razones descritas y por la ausencia total de - -

instituciones que le permitieran.

5. Se producía la marginación completa de los indídenas y esclavos a quienes no había que curar, sino sólo reponer.
6. El ingreso de los profesionales era alto debido al aumento de una clase con capacidad de consumo y a la ausencia de -- formación profesional adentro.

Estas condiciones configuran el terreno propicio para la -- transición a una nueva etapa.

Segundo momento: La producción de medicina y la odontología adentro.

Si bien es cierto que el análisis es válido principalmente para la odontología y la medicina, hay algunos elementos que resultan importantes para la comprensión de la formación de nuestra universidad, y, por lo tanto, de la formación de otras profesiones.

La consolidación de una estructura clasista en América, basada en una incipiente burguesía vinculada a la metrópoli y un amplio y diverso sector sin vinculación directa a ella, y, el -- hecho de que esta burguesía se hubiera constituido en un núcleo con características nacionales que propiciaba la independencia respecto a España y favorecía un nuevo tipo de vinculación con

Inglaterra, produjo una serie de modificaciones en la estructura social.

De estas modificaciones tomaremos aquéllas que nos permitan continuar con nuestro análisis.

Al romperse las relaciones con una metrópoli y consolidarse con la otra, se produce una ruptura en los flujos de abastecimiento y en lo que atañe a nuestro caso concreto especialmente en la -- importación de odontólogos. Surgió entonces la necesidad de organizar adentro la producción de personal que atendiera la demanda de salud de la nueva clase.

Veamos más detenidamente lo que esto significa.

Los requerimientos fundamentales de esta burguesía, si así podemos llamarla, eran fundamentalmente de tipo práctico. Les interesaba reproducir los odontólogos para su consumo lo cual, por -- lo demás, no era difícil ni costoso por cuanto el conocimiento -- odontológico era bastante simple en aquella época y no requería de montajes especiales sino sólo de un aula y un profesor que -- contara sus experiencias prácticas a los discípulos, para que -- éstos salieran a practicarlas.

No interesaba iniciar un proceso de investigación odontológico -- ni de búsqueda de conocimientos, por cuanto el mismo desarrollo previo había ubicado, de manera que parecía como "natural", el -- centro de investigación y cultura al otro lado del mar.

Iniciar este proceso era además un tanto difícil, por cuanto no

se contaba con una tradición de estudio e investigación ni personal capacitado y formado en estas disciplinas, por las razones mencionadas.

Estas características de nuestra universidad, es decir, la no -- investigación, la asimilación directa de técnicas y prácticas -- como un medio utilizado por los alumnos para vincularse a un -- mercado de trabajo, la falta de interés por impulsar un verdadero proceso de producción de conocimientos, son características -- determinadas por el tipo de estructuración de nuestros países -- con respecto a la metrópoli y por la forma como dicha estructura ción repercute en el sistema de relaciones sociales interno.

Son estos los rasgos fundamentales que han orientado el posterior desarrollo de la universidad eminentemente profesionalizadora, de un tipo determinado de estructura profesional y de una forma específica de desarrollo de la profesión odontológica, en la que aún hoy nos encontramos.

Se configura, además, otra característica específica de la universidad: la de ser excluyente y concentradora.

La producción de odontólogos y de las demás profesiones llamadas liberales estaba dirigida fundamentalmente a satisfacer el consumo de una clase y por lo tanto resultaba absolutamente necesario, o tener los mismos valores, gustos y refinamientos de esa clase a asimilarlos rápidamente.

Imaginémonos lo absurdo de esta escena. Una elegante dama, aman-

te de la ópera y de finos modales es visitada por un odontólogo, que en vez de besarle la mano, le palmotea la espalda, mientras escupe en el suelo. Tiene un apellido que la dama no puede identificar, o mejor, identifica como ajeno a su clase. La examina bruscamente sin preguntarle por la familia. Al sentarse a la mesa a tomar el té, utiliza mal los cubiertos, hace ruidos y luego se marcha sin dar las gracias. Podemos asegurar que este buen señor no volverá a esa casa aunque sea un excelente odontólogo. La buena señora preferiría seguramente otro al que pueda considerar culto y refinado o sea como perteneciente a su propio nivel. Este grupo de profesionales se enfrenta pues a un mercado restringido compuesto por aquellas personas que cuentan fundamentalmente con capacidad de pago. Más tarde analizaremos en qué consiste esta capacidad y como puede ser de variable según las circunstancias.

El médico de Familia

Quedamos por ahora con una capacidad de pago en dinero que a este nivel es suficiente.

Debido a una serie de factores entre los que destacamos como esenciales el grado de desarrollo de la técnica médica en el centro, que como dijimos era bastante limitado, y el hecho de que las posibilidades de diversificar el consumo eran por lo tanto también limitadas, este consumo de salud se satisfacía funda-

mentalmente con un solo médico para todos los aspectos tanto personales como familiares. Se trata del famoso médico de familia.

La familia por esta época no sólo cumplía el papel fisiológico de la reproducción y de la crianza de los hijos, sino que en ella descansaba la organización económica y el poder político.

En estas circunstancias la concentración del ingreso recaía en algunas familias, las que se constituían como foco de atracción para los médicos por su capacidad de pago.

En determinados momentos éstas familias resolvían sus problemas de salud, trayendo directamente de Europa algún médico o en su defecto yendo a consultar allá y en tal caso, ocasionalmente se hacían acompañar por un médico local quien hacía las veces de enfermero. En otros momentos y según la capacidad económica, acudían a los servicios de un práctico médico criollo el cual debía atender todas las necesidades de salud a excepción en algunas ocasiones, de los casos de maternidad que eran atendidos por comadronas o incluso por médicos dedicados exclusivamente a este oficio.

Los médicos con ésta vinculación, estaban en la posibilidad de percibir un alto ingreso y se configuraban como una élite.

Por otra parte y debido a la concepción "familiar" de la economía y de la política, esta medicina llegaba ampliar sectores como los esclavos, la servidumbre, etc. Esto no ocurría por una idea de caridad como algunos piensan sino entre otras cosas porque era nece

sario mantenerlos en servicio.

Este tipo de organización de la medicina permite al gremio médico en su conjunto tener un ingreso que llamaremos "promedio social - esperado", permite satisfacer las necesidades de la burguesía y - permite mantener en un nivel no crítico las constantes frustraciones de los "desposeídos".

Esta podría ser una buena definición de lo que es la práctica - - médica.

Ingreso promedio socialmente esperado (IPSE)

Antes de seguir adelante definamos lo que entendemos por ingreso promedio social esperado (IPSE): se trata fundamentalmente del nivel en el cual la sociedad burguesa coloca a sus servidores, nivel que no solamente podemos materializar en dinero, sino también en gustos y modales, prebendas sociales, prestigio, asequibilidad a la información, facilidades para contraer nupcias con miembros de la burguesía, admisión a clubes, etc.

No se trata de una concesión sino de un tipo de sometimiento ineludible. Sometimiento que, claro está, es diferente y subjetivamente mucho mejor que el de los obreros, sobre todo porque, como veremos, crea no solo la esperanza sino la posibilidad real de -- pasar a la burguesía.

El ingreso promedio socialmente esperado presenta una gran dificultad para su medición, no sólo por su complejidad sino porque - - varía históricamente de acuerdo a como varía la estructura de una formación social, dificultad que hace que aquellos amigos de medir y cuantificar todo, no lo consideren como algo "objetivo" y - por lo tanto como algo científico.

Es pues el IPSE una aspiración que incluso puede estar en desacuerdo con aspiraciones de tipo personal o individual, lo que - - dificulta su comprensión como un hecho real, por parte de los individuos aisladamente.

En otros términos podemos decir que el IPSE es aquel ingreso, no solamente monetario, que le permite a un tipo de trabajador, calificado o no, reproducirse como tal trabajador. Al odontólogo reproducirse como odontólogo, a la enfermera como enfermera, etc.

Sucede, sin embargo, que por lo dicho anteriormente, en el caso de los profesionales, este ingreso tiene la característica de que le permite a dicho profesional la posibilidad de acceder a los -- medios de producción debido como vimos, a que se apropia como individuo de un valor producido por toda la sociedad. La misma - - odontología liberal es conciente de esta diferencia cuando llama al ingreso no profesional, salario y al ingreso profesional, honorarios.

Analícemos ahora lo que denominamos capacidad de pago. En un pri-

mer instante aceptamos que esta capacidad de pago era únicamente el pago en dinero. Sin embargo, al definir el IPSE comprendemos que el problema es mucho más complejo, cuando describimos la -- gran cantidad de elementos de tan diversa índole que lo componen. Para fines analíticos y de exposición vamos a hacer una primera distinción entre la capacidad de pago social y la individual.

1. La social comprende la institucionalización y reconocimiento por parte del grupo social de la apropiación hecha por el -- grupo de profesionales de la odontología, a cambio de un ser vicio que es imprescindible ya que la mantiene en un cierto nivel de salud.

Este tipo de pago tiene que ver con la aceptación implícita de que la odontología es difícil, heroica, sacrificada y noble y se manifiesta en el lugar que un grupo social le da al odontólogo y a la medicina: prestigio, capacidad de ascenso social, etc.

2. La individual tiene que ver con la aceptación de los individuos de todo lo anterior, pero se traduce en formas de pago directas que, de acuerdo a condiciones históricas y sociales dadas, puede estar por encima del valor real de la formación odontológica o por debajo de él.

Esta condición aparentemente sin importancia adquiere relevancia al aparecer en la realidad múltiples y variadas formas de pago - directas.

Entre éstas ya hemos mencionado la forma dinero y, como variaciones importantes, el crédito, el pago en "regalos" de aquellos a los - que por razones sociales no se les cobra (amigos, parientes, - - etc.), pago directo en especies bien sea en acciones, ganado, gallinas, etc., y por último en servicios "equivalentes" como el caso del taxista, el farmacéuta, la prostituta, que no le cobran a su médico.

Un tercer tipo de pago, que es sólo una forma compleja del anterior, es el pago que hacen diferentes sujetos unidos en agremiaciones o instituciones en las que al médico no se le paga directamente, sino a través de la institución ya sea el seguro, el servicio nacional o seccional, la central, etc.

El tipo de forma de pago aceptado por un médico dependerá de varios factores a saber:

- a. La forma de pago usual en el medio en que se mueve;
- b. El nivel de ingreso del odontólogo según este por encima o por debajo del IPSE. Cuando está por encima del IPSE, aceptará -- sino la forma de pago en dinero, inclusive no recibiéndolo -- directamente, sino a través de su secretaria y algunas veces por adelantado, en un esfuerzo por hacer aparecer la consulta como algo diferente a un comercio de mercancías. En la medida en que el odontólogo se acerca al IPSE, acepta dinero directamente del paciente sin ningún problema.

En ambos casos aquellos pacientes que no poseen dinero, o son atendidos gratuitamente, o son remitidos al hospital general o universitario donde seguramente nuestros amigos trabajan. En ambos casos se configura la imagen del odontólogo y del médico, caricativo y buena persona.

Sin embargo, aquellos que están por debajo del IPSE tienen la necesidad de aceptar dinero de los pacientes con capacidad de pago y, además, cualquier cosa de valor con la que los retribuyan aquellos pacientes que no tienen dinero. Lo curioso es que esta aceptación de formas de pago diferentes al dinero es muy mal vista por los odontólogos que no tienen necesidad de hacerlo. Y esto porque ven en ella claramente lo que ellos pretenden ocultar distanciándose del pago de su consulta. Esto no es otra cosa que el momento en que el odontólogo materializa su apropiación.

Retornemos al estudio de nuestros odontólogos.

Estamos ante el famoso odontólogo del cual decíamos que tenía un alto ingreso, un gran "espíritu caritativo y bondadoso", unos excelentes modales, etc.

Este grupo de odontólogos utiliza su tiempo excedente, o sea el tiempo que queda luego de haber asegurado su ingreso por sobre el IPSE, en una serie de actividades que fundamentalmente le ayuden a reproducir su situación ventajosa:

- a. La atención de pacientes gratuitamente bien sea en su consulta personal o a través de instituciones lo que, como vimos, cumple la múltiple función de tranquilizar su conciencia y el espíritu de los desposeídos, fortalecer su imagen de buen odontólogo por atender a muchos pacientes y de buena persona por hacerlo gratuitamente.
- b. La institucionalización de todo el cúmulo de costumbres, gastos y refinamientos de su clientela en términos de una llamada "ética profesional".

Veamos este punto con más detenimiento.

Las academias y la ética profesional.

Dada su vinculación establece a un sector de altos ingresos, el odontólogo no tiene demasiados problemas con sus colegas -- especialmente con aquellos de su mismo nivel. Es más, para evitar estos problemas se establece una especie de código que limita y previene el hecho por ejemplo de que un odontólogo vea pacientes de otro, pues todos tienen el compromiso tácito de averiguar quien los ha tratado y no tratarlos sin previa consulta. Se tiene además todo un protocolo para el trato mutuo en el cual el "respeto y la admiración" son la nota dominante, en la misma forma en que los sacerdotes se incienzan mutuamente en las grandes ceremonias.

Hay también todo un cuerpo de criterios para que la relación médico-paciente sea lo más privada posible, de tal manera que las informaciones sean realmente exclusivas:

El secreto profesional, la reserva de la consulta, - etc., comprenden estos aspectos que entre otras ---- tienen mucho que ver con el concepto de enfermedad - como pecado y el pecado como enfermedad, muy aceptado en nuestra ideología religiosa dominante.

- c. Florece en estos personajes un cierto espíritu curioso por no decir investigativo que los lleva a analizar no solo aspectos esenciales de la enfermedad como hecho social, sino como algo curioso, extraño y - ocasional.

Se refiere pues sus investigaciones a las entidades más raras, a los casos más estrambóticos y a las costumbres más apartadas.

Aceptan estudiar con detenimiento, por ejemplo los - fenomenos de la odontología no institucional, las -- tribus indígenas más apartadas, las plantas más exó- ticas.

Estos dos puntos anteriores confluyen en el espíritu y el objetivo de las llamadas academias de la odonto- logía esas nobles y antiguas instituciones dedicadas a encauzar el ocio de los odontólogos más ilustres - es decir, los que más ingreso tienen.

Se dedican estas academias a velar por el respeto a la ética y moral profesional y a fomentar la "investi- gación científica" que, para el caso, es la que versa sobre asuntos extraños e inocuos.

- d. Algunos de ellos se dedican a incursionar en campos ajenos a su profesión sea para disfrutar del producto

de su arduo trabajo que, como premio, les permite tener una renta; o a manejar la finca o negocios que "han levantado - con sus propias manos"; o a hacer política, arte, historia, literatura, música, lo que hace aparecer al gremio como inquieto, lleno de intereses, humanista, etc.

- e. Finalmente estudiaremos una de las formas más importantes - de utilizar su tiempo excedente.

El profesor universitario.

Surge este personaje de entre los profesionales que como vimos han logrado un ingreso determinado, por tanto son odontólogos de cierta edad en adelante, edad que además de infundir respeto a los alumnos, les permite decir con una lógica aplastante:

"El que sabe tiene éxito.

Yo tengo éxito.

Luego, yo sé"

Este odontólogo se beneficia entonces de esta situación ante la idea formada, de que sabe tanto que es profesor, a -- más de que le permite tener una práctica extra que, en el - caso de la odontología que es sobre todo práctica, lo coloca en una cierta ventaja sobre sus colegas y esto sin contar con la posibilidad de hacer algunos experimentos de vez en cuando.

Este profesor a más de cumplir una función para sí mismo, -

que le permite mantenerse en la cumbre del éxito, produce un efecto importante con el tipo de docencia que hace.

hemos dicho que su saber es el fruto del éxito obtenido - en su práctica y por lo tanto su enseñanza va a ser la -- reproducción de esa práctica que, según su creencia, fue la causa de su éxito.

Se limitará por lo tanto a comunicar su experiencia produciendo en sus alumnos el deseo de salir a repetir ese tipo de práctica, con la esperanza de repetir también el -- éxito, lo que desestimula cualquier visión crítica, cualquier intento de investigación, cualquier propósito si--- quiera de pensar sobre la sociedad en la que la odontología se desarrolla.

Este profesional reproduce pues, la universidad profesionalizadora acrítica y sin investigación formada en lo que llamamos el primer momento.

Esta sociedad en la que el capitalismo liberal es la forma de producción y es la ideología, permite el desarrollo de una carrera liberal como hemos visto.

Sin embargo, dada la concentración del ingreso, no todos los profesionales pueden acceder a un mismo nivel social para mantener su IPSE.

Hemos hablado de aquellos que lo mantienen cobrando mucho a pocos.

Otra forma de lograr este IPSE es cobrando poco a muchos, - lo que configura un tipo de profesional que participa de to da la concepción liberal pero que tiene algunas característi cas específicas que conviene anotar.

Por moverse en un medio diferente, su IPSE es también dife- rente, al igual que sus formas de cobro. Este medio es el campo, las ciudades poco importantes o incluso los barrios apartados¹.

Dispone de menos tiempo excedente por cuanto tiene que - - atender a un mayor número de personas para alcanzar su - - IPSE y por este mismo hecho, cumple un papel fundamental - en la satisfacción de las de las exigencias de un amplio - sector de la población que sin tener liquidez económica, - sí posee algunas otras formas de pago.

La odontología liberal cumple pues una función específica en la formación social latinoamericana para el período en estudio, llenando así los requisitos que permitan a dicha formación social reproducirse como tal.

Las características generales en las que se desarrolla es te tipo de análisis podemos resumirla así.

1 Muy bien sabe esto el autor de un artículo aparecido en la revista "Medico Moderno" en el que se recomien da a los Odontologos tener un consultorio en un ba-rrio burgués y otro en un barrio de obreros o emplea dos.

1. Economía explotadora de bienes primarios.
2. Un sector de comercialización amplio y poderoso.
3. Bajo desarrollo de la tecnología.
4. Una concentración del ingreso creciente pero con una base de cierta amplitud.
5. El resto de la población en formas de esclavitud, -- servidumbre o exclusión.
6. Estructura social de familia tradicional.
7. Propiedad familiar de la tierra y reproducción de -- ciertas actitudes "familiares" en las formas de dominación.
8. Una estructura ideológica con una concepción englo-- bante de toda la realidad y justificadora de todo lo anterior con gran arraigo en la historia y las cos-- tumbres.
9. La medicina por lo tanto gira alrededor de la clase burguesa (terratenientes, banqueros y comerciantes) y se proyecta socialmente a través de las mismas es-- tructuras de dominación: la familia, la hacienda, la iglesia. Esta proyección hasta ahora es secundaria y constituye más bien un adorno en parte por la -- misma estructura social y en parte por una cierta es casez relativa de médicos.

Cuando esta estructura social sufre modificaciones - debido a cambios en el sistema capitalista mundial y a la dinámica interna de sus grupos sociales, varían

las formas de producción, las relaciones sociales, la estructura interna de las fracciones de clase y comienza a resquebrajarse - la estructura ideológica lo que hace que las formas de atención médica y las relaciones de clase de los odontólogos por ser - - partícipes en el proceso general, se modifiquen en forma substan cial.

Esta modificación no responde, como vemos al esquema mecanicista, A produce variaciones B.

CAPITULO VIII

NUEVAS FORMAS DE LA ODONTOLOGIA

Al análisis de estos cambios y estas modificaciones la llamaremos Tercer Momento: nuevas formas de la odontología.

Por ahora nos limitaremos a enumerar una serie de hechos de gran significación en nuestro análisis.

1. La crisis del sistema mundial capitalista (económicas, bélicas, etc.), afectan al comercio mundial y por lo tanto a los países primarios exportadores.

La crisis económica afecta a la economía pero en compensación estimula la producción de ciertos artículos en esos países -- (substitución de importaciones).

La guerra mejora los precios de los artículos primarios, lo que genera un ingreso que encuentra en la incipiente industria un foco, al menos potencial, de inversión adentro.

2. Grandes avances tecnológicos en todos los niveles modifican no sólo las relaciones de producción, liberando una gran cantidad de mano de obra especialmente en el campo, sino la tecnología utilizada en la odontología. Esta deja de ser únicamente clínico. De no utilizar prácticamente ninguna tecnología se pasa a usar las más avanzadas y complejas.

3. La concentración del ingreso se acelera rápidamente debido a las formas más eficientes de producción y explotación lo que hace que muy pocos tengan mucho más.
4. Esta concentración del ingreso recae sobre una nueva clase emergente, la burguesía industrial, aunque beneficie también la clase financiera y aún la comercial.
5. Esta nueva industrialización modifica las relaciones sociales, incluyendo a la familia, la cual va perdiendo poco a poco las características que la configuraron en --- otras formas de producción.

Este proceso se da en todas las clases comenzando por la burguesía.

Así los obreros industriales pasan a ser libres y a no tener ningún vínculo con sus patrones (antes existía como vimos el vínculo de esclavitud) a excepción de un -- contrato por horas de trabajo. En el campo, la inclusión de una agricultura técnica y capitalista libera mano de obra rompiendo por un lado la forma de hacienda tradicional (convirtiendo a los empleados en obreros agrícolas) y por otro expulsando del campo al resto, concentrándolo en las márgenes de las ciudades y excluyéndolo de toda - participación en la sociedad¹.

1 Esta desintegración de la familia es lo que hace ridícula la proposición de algunos ministros y profesores universitarios de volver al médico de familia, - como solución a los problemas que encuentra no sólo el ejercicio profesional sino y sobre todo, el pa---ciente.

6. Dentro de las formas del capitalismo, el Estado pasa a ocupar un lugar importante en la economía al participar activamente en la producción, sobre todo en obras de infraestructura y en la prestación de Servicios.
7. La emergencia de nuevas clases y la estrechez cada vez mayor del mercado de la burguesía hace que la atención se vuelva -- hacia obreros y campesinos ya no como objeto secundario de la atención del odontólogo o como adorno, sino como nueva fuente de pago².
8. Estas profundas modificaciones se acompañan de un deterioro - de las formas ideológicas tradicionales que son reemplazadas por formas más sutiles y más efectivas de dominación (Técnica, publicidad).

Con estas nuevas puntualizaciones pasamos ahora a estudiar detenidamente los cambios sufridos en la profesión odontológica, en su práctica profesional, en su justificación ideológica y en el nivel de atención odontológica prestado a la población.

Las posibilidades reales de los profesionales odontólogos de acceder a altos niveles de ingreso, el prestigio obtenido por esto mismo y por los factores de identificación con las clases más poderosas a través del odontólogo, creó una corriente mayor de atracción

2 Tampoco lo hace por una mayor conciencia social, o por los -- avances morales de la sociedad.

a la carrera de la odontología y un estímulo y ampliación de las de las facultades del ramo, aumentándose así el número de odontólogos especialistas.

Este aumento acelerado superó la distribución del ingreso que -- generaría clases con una capacidad de pago aceptable. Se produce así una segunda saturación del mercado.

El eje alrededor del cual girará el siguiente análisis sería el tratar de comprender las formas en que la burguesía y la odontología han tratado de superar dicha situación.

Si bien en un momento dado existía una saturación por falta de -- personas con alto ingreso, posteriormente la alta concentración del ingreso generó una diversificación del consumo inclusive -- para el área de la odontología.

La Especialización.

Por esta vía encontramos una primera forma de superar el estanca-- miento. Una misma persona con alto ingreso no necesitará dos -- odontólogos a menos que los odontólogos no sean iguales. En el -- momento en que se logre establecer diferencias entre el odontó-- logo y entre las áreas de la odontología, entonces una misma -- persona podrá tener varios odontólogos o, dicho en otra forma, -- irá cada vez donde uno diferente lo que no es lo mismo. Analice-- mos este proceso en forma más detenida.

Dos factores contribuyen a configurar esta diversificación de -- los odontólogos.

a. Los avances de la odontología en el centro, no solamente en la profundidad y elaboración de las teorías fisiológicas y patológicas, sino también en el desarrollo de la tecnología de diagnóstico y tratamiento, coloca fuera del alcance de una persona el dominio de la totalidad del conocimiento del odontólogo y, sobre todo, de la práctica odontológica.

b. La concentración del ingreso lleva a que una sola persona pueda pagar varios tipos de odontólogos y, por lo tanto permite a su vez que los odontólogos adoptan una especialidad.

En esta forma tiene sentido el análisis del surgimiento de las especialidades. Estas en una primera aproximación se refieren fundamentalmente a grupos etarios, odontología infantil, ortodoncia, cirugía bucal, y la odontología general. bajo estas formas de especialización los odontólogos lograron captar el ingreso de las personas, al mismo tiempo que seguían el desarrollo de la odontología en el centro. Para acceder a este conocimiento odontólogo, los profesionales nuevamente se vieron obligados a hacer sus estudios fuera del país, por cuanto la organización de las facultades de la odontología estaba destinada solamente a la formación de especialistas en la odontología.

Estos profesionales con estudios de especialización en el exterior que fluctúan entre 1 y 3 años regresan a un mercado prácticamente abierto y con muchas posibilidades económicas. Esta

circunstancia lleva a que un buen número de odontólogos sigan este camino. En un momento posterior este tipo de especialistas pasará a ser formado dentro del país, bajo la justificación de que había que ponerse al día en los avances de la ciencia. Esta producción de odontólogos especialistas dentro del país, bajo la justificación de que había que ponerse al día en los avances de la ciencia. Esta producción de odontólogos especialistas adentro, mediante cursos trianuales permitió completar la actividad de los especialistas con prácticas universitarias, conformando intereses académicos y económicos muy diferentes a los anteriores profesores.

Esta producción de especialistas en el país, sumado a la concentración creciente del ingreso fué lo que desarrollo una nueva estrechez relativa del mercado. Por las mismas razones antes descritas, es decir el desarrollo de la odontología y la concentración del ingreso, los odontólogos desarrollaron el camino de la especialización a límites que hoy están muy cerca de la caricatura.

La Superespecialización

Esta superespecialización es, en resumen, el resultado de un doble esfuerzo: el de aprender a dominar al máximo un terreno de la odontología (factor individual) y el de satisfacer la emergencia cada vez mayor de una burguesía que está en capacidad de pagar grandes sumas para obtener lo mejor para su patología bucal, su estética bucal, etc.

(factor social).

El primero de estos esfuerzos corresponde a la esfera ideológica de justificar este desarrollo de la odontología como la forma -- natural de hacer ciencia.

El segundo corresponde a la necesidad del odontólogo de reproducirse en las condiciones que esa burguesía le ha impuesto.

Esta superespecialización tiene grandes implicaciones para nuestras sociedades generando fenómenos como la fuga de cerebros y -- la dependencia tecnológica. Además orienta el desarrollo de los niveles de salud de estos países hacia modelos que nada tienen -- que ver con ellos.

Veamos:

Ante la producción de especialistas en el país, aquellos que van a especializarse afuera, estarán en desventaja frente a los que se especializaron en el país, por cuanto estos mantienen vinculaciones con instituciones y con otros especialistas que les permiten vincularse más rápidamente al mercado. La consecuencia es -- que quien va a estudiar afuera, debe especializarse cumpliendo -- uno de estos dos requisitos:

a. Por más tiempo del máximo que se puede dar en el país¹.

1 Hoy en día si un cirujano se especializa afuera tiene que -- tener mínimo cinco años de especialización para competir con ventaja sobre el cirujano de 3 años formado en el país.

b. En una rama que no puede desarrollarse dentro del país.

Los caracteres definitivos de lo que llamamos superespecialización: serían entonces:

a. Un tiempo prolongado de estudios afuera, que produce entre otras cosas un efecto importante de acomodación a nuevas -- formas de vida, de consumo, nivel de ingreso, costumbres, - etc. Esta acomodación explica en parte el que estos profe-- sionales no regresen a su país de origen.

En otras palabras, mientras más tiempo permanezca afuera -- más probalidades tendrá de quedarse. Este tiempo de perma-- nencia en el exterior no está dado como se cree por el amor a la ciencia, por el progreso de esta, sino que esta fijado por el tipo que la odontología se produce en el país de ori-- gen y por la saturación del mercado de tecnología moderna. Esta necesidad de estudiar más con la esperanza de vincular-- se a un mercado cada vez más estrecho produce pues expulsa-- dor creciente ("Brain Drain").

b. Sin embargo, el punto anterior no nos explica la totalidad del problema de la llamada fuga de cerebros.

Al estudiar una rama no desarrollada dentro del país con el fin de traer la novedad científica o técnica, lo que se -- hace es intentar captar el ingreso excedente de la burgue-- sía, que como hemos visto está cada vez más concentrado en

menor número de personas.

Esta realidad hace que un individuo que trae por ejemplo una bomba de cobalto, encuentre vinculaciones tales que le permitan obtener un ingreso apreciable, lo que atrae a la rama de radio-isótopos a nuevos profesionales, pero éstos ya no van a encontrar estas vinculaciones ya ocupadas por el primero -- de ellos, encontrándose en una encrucijada que tiene una sola salida. Están altamente capacitados para labores muy específicas y no las pueden realizar en el país de origen. Sólo -- les queda la alternativa de buscar un sitio donde puedan realizar esa preparación que les ha "costado" tanto.

Es este otro poderoso mecanismo expulsador de cerebros -- íntimamente relacionado con el problema del desarrollo tecnológico diferencial entre la metrópoli y la periferia y con -- la concentración del ingreso en esta, como reflejo del tipo -- de estructura social dominante.

Aunque en el análisis de la fuga de cerebros los dos puntos anteriores son fundamentales, resulta necesario referirnos a categorías más generales que permitan una mayor comprensión del fenómeno¹.

1 Decimos "fenómeno" y no "problema" por cuanto considero -- que el análisis en términos de la última asepción implica la idea de que es algo que ocurre en contra de la sociedad o en forma anormal. Lo que ocurre, por el contrario, es -- una manifestación necesaria a un sistema social dado.

El concepto de mercado internacional de trabajo¹ es de gran utilidad por cuanto nos refiere a un análisis totalizante del sistema capitalista que conforma, en algunos campos, sistemas por ejemplo; de mercado que prescinde de las "barreras" nacionales. Se ve que, en realidad, es para este mercado para el que produce todo el sistema capitalista, incluyendo el área dependiente.

En el caso de los profesionales, concretamente, se crea la ilusión de que se le produce para el país por el hecho de la ubicación geográfica de un edificio llamado Facultad, y por esto cuando el profesional sale del del límite geográfico de la nación se habla de "fuga". Lo que ocurre en realidad es que el profesional va a su verdadero destino.

El mercado internacional de trabajo

En términos de un análisis de valor como el que hicimos en un principio lo que sucede se puede resumir en dos aspectos fundamentales:

1. La odontología y la especialización se producen a un alto costo en términos del trabajo social que es necesario invertir en la formación de un odontólogo del país. Se produce entonces con la fuga una transferencia más de valor hacia el centro dominante.
2. Como es el trabajo total de la sociedad el que da el valor a -

1 Veáse Inés Reca "Algunos problemas de la conceptualización del "Brain Drain" FLACSO Mimeografiado.

una mercancía y no el trabajo concreto de una sociedad nacional, el profesional lo único que hace es ubicarse allí donde puede -- materializar el valor de cambio del cual se ha apropiado. La -- ubicación depende de las posibilidades de llevar a efecto dicha materialización, posibilidades que pueden ser personales y de -- las diferentes sociedades. De la confluencia de ambas resulta la ubicación individual. Así hay individuos que aspiran a realizar cierto valor o sea aspiran a cierta posición y para lograrla se ubican donde ellos consideran que es posible tener éxito.

Encontramos así infinidad de combinaciones posibles:

- 1) Alta aspiración con posibilidad de realizarla en su ciudad natal por vinculaciones familiares y sociales.
- 2) Alta aspiración con posibilidad de realizar en el exterior -- por su facilidad para el idioma o por su "inteligencia" o -- porque recibió una beca, etc.
- 3) "Baja" aspiración realizable en la ciudad natal o en un pueblo cercano. En realidad no hay aspiraciones bajas por cuanto esto depende de la posición de cada individuo y, por lo -- tanto, sus criterios de realización no pueden clasificarse -- en altos y bajos.

Hasta el momento hemos supuesto que la saturación se da única- -- mente en los países dependientes, supuesto válido por cuanto los fenómenos de concentración del ingreso y dependencia tecnológica son irrefutables en dicho medio.

Sin embargo, se puede decir con propiedad que en los países domi-
nantes existen también una super producción de profesionales¹, -
lo que deja intactos los mecanismos de expulsión de los países -
dependientes, pero dificulta su recepción en otros medios. Para
comprender esta situación es necesario referirnos a dos aspectos
esenciales.

a. La cifra global de profesionales sin empleo de acuerdo a su
ramo, de un país no puede ser analizada sino en términos - -
cualitativos, considerando si se trata de profesiones en - -
expansión, en receso o en decadencia y sabemos que esto - -
varía históricamente con el tipo de relaciones sociales, con
la tecnología usada, con el momento económico del país, con
el tipo de desarrollo que esta impulsando en un momento - -
dado, etc.

Sabemos además que esta variación no sólo se da en el tiempo
en un país, sino entre diversos países de acuerdo a las razo-
nes ya mencionadas. Así, es posible que un país teniendo - -
exceso de profesionales en términos globales, necesite de - -
determinado tipo de ellos.

b. Esa demanda selectiva de profesionales por parte de los paí-
ses dominantes o mejor, del mercado internacional permite --

1 Revista 2 en 1, Número 1, Medellín, 1971.

comprender la "generosidad" de los países dominantes y de los institutos internacionales en cuanto al otorgamiento de becas. Los dos efectos principales de este sistema internacional de becas son:

1. Fomentar el interés por las disciplinas que necesita el -- mercado internacional mediante el ofrecimiento selectivo de becas.

Esto se puede hacer a través de diversas formas que van -- desde dar mejores facilidades y mayores estipendios para -- determinadas disciplinas, por ejemplo la demografía, o -- simplemente el ofrecimiento único de determinado tipo de -- becas, como sucede en el caso de las ofrecidas por el -- Reino Unido. Por este medio se satisfacen pues las necesi- -- dades específicas del mercado internacional, o de un país -- determinado.

2. Seleccionar el personal de mejor calidad intelectual, -- evitándose el patrocinar estudios para ineptos, lo que se asegura por los requisitos exigidos para obtener la beca -- (Council en la odontología).

Recordemos que es una moda de la burguesía enviar a sus -- hijos a estudiar a los países dominantes, pero este perso- -- nal no le interesa a dichos países por cuanto no siempre -- tiene la calidad intelectual necesaria. Ello hace que -- generalmente retornen al país de origen a continuar la -- explotación hecha por su familia.

3. Realizar un negocio lucrativo y muy seguro mediante la - - preparación de exceso de profesionales con respecto al mercado interno, por parte de los países dominantes. El mecanismo es el siguiente: Se dan diez becas para especialización. El país dominante obtiene así diez profesionales que han requerido además de lo necesario para subsistir, seis años de primaria, seis de bachillerato y otros seis de - - Universidad. Invierte en ellos uno, dos ó tres años de - - especialización. De estos diez no pueden retornar al país dependiente mas que dos, por cuanto sólo hay dos bombas de cobalto. Los restantes ocho se quedan en el país que "regalo" las becas y las bombas.

Hasta el momento hemos analizado la manera en que la - - estructura misma de la sociedad dependiente determina necesariamente dos fenómenos que en la odontología son muy importantes: la superespecialización y la fuga de cerebros - y pudimos ver que ellos no pueden ser estudiados separadamente.

Cuando se habla de fuga de cerebros, debemos hacer referencia a un aspecto que es ya tradicional en el estudio sobre los recursos para salud, cual es el de la famosa escases. En primer lugar, es curioso que habiendo escases de personal, éste salga del país; que faltando recursos, éstos - - se esten exportando. Sobre este punto vale la pena mencionar que el fenómeno no se presenta sólo en el área de la -

salud, sino también en otras áreas profesionales en las que -- existe una escasez teórica de recursos y pese a ello profesiona-- les no encuentran cabida en el mercado nacional, saliendo al -- exterior.

Se exporta lo que es escaso. Esto parece contradictorio y sólo puede ser explicado a la luz del análisis que se propone.

Este fenómeno se presenta, además, en el nivel interno del país, bajo la forma de concentración de profesionales en algunas re-- giones o ciudades lo que lleva a intentar soluciones que, por -- no tener en cuenta los factores mencionados, siempre resultan -- estériles.

Dentro de estas soluciones hay una que merece la pena comentar-- se:

La formación de personal intermedio.

En el campo de la odontología concretamente se ha pensado -- varias veces en formar un odontólogo menos que general que pueda desarrollar algunas actividades. Esta posibilidad ha recibido -- fuerte oposición por parte del gremio odontológico que, con -- argumentos de tipo académico, defiende en última instancia un -- mercado del cual recibe fundamentalmente su ingreso. Es el caso de las consultas "sencillas", revisión bucal, etc., que en el -- plano teórico pueden ser solucionadas por otros tipos de profe-- sional, pero que en la práctica son el sustento de la gran --

mayoría de los odontólogos.

Orientada por esta misma concepción está, como alternativa, la formación del odontólogo, del médico de familia, a la que ya nos hemos referido.

En el campo de la medicina ya ha aparecido el auxiliar de la medicina con oposición de los médicos por idénticas razones, las que mencionamos al referirnos a los odontólogos.

En el caso de la enfermería están las auxiliares que han pasado a ocupar amplios sectores de la labor de enfermería.

A este respecto es conveniente anotar que en cualquier caso el problema de la concentración de personal y la saturación del mercado producen los problemas que se han querido evitar con este tipo de soluciones.

La razón fundamental está en la concentración del ingreso de la capacidad de pago, inherente a nuestra formación social, -- que obliga constantemente a que se modifiquen las políticas de formación de personal. Estas modificaciones siempre están sustentadas en argumentos académicos que señalan la necesidad de dividirse el trabajo y que, en el fondo, pretenden resolver el problema de la repetida y constante saturación del mercado, -- sin lograrlo claro está.

CAPITULO IX

EFFECTOS DE LAS NUEVAS FORMAS DE LA ODONTOLOGIA

Veamos ahora que efectos produce este tipo de odontología super especializada, El odontólogo superespecializado, caracterizado por la gran por la gran cantidad de valor que la sociedad ha invertido en su formación, que el personalmente crea que la labor ha sido suya, puede trabajar en su país de origen o en el mercado internacional. En ambos casos obtiene un alto ingreso y realiza una trayectoria que ha pasado a llamarse "científica", que lo convierte en el modelo de realización personal para cualquier individuo.

Al estudiante se le proponen de entrada metas muy específicas. Prácticamente se le especializa antes de salir y, por lo tanto, su interés se vuelca al estudio de entidades que no corresponden al diagnóstico global de su sociedad. Las mismas escuelas de la odontología dedican la mayor parte de su esfuerzo a entidades y programas que tampoco están de acuerdo a dicho diagnóstico bajo la justificación de un cientifismo rebuscado y sin posibilidades de superar la simple copia de los avances o experimentos hechos en otras partes. Este tipo de "avances" en nuestras facultades sólo son los puentes ideológicos a través de los cuales se lleva al odontólogo a una superespecialización, constituyendo el foco que capta grandes sumas de dinero que no llegan a producir efectos sino para unos pocos.

Estos "avances" son introducidos justamente por aquellos profesionales con estudios en el exterior quienes tratan de reproducir aquí las condiciones en las que ellos aprendieron allá, -- transplantando íntegramente toda una tecnología, toda una forma de desarrollo de la odontología que, como hemos dicho, sólo -- tiene en cuenta los intereses de la clase de más altos ingresos y carece de relación con el diagnóstico hecho para la mayoría -- de la población.

Con el proceso de superespecialización configuramos entonces -- dos tipos de profesionales: los llamados cerebros fugados y los superespecialistas que pueden volver al país.

Estos últimos, a más de ser los abanderados de la innovación -- tecnológica por la tecnología misma, captan los ingresos de las clases altas y a ello dedican la mayoría de su tiempo, no sin -- dejar algunas horas para el Hospital Universitario donde tienen sólo pacientes para practicar, sino algunos aparatos que han -- podido traer individualmente por su elevado costo, pero que el hospital, gracias a sus buenos oficios, sí ha traído para -- "introducir un avance en la sociedad médica".

Estos profesionales se caracterizan por ser "apolíticos", -- "científicos", "liberales" y muy dedicados al estudio y a su -- profesión. Todo lo que interfiere con estas cualidades pasa a -- ser considerado por ellos como un problema, como algo que hay

que corregir, pero se limitan sólo a apoyar a los encargados de hacerlo.

Sus consultorios responden a las modas y gustos de la burguesía sofisticada para quienes están diseñados y pueden ser caracterizados por el detalle de que no se le paga al odontólogo sino a su secretaria.

Dentro de este grupo caben algunas distinciones. Se distinguen por ejemplo, aquellos que fundamentalmente aprenden a manejar un aparato y que fincan su ingreso en el valor de éste, más que en el de sus conocimientos, cobrando bien sea una cantidad tal que le permita en un tiempo fijo amortizarlo, cobrando un porcentaje de lo que cobran los profesionales que atienden directamente al paciente. Tal es el caso por ejemplo de los paradoncistas, de los ortodoncistas o de algunos laboratoristas. Para todos ellos el problema del valor queda aclarado al identificarse simplemente al valor del aparato utilizado. En esto no se diferencian en nada de aquellos que tienen una máquina para transportar, o para tejer, etc. El ingreso del dueño de una bomba de cobalto debe ser igual al que percibe el dueño de dos bombas de gasolina, o de 400 telares en una fábrica o de 20,000 acciones de una compañía importante.

Una segunda división puede destacar a quienes aprenden una práctica, la cual ejercen directamente sobre el paciente, como es el caso de los cirujanos. Estos no realizan su ingreso por el -

valor de la máquina sino por el tiempo empleado en la operación que han aprendido a hacer, aunque en algunos casos, si el instrumental utilizado es muy específico, también lo amortizan - - (es el caso de los cirujanos maxilo faciales, etc.), para estos siete años de estudio equivalen a haber comprado una bomba de cobalto o dos de gasolina o 400 telares o 20,000 acciones.

Dado que su actividad es tan práctica como la de los anteriores pero que a diferencia de ellos es tan directa sobre el paciente, asumen para sí toda la responsabilidad del caso y hacen gran -- incapié en ello lo cual es visto por la sociedad como una cualidad propia de la cirugía que los hace merecedores de un prestigio adicional, que por supuesto también va incluido en la cuenta.

Esta responsabilidad que recae sobre una persona hace que cuando surge una dificultad con el paciente se busque inmediata- -- mente un culpable por cuanto el aceptar la culpa personal va en detrimento del cirujano dentista. Por ésta razón la culpa la -- tiene el ayudante o el anestesista o la enfermera o el auxiliar. Toda esta búsqueda del culpable y la necesidad de ocultar lo -- que ocurrió tiene su origen justamente en el hecho de que el -- problema de la salud no es de un individuo, sino de toda la - - sociedad, pero esto no lo pueden aceptar por cuanto entonces la que debería cobrar es ésta y no el individuo.

Por último puede distinguirse a aquellos que aprenden una práctica que se ejerce en una forma indirecta, a través de recomendaciones o de drogas; es el caso de los internistas, nefrólogos, cardiólogos, etc. Cifran su ingreso también en el tiempo de aprendizaje como los anteriores. Sin embargo, como su práctica no es manual no se ven enfrentados tanto con el problema de la responsabilidad directa, por lo cual, están más dispuestos a trabajar en equipo y no buscan la culpabilidad en otras personas sino que buscan explicaciones más analíticas explicando el suceso ocurrido al paciente por una deficiencia de potasio, o un desequilibrio electrolítico o una interrupción de un ciclo metabólico, etc.

En resumen, estos profesionales superespecializados desempeñan un papel específico en el desarrollo de la odontología en nuestros países:

1. Atienden fundamentalmente a la burguesía;
2. Introducen los últimos avances tecnológicos y los imponen como el modelo ideal de la odontología.
3. Tratan de reproducir las condiciones en las que aprendieron en el exterior, imponiendo así una orientación determinada a la profesión sobre todo en la Universidad.
4. Tienen una concepción ideológica que les permite apegarse a su posición seudocientífica como su aporte personal a la solución de los problemas del país, mostrándose en otros --

aspectos como "apolíticos", "objetivos" y "trabajadores":

5. Tienen diferencias entre sí de acuerdo a la especialización -- escogida, lo que permite distinguir según estos criterios:
 - a) No atención al paciente (laboratorio-investigación, Rayos X, anestesia).
 - b) Atención al paciente a través de drogas, etc. (psiquiatras, internistas).
 - c) Atención manual al paciente (obstetras, cirujanos).

De estos superespecialistas no todos pueden vincularse al mercado de la burguesía ni "fugarse" por las razones ya citadas, por lo -- que es necesario tratar de estudiar cuáles son las posibilidades -- reales de aquellos que no logran hacer lo uno ni lo otro.

Especialmente los del grupo a), encuentran de entrada que el mercado de la burguesía no les satisface plenamente, bien sea por el -- alto costo de los equipos o por lo selectivo de la técnica aprendida que no encuentra en la burguesía un número suficiente de casos que les permita ocupar todo su tiempo (entendido "por ocupar el -- tiempo", la posibilidad de materializar el valor). En el caso de -- los grupos b), y c), la dificultad se presenta especialmente -- porque son demasiados con respecto a la población de altos ingre-- sos.

El hecho es que se configura un grupo de superespecialistas que no pueden vincularse a la odontología privada por lo menos en todo el

tiempo deseado, convirtiéndose en un poderoso grupo que ofrece ser
vicios de salud y demanda ingresos.

El Seguro Social

Esto ocurre al mismo tiempo que surgen en el país nuevas formas de economía de la industrialización debido a la substitución de impor
taciones, lo que significa una masa de obreros con un ingreso esca
zo pero mucho más numerosa que la burguesía. Estos nuevos sectores comienzan a exigir servicios de salud a través de su débil organi
zación sindical, servicios que además son del interés de la burgue
sía industrial a la que le interesa un trabajador sano lo que le -
dé gran rendimiento.

Surge entonces el sistema del Seguro Social, que debe ser entendi-
do fundamentalmente como la respuesta a una necesidad económico-po-
lítica del sistema y como una nueva forma de pago a una fracción -
emergente de la burguesía, como es la de los médicos y odontólogos.
El tipo de atención odontológica dado en el seguro reproduce en --
parte el tipo de odontología privada no porque ésta sea la mejor -
odontología, sino porque aquellos encargados de administrarla tie-
nen una orientación y unos estudios similares a los de la odontolo
gía privada, donde la única limitación para reproducción completa
se encuentra por el lado. de los recursos económicos. La caracterís
tica de esta atención en su alto costo, elevada sofisticación y el
otorgarse a muy pocas personas.¹

1 El Seguro en Colombia atiende aproximadamente a un 7% de la po--
blación.

Logran pues los odontólogos captar una nueva fuente de ingreso proveniente en este caso de los obreros, quienes a pesar de no tener un alto ingreso si son bastante numerosos.

Sin embargo no parece tan claro este argumento ante la "realidad" del financiamiento del seguro, por parte de patrones, - - Estado y obreros. Analizándolo más detenidamente podemos - - llegar a la conclusión de que éste famoso financiamiento tri--partito oculta el hecho de que son realmente los obreros y las gentes de bajos ingresos las que financian el seguro social. -
Veámos:

Los patrones aportan una tercera parte del capital de la institución. Sabemos que ellos tienen una tasa de ganancia, que debe ir en aumento para que el negocio sea rentable y en caso de que esta tasa de ganancia disminuya, lo que hará el industrial o el patrón será cambiar de ramo o declararse en quiebra. El mantenimiento de esta tasa de ganancia implica que cualquier erogación extra del capitalista se extraiga la del trabajo del obrero - - aumentando su explotación, sea del producto vendido aumentando su precio, pero nunca de las utilidades personales del capitalista. En ambos casos el valor destinado al seguro sale del bolsillo del obrero y del consumidor.

En cuanto al Estado ya sabemos de donde proviene el pago de - - impuestos del capitalista y sólo nos queda entonces la gran ma-

sa de contribuyentes.

No nos queda pues sino el aporte de los obreros que si es extraído directamente de su salario diario, en forma coercitiva por lo -- demás.

En términos reales, el seguro es una organización que permite y obliga a una clase de bajo ingreso, pagar por los servicios -- de salud ofrecidos por un grupo de profesionales de la práctica odontológica favoreciendo de paso a los patronos interesados en mantener una mano de obra activa.

La Relación Odontólogo-Paciente.

En el paso de la odontología privada a la odontología "socializada" muchos autores señalan la pérdida de la llamada relación médico-paciente.

Lain Entralgo en su libro sobre el tema¹ hace importantes disgregaciones que indudablemente enriquecen este aspecto de la odontología.

Una de las pérdidas señaladas es puntualizada por Benjamín Viel² en varios aspectos entre los que se destaca el elemento de des--humanización que conlleva la relación médico-paciente en la -- odontología de seguridad social.

Por último y sobre el mismo tema sicólogos y sociólogos hacen -- esfuerzos por diseñar cursos en las facultades de la odontología

1 Lain Entralgo, P. La relación médico paciente Op. Cit.
2 Viel Benjamín La medicina social Op. Cit.

para mostrar a los alumnos como deben establecer en la mejor forma esa relación.

Sin demeritar la importancia de los aspectos individuales y psicológicos propios de toda relación, parece haber elementos en el área social que afectan esta relación y que la determinan, son justamente los elementos que surgen del desarrollo del presente trabajo y que pueden aportar a la comprensión de estos problemas. Analizando el origen de clase de los odontólogos tradicionales o liberales y en general de los que ejercen en el mercado de la odontología privada obtenemos los primeros elementos que nos permiten hablar más que de una relación abstracta entre un odontólogo y un paciente, de una relación que se da enmarcada dentro de una solidaridad de clase.

Esta solidaridad de clase se expresa en el idéntico origen y contenido de las costumbres, los modales, los gustos, maneras y modismos, nivel cultural de los componentes de esa relación, de tal manera que ella se da en excelente forma a pesar de no existir para la época una cátedra formal en la facultad que transmita ese famoso humanismo que parece sustentar dicha relación.

Cuando por condiciones generales ya señaladas los odontólogos se ven enfrentados a nuevos y amplios sectores sociales, no es que pierdan la excelente relación que tenían con sus pacientes, sino que establecen una nueva con un sector social diferente con el -

cual nunca se habían enfrentado.

En otras palabras no es que la relación odontólogo-paciente se haya "deshumanizado" en esta nueva forma de prestación de servicios sino que la aparición de esa relación no tiene porque suponer ese humanismo al no participar de lo que sustenta, es decir, la solidaridad de clase. Podemos incluso agregar que no solamente no existe esa solidaridad de clase sino que, al contrario, la nueva relación del odontólogo pequeño burgués - obrero paciente que es lo que aparece en la seguridad social está enmarcada en un contexto diferente cual es el de la dominación de clases en la medida que los intereses en torno a la seguridad social trascienden el dar salud por dar salud y se refieren a aspectos más complejos como ya señalamos.

No es pues cierto que la odontología moderna se haya deshumanizado. La odontología que se le da a la burguesía es cada vez más "humanista" en el sentido de darle toda la consideración posible al paciente burgués, que ya no es solo el producto de la espontánea solidaridad de clase sino de sofisticadas técnicas sico-sociales que facilitan las relaciones interpersonales al mismo tiempo y posiblemente el mismo odontólogo sostiene deficientes relaciones con los pacientes de la seguridad social - cosa que por supuesto el detecta, pero que explica por razones diferentes a las expuestas aquí, es decir, lo explica por el exceso de pacientes, por el incómodo edificio, por la falta de

educación de los afiliados, etc., sin detectar los elementos que determinan esos datos, sin poderlos ubicar en su verdadero significado.

El método empiricista lleva pues a abstraer la relación tratando de estudiarla solo en esos términos, sea cual sea el paciente y sea cual sea el odontólogo, lo que en el caso concreto impide la comprensión del hecho de que la relación paciente en el seguro social esté determinada por una relación más importante, cual es la relación obrero-patronal, la relación de dominación de clase.

La Universidad.

Otra fuente de ingreso para estos profesionales especializados es la Universidad la cual recibe un impulso de expansión, ante la necesidad del sistema de preparar personal que la permita mantenerse al día en el desarrollo tecnológico. Esta fuente de ingreso es limitada por cuanto la expansión de los empleos ofrecidos, es mucho menor que el número de egresados. De todas maneras, aquellos odontólogos que al terminar su especialización logran ingresar directamente a la Universidad, se encuentran en situaciones enteramente diferentes a los antiguos profesores¹.

1 Veáse Alberto Vasco, "Informe sobre la U. de A". Mimeografiado de la Asociación de Profesores. 1972.

En primer lugar, no vienen de vuelta del éxito a la Universidad a trabajar en los "ratos libres" como los anteriores, sino que llegan a ella como su única fuente de trabajo al menos en un principio, lo que los coloca en contacto más directo con la institución, los hace participar de su organización y los hace depender de ella más íntimamente aunque estén allí sólo para adquirir prestigio y aspiren a trabajar particularmente.

Esta posición diferente los coloca muchas veces, en abierta contraposición con los anteriores, en la lucha que aparenta ser generacional pero que en realidad es una lucha de un nuevo sector emergente contra uno ya establecido.

Esta lucha lleva a estos profesionales a buscar alianzas con los estudiantes y con otras agremiaciones tratando de imponer en la Universidad y en la Facultad, sus intereses de grupo¹.

Como sus oponentes basan su prestigio en la práctica de la odontología tienden a menospreciarla y a sustituirla por una mayor dosis de academicismo enfatizando la especialización y la tecnología, lo que los lleva incluso a posiciones completamente alejadas de la realidad y de toda práctica, sirviendo de motores a las corrientes actuales del desarrollo de la odontología especializada. En oposición, los otros profesores tienden ingenuamente a oponerse a esta tendencia tratando de reimplantar la

1 (Veáse pie de página hoja siguiente)

odontología. Llevando la discusión a terrenos completamente --
improductivos. Así se analiza el odontólogo que necesita el país,
la especialización en odontología, sin cuestionarse en cambio --
que es lo que hace que tengamos técnica así y qué tipo de socie-
dad es la que necesita un buen odontólogo.

La ocupación de los especialistas en el Seguro o en la Universi-
dad tiene una característica común. Ser un empleo por horas que
permite redondear el IPSE que estos profesionales no consiguen --
con la sola consulta privada a la que dedican la mayor parte de
su tiempo.

De todas maneras el hecho de verse enfrentados a una clase patro-
nal dispuesta a defender sus intereses económicos, coloca a los
odontólogos del Seguro en una posición diferente, obligandolos --
a organizarse en tal forma que puedan hacer más efectiva su de--
manda por un pago adecuado a sus servicios.

Surgen entonces las Asociaciones Cirujanos Dentistas o Sindica--
tos Médicos, nuevo tipo de agremiaciones que ya no tienen las --
características de las anteriores Academias de odontología o --
Colegios Odontólogos, sino que surgen con nuevas formas y actitu-
des orientadas a nivelar su IPSE con el de los odontólogos dedi-

1 idéntico enfrentamiento se ve en otras carreras tradicionales
como Derecho, Economía e Ingeniería, aunque en grados diferen-
tes. En las carreras más "jóvenes" el fenómeno se enmascara --
al no existir profesionales del primer tipo, sino sólo tecnó-
cratas, como sucede en las carreras técnicas, sociológicas, --
etc.

cados exclusiva o predominantemente a la consulta privada. Adoptan, entonces, actitudes enérgicas, inclusive reñidas con las pautas de ética y moral establecidas por las Academias de la odontología, tales como la formulación de pliegos de peticiones, la realización de paros en la rama médica, etc. Además utilizan la agremiación para conseguir consumos más baratos, considerados necesarios para mantener un nivel de vida acorde a la posición, tales como importación de vehículos, sedes sociales, etc. que les permiten vivir de la manera más parecida posible a los usos y costumbres de la burguesía.

Este cambio de actitud con respecto a ciertas normas éticas y con respecto al tipo de agremiación sólo puede ser entendido a partir de la existencia de un número considerable de profesionales que están por debajo del IPSE y que sienten su situación como debida a una circunstancia social y no a un problema individual y, por lo tanto, como algo válido para todos los odontólogos que se encuentran en circunstancias similares.

A pesar de que en estas asociaciones, e incluso en el Seguro, hay odontólogos especializados que no ejercen todo su tiempo como tales junto al odontólogo, a pesar de que, en términos generales, pertenecen a una misma clase, presentan entre sí contradicciones que es necesario tener en cuenta para una mayor comprensión del problema de la odontología.

Además de éstas contradicciones, los sindicatos de la rama médica tienen otras muy importantes que es preciso mencionar.

Una de ellas es que en su seno hay odontólogos que no trabajan en el Seguro, especialmente los odontólogos a los que nos referimos a continuación.

Otra muy importante es aquella que se refiere a lo que estos sindicatos identifican como el patrón.

En este sentido hacen abstracción de las políticas generales del Gobierno con respecto a salarios, sueldos, no tienen en cuenta la situación de los obreros para conducir política sindical y se refiere al director de la caja como al patrón. Debido a esto y a una especial concepción del sindicalismo, frecuentemente se ven enfrentados a los obreros, respaldan acriticamente al gobierno y lo emprenden contra los directivos de la caja, como individuos, todo ello a un mismo tiempo y sin considerar las íntimas relaciones de los tres aspectos y además sin identificar su enfrentamiento real que es con la burguesía que es la que en realidad controla la vida económica y social del país.

los servicios estatales y las entidades de beneficencia dedicados a la salud.

Estos servicios están destinados, ya lo dijimos, a ciertos sectores de la población de bajo ingreso, pertenecientes a una organización social predominantemente rural, aunque en la medida en que el fenómeno de migración del campo a la ciudad aumente, estos servicios que también aumentarán en las ciudades.

Si bien en estos servicios actúa predominantemente los odontólogos, es necesario hacer una distinción entre los que lo hacen como su trabajo y los que lo hacen por el cumplimiento de un requisito que les permita continuar su carrera, esto es, los odontólogos que hacen su servicio social.

Antes de entrar en la discusión sobre si el servicio social obligatorio es una exigencia desmedida para los odontólogos o es un sacrificio, conviene preguntarse cómo es posible que de la pobreza del campo estos odontólogos logren financiar una especialización. En otras palabras como logran extraer riqueza de la pobreza.

Esta segunda expansión al campo ya no se debe a una saturación del mercado, sino a un factor político que obliga al Estado a enviar recursos al campo así sea transitoriamente, ante la demanda violenta a veces y la colaboración de los odontólogos quienes saben muy bien que no se trata de un sacrificio.

Dentro del análisis general creo que es importante analizar por separado al profesional de la Salud Pública.

La atención médica y su administración cobran una importancia grande dentro de las bases del actual sistema lo que proporciona una nueva fuente de empleo y la posibilidad de una especialización.

La Salud Pública.

Esta doble circunstancia, la especialización y la fuente de empleo atraen profesionales no sólo de los que no pueden especializarse y necesitan empleo, sino de los que pudiendo hacerlo -- optan por la Salud Pública como rama de especialización, generando así un grupo diferente dentro de la profesión médica -- que por lo arriba mencionado tiene posibilidades reales de -- vincularse al poder y por lo tanto promete ser muy importante. Si a esto agregamos que tal posibilidad no se abre solamente -- para odontólogos, sino para casi cualquier otra profesión, -- (ingenieros, economistas, abogados, sicólogos, enfermeras, médicos, etc.), queda aún más clara la importancia de esta nueva -- rama de la profesionalización.

Según este análisis debe quedar claro entonces que la Salud -- Pública no surge pues como la especialidad para dar la salud a la comunidad, sino como el resultado de una coyuntura política y socioeconómica en la cual los profesionales en general y los

odontólogos en particular juegan un papel importante.

Pienso que sólo bajo esta perspectiva es posible analizar las posibilidades de la Salud Pública entre nosotros, para no caer en posiciones ideológicas que llevan a análisis, propuestas y planes imposibles.

Dentro de este marco general podemos ubicar la discusión acerca de los planes de educación en Salud Pública, los criterios de prioridad en cuanto a programas y las posibilidades de crear un Servicio Nacional de Salud para el país cosa que intentaremos hacer posteriormente¹.

Es bueno también determinar un poco el aspecto de la beneficencia mencionando en estos párrafos.

La idea central que orienta este análisis es que la prestación de servicios de Salud está determinada no solamente por la necesidad de la salud o su derecho, sino por factores socioeconómicos, políticos e ideológicos, que se encarnan unas veces en el Estado, otras veces en Instituciones "mixtas" como el Seguro o incluso en la burguesía misma, dependiendo del desarrollo del sistema socioeconómico y de las modalidades que adopta según las condiciones específicas de los países.

1 A estas condicionantes y limitantes de tipo socioeconómico, debemos agregar, retornando los aspectos metodológicos, propios del desarrollo del conocimiento médico tratados en los primeros capítulos, si queremos estar en condiciones de poder juzgar la actual situación de salud y sus posibilidades.

En esta línea de análisis hasta ahora hemos intentado exponer - las razones que orientan la prestación de servicios de salud a través de los aspectos económicos y políticos. Sin embargo, la prestación de servicios de beneficencia o de "caridad" no parece acomodarse bien a nuestra explicación. Para pasar a explicar este aspecto se hace necesario referirnos nuevamente al marco - histórico que ha presidido el análisis.

Las sociedades en las diversas épocas han destinado partes de - su excedente para aspectos que aparentemente carecen de rela- - ción con los aspectos socioeconómicos.

En la edad media, por ejemplo, buena parte del excedente econó- mico era destinado para la construcción de catedrales, el - - esplendor de las cortes, etc. En la antigüedad se construyeron pirámides y así sucesivamente. Parte de ese excedente se ha des- tinado a revertirlo directamente sobre la población en presta- - ción de algunos servicios o en la organización de festividades o en la ayuda a particulares en lo que es denominado la caridad.

Lo importante no es analizar aisladamente estos hechos bajo - - aspectos abstractos, como el de que la caridad es para tratar - de corregir la injusticia o para ayudar al prójimo, sino - - vincularlos a una estructura totalizante que permita conocer - cual es el papel que desempeñan los diferentes aspectos de la - realidad en un modo de producción dado.

Así la odontología no solamente tiene que ver con los aspectos económicos y políticos sino también con los ideológicos, lo -- que es válido para todas las formas de atención odontológica -- mencionadas pero que en la específica de beneficencia, desem-- peña un papel primordial que nos ha de servir para retornar el papel ideológico de la odontología como mecanismo de domina-- ción.

Como señala Foucault¹, la caridad es un concepto que florece en las sociedades predominantes mercantilistas en las cuales lo -- fundamental es el estrato de alto ingreso o sea el que tiene -- poder de compra. Los sectores que no tienen este poder de com-- pra son tolerados como tales y se destina para su control una parte del excedente. Cuando ese control es ideológico (y no -- militar por ejemplo), este excedente se utiliza a través de la caridad y la beneficencia como formas principales.

No ocurre lo mismo en las sociedades capitalistas en las cua-- les la indigencia es intolerable, pues la fuerza de trabajo es absolutamente necesaria para el sistema. El concepto de cari-- dad es reemplazado por la sobrevaloración del trabajo y su -- imposición aún como castigo. Como contraprestación a esta -- nueva exigencia surge la seguridad social.

1 Foucault M., La Historia de la Locura

En nuestros países sin embargo a pesar de que el sector capitalista, su desarrollo limitado por condiciones internas-externas no tiene capacidad de absorber o vincular a toda la población, por lo cual no es raro encontrar la coexistencia de sistemas de seguridad social y de beneficencia, aunque con una clara tendencia al desarrollo de los primeros y a un estancamiento de los segundos.

Hay que anotar que este excedente es destinado por la sociedad y no por los odontólogos es decir los odontólogos están en el sistema de tipo beneficencia pública, como fuente de pago y no como los dadores de la salud gratuita, pues cobran salarios y luchan por ellos como en cualquier otra entidad.

CONCLUSIONES

A manera de comentario general sobre lo tratado hasta ahora, es importante subrayar algunos aspectos.

El estudio de la odontología, de la salud y la enfermedad ha -- sido hecho hasta ahora bajo una metodología francamente empiri- cista y por lo tanto, con un alto contenido ideológico que ha - permanecido oculto bajo las apariencias de neutralidad y objeti- vidad proporcionadas por el método.

Ante esta situación es necesario iniciar el estudio de estos -- aspectos bajo una perspectiva que vincule a la odontología y a la salud a la realidad social, no ya como un sector sino como - un componente estructurado y dinámico, que modifica ante cam- bios en dicha totalidad social y viceversa.

Esta alternativa exige:

- 1) el replanteamiento de todos y cada uno de los aspectos que - tradicionalmente han sido el objeto de estudio por parte y - por ende la odontología, como el paciente, la enfermedad el significado de la sintomatología, el papel de un agente etioló- gico en un contexto social y el odontólogo mismo.
- 2) El estudio de esta totalidad social no como algo extramédico sino como el conjunto del cual la odontología, la salud, la enfermedad, el odontólogo, hacen parte en una forma necesaa- ria, activa y estructurada. Para lograr esto se tropieza - - evidentemente con muchas dificultades.

La magnitud del problema propuesto, el poco desarrollo de una metodología que permita superar las limitaciones actuales y logre alcanzar las metas propuestas, la resistencia desencadenada por intereses específicos de grupos en contra de estudios totalizantes, son sólo algunas de ellas.

Fundamentalmente he tratado de entender a la odontología y a la medicina y su ejercicio como un conjunto de realidades de tipo ideológico, político, económico y científico, tratando de encontrar las relaciones estructurales entre otros aspectos y cuáles de ellos son determinantes con respecto a los demás, en contra de los estudios tradicionales que dan cuenta solamente del aspecto "científico", o mejor academicista.

He tratado de estudiar no sólo lo que se hace es decir, el dar salud, sino el cómo se hace y sobre todo por qué se hace, no buscando la respuesta en el mismo contexto en que es planteada, el contexto mismo de la salud, sino en la totalidad social que condiciona necesariamente dicho aspecto específico.

Para esto he tratado de estudiar la participación de los odontólogos en la producción, analizándolos en los aspectos de su profesión desde el punto de vista de su forma de vivir, de acuerdo a una situación de clase y no sólo como los agentes sociales encargados de dar salud. De estudiar a la odontología, en su doble papel de arma ideológica y "necesidad" social.

Esto obliga a distinguir por una parte, cuáles son los determinantes de tipo científico y cuales las condiciones generadas en la demanda por un servicio esencial, aspectos no siempre bien analizados y las más de las veces confundidos en una sola idea de lo que es la odontología. Desde otro punto de vista hemos explorado cuales son los aspectos específicos que aparecen en una sociedad dada, que hacen que los determinantes del desarrollo odontológico, sean diferentes en países con un desarrollo capitalista hegemónico, y en países de tipo capitalista dependiente.

Haciendo énfasis en estos últimos, se ha intentado establecer un marco teórico general que permita luego hacer análisis más concretos en términos, de un país o de una región, de tal manera que las diferencias encontradas entre unos y otros, no sean explicadas como simples grados de desarrollo o como ciertas equivocaciones, sino más bien, como resultado de los condicionantes económicos y socio-políticos de cada uno de ellos.

Así por ejemplo, la existencia o no de servicios nacionales de salud no son simplemente adelantos de algunos países si los poseen y atrasos en aquéllos que no los poseen, sino más bien, el resultado de cómo se configuró dicho país como un estado nacional, cómo se desarrolló la hegemonía de una determinada clase, cómo se implantó y en que grado la substitución de impor-

taciones y la industrialización, cuáles fueron los vínculos con el centro hegemónico, etc.

Esto es válido también, para estudiar la evaluación y desarrollo de los sistemas de servicios sociales, servicios de tipo mutual, etc., el por que son predominantes unos u otros en determinados países, etc.

Permite también ya a un nivel más restringido comprender las contradicciones que surgen entre el personal del odontólogo, entre estos y otros miembros del llamado equipo de salud como las enfermeras por ejemplo.

Permite además, preveer los pasos inmediatos a darse en las políticas de salud, de acuerdo a los intereses de la fracción de clase dominante en un momento dado.

Permite, introducir en el análisis la efectividad y adecuación de determinadas técnicas y de determinados servicios, no sólo criterios de tipo académico-administrativo, sino los demás aspectos de la realidad socio-económica, de tal manera que podemos comprender algunas situaciones que, bajo los aspectos académico-administrativos mencionados, aparecen como errores o como el resultado de malos manejos, hechos que en realidad total no son contradictorios con el desarrollo de una sociedad contradictoria en sí misma. Tal es el caso por ejemplo de la "Fuga de Cerebros", de la adquisición de equipos obsoletos, el

exceso de personal en algunas instituciones o regiones y, su - -
ausencia o escases en otras, la falta de investigación y la apli-
cación o crítica de tecnologías que no tienen un respaldo cientí-
fico claro, (el caso de control de la natalidad), pero que sí lo
tienen desde el punto de vista político e ideológico.

Permite comprender, cómo el llamado "desarrollo científico" de -
la odontología se hace en aspectos que no son los problemas prin-
cipales de la población en su conjunto, sino del sector privile-
giado de ella y como se llega a justificar esta situación, bajo
el pretexto claramente ideológico de un supuesto "avance" de un
"desarrollo". Nos muestra como las actuales formas de ejercicio
profesional a las que llamamos "odontología socializada", no son
diferentes expresiones de una misma concepción de la salud y de
la odontología.

Por último se señalan algunas posibilidades en cuanto a las - -
condiciones necesarias para que aparezca una nueva concepción --
del problema social de la salud y sus correspondientes soluciones,
las que seguramente tendrán que rebasar el marco mismo de la - -
odontología.

B I B L I O G R A F I A

- Aguirre B.,G. Medicina y magia. México, Instituto Nacional Indigenista, s.p.i.
- Boguslaw, Robert. The medical establishment: Two perspectives. Soc Sci & Med 5 (4): 393-400, Aug'71
- Bram, Joseph. Spirits, mediums and Believers in contemporary - - Puerto Rico. Trans N.Y. Acad Sci 20(4): 340-347, - Feb'58.
- Cano, Eduardo y Alberto Vasco. Aspectos sobre el salario médico. Boletín de Acomsap (Medellín) 1(1): 3-10, Ene-Feb'73
- Cardoso, F.H. y E. Faletto. Dependencia y desarrollo de América Latina. 3 ed. México, Siglo Veintiuno, 1971. -- 166 p.
- Cooper, David. La muerte de la Familia. Buenos Aires, Paidós, 71
- Driver, E. The sociology and anthropology of mental illness: a reference guide. Massachusetts, Amberts, s.f.
- Ellis, John. Bussines and public health in the urban south during 19 century: New Orleans, Memphis and Atlanta. Bull Hist Med 44(3): 197-212, '70; 44(4): 346-371, '70
- Fanon, Frantz. Los condenados de la tierra, México, Fondo de - - Cultura Económica, 1963
- Fanon, Frantz. A daymg colonialism. s.p.i.
- Fanon, Frantz. Por la revolución africana. México, Fondo de - - Cultura Económica.
- Fein, Rashi. Doctor Shortage; an economic diagnosis. Washington, Brookings Institution, 1967.
- Foucault, Michel. La historia de la locura. s.p.i.
- Foucault, Michel. El nacimiento de la clínica; una arqueología de la mirada médica. México, Siglo Veintiuno, 1960. 293 p.

CAPITULO X

LA ODONTOLOGIA SOCIAL

Hemos mencionado a los odontólogos generales. Estos son los que no se han especializado, por no tener dinero, por tener obligaciones de tipo familiar que los obligan a trabajar recién egresados, por limitaciones intelectuales, o por otras múltiples -- causas.

Estos profesionales no están pués vinculados al mercado de la burguesía y se ven obligados a optar por la vía de atender mucha gente a poco precio para lograr el IPSE.

La Asistencia Social.

De otro lado el Estado se ve en la obligación de ampliar los -- servicios de infraestructura y entre ellos la salud, a sectores de población que por su número o por su organización lo demandan con tal vehemencia, que pueden llegar a alterar el llamado "orden público", sino ven satisfechas así sea sólo en parte, -- sus demandas.

También influye en la ampliación la presión de terratenientes y políticos locales que exigen la construcción de un hospital de cambio de los votos de sus dominados.

Estas múltiples razones, (la organización de los odontólogos, los intereses políticos del estado, las demandas de amplios -- sectores de la población y las presiones de la clase dominante tradicional), explican los planos sobre los que se estructuran

- Foucault, Michel. Las palabras y las cosas. s.p.i.
- Fromm, Erich. El arte de amar. Buenos Aires, Paidós, 1970
- Fromm, Erich. El miedo a la libertad. Buenos Aires, Paidós, 1968. 345 p.
- Galtung, Johan. Teoría y métodos de la investigación social. 3 ed., Buenos Aires, Eudeba, 1971. 2 v.
- García, César. Comportamiento de las élites médicas en una -- situación de subdesarrollo. Cuadernos Médico-- Sociales (Santiago de Chile) 5(1): 20-25
- Garrison, Fielding H. Historia de la medicina; con cronología médica y datos bibliográficos. 4 ed. México, - Interamericana, 1966.
- González, Alfonso. Chile: medicina y socialismo. Santiago, -- Quimantu, 1971.
- Gutiérrez de Pineda, Virginia. La medicina popular en Colom-- bia. Bogotá, Universidad Nacional, Facultad de Sociología, 1961.
- Hatzfeld, Henri. La crisis de la medicina liberal. Barcelona, Ariel, 1965.
- Health. Policy Advisory Center. The american health empire, power, projects, and politics. New York, Ran-- dom House, 1970.
- Hochman, Jacques. Hacia una psiquiatría comunitaria. Buenos - Aires, Amorroutud, 1972.
- Holland, W. Medicina maya en los altos Chiapas. México, -- Instituto Nacional Indigenista. s.f.
- Horn, J. Away with all pests; an english surgeon in - - peoples China. New York, Monthly Review Press, 1971.
- Hyman, M.D. "Le medicine", (En): P.F. Lazarsfeld, et al. - La sociología de las profesiones. Buenos Aires Paidós, 1971.

- Jal y Rosas, Federico. El mito de jani o susto de la medicina indígena del Perú. Rev. de la Sanidad de la Policía (Lima) 18(3): 167-210, Jun'58.
- Jores, Arthur. La medicina en la crisis de nuestro tiempo. - - México, Siglo veintiuno, 1967, 80 p.
- Kaempffer, Ana María. El rol de la medicina en los países en desarrollo. Cuadernos Médico-Sociales (Santiago de Chile) 9(4): 42-46, Dic' 68.
- Kelman, S. Toward the political economy of medical care. - - Inquire 8(3).
- Krause, E. Health and the politics of technology. Inquire - 8(3).
- Lain Entralgo, Pedro. La historia clínica. 2 ed. Barcelona, -- 1961.
- Lain Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. Madrid, Guadarrama, 1969.
- Lain Entralgo, Pedro. Teoría y realidad del otro. Madrid, - - Revista de Occidente, 1961.
- Laing, Ronald D. El yo dividido; un estudio sobre la salud y la enfermedad. México, Fondo de Cultura Económica, 1964.
- Mc Kinlay, John B. The concept "patient care" as a heuristic device for making medical sociology relevant to medical students. Soc Sci & Med 5(5): 441-460, - Oct' 71.
- Mc Nerney, Walter J. Reformas en la atención de la salud; sus mitos y realidades. Atención Médica (Buenos Aires) 1(1): Jun'72.

- Morris, D. El mono desnudo. s.p.i.
- Ramos, Pedro y otros. La proyección social del médico. México, Pax, 1969.
- Read, Margaret. Cultura, salud y enfermedad. Buenos Aires, - Centro Editor de América Latina, 1968.
- Romero, Hernán. Producción y distribución de médicos en - - América Latina en relación con las necesidades de salud y el aumento de población. - - Cuadernos Médico-Sociales (Santiago de Chile) 8(3): 5-12, Sep'67.
- San Martín, Hernán. Salud y enfermedad; ecología humana, medicina preventiva y social. 2 ed. México, La - Prensa Médica Mexicana, 1968.
- Sigerist, Henry E. Civilization and disease. Chicago, University of Chicago Press, 1943. 255 p. ilustr.
- Snow, Edgar. La China contemporánea. México, Fondo de - - Cultura Económica, 1972.
- Sonis, Abraham y otros. Medicina sanitaria y administración de salud. Buenos Aires, El Ateneo, 1971.
- Sonis, Abraham. Salud, medicina y desarrollo económico social. Buenos Aires, Eudeba, 1968.
- Suchman, E. A. "La salud pública" (En): P.F. Lazarsfeld et al. Planificación sociológica de los problemas sociales. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- Tarrés, María Luisa y otros. El profesional en la burocracia: el médico en el S.N.S. Cuadernos Médico-Sociales (Santiago de Chile) 11(1): 25-32, - - Mar' 70.

- Trejos Escalante, Fernando. Libertad y seguridad; Libertad económica y seguridad social. San José, Costa Rica, Asociación Nacional de Fomento Económico., 1963. - -
- Vasco, Alberto. Informe sobre la U. de A. Medellín, -- Asociación de Profesores, 1972. Mimeo.
- Vasco, Alberto y otros. El Servicio Nacional de Salud. Boletín de Acomsap (Medellín) (2), '73.
- Viel, Benjamín. La medicina socializada. Santiago, -- Universidad de Chile, 1964.