

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

¿Dónde está y adónde va nuestra salud?¹

Dr. Yury Carvajal

Desde que conozco a Carlos Montoya, he visto sus esfuerzos reflexivos y editoriales en Salud Pública como un gran centro de su actividad múltiple que incluye además numismática, malacología, arte africano.

Me viene a la cabeza su gran trabajo como editor de Cuadernos Médico-Sociales que quedará como uno de los mejores momentos de la revista. También recuerdo sus tres libros "El Hospital Público, de tapas azules, con amplia convocatoria de autores. Y su gran volumen sobre inequidades en salud, con una prodigiosa fórmula Excel para calcular el coeficiente Gini.

Su obra más reciente, de una factura parecida a éstas, publicada bajo este mismo sello editorial, "La salud dividida", intentaba dar una visión global de dos décadas de gobiernos concertacionistas. Invitado a comentar en un momento en que estaba ausente, escribí una carta al profesor Montoya acerca de los dos aspectos en que nuestras visiones se separaban.

Invitado gentilmente a comentar un nuevo libro suyo y encontrándome de nuevo fuera del país, intentaré esta vez hacer un comentario en un sentido diferente a los anteriores. Le propondré querido Dr. Montoya que imaginemos que las cosas ocurren en dirección opuesta a la que Ud. relata en su libro.

Es decir que imaginemos la posibilidad de que todo aquello que aparece como causa no sea sino el efecto de otros efectos.

Es decir que el estrepitoso fracaso de la construcción de Hospitales mediante concesiones no haya sido un efecto buscado por una administración política torpe, sino mas bien el efecto de una red de salud articulada en conocimientos locales, que extranjeros desterritorializados como los inversionistas concesionarios, difícilmente logran re territorializar. Lo que ha fallado es la sabiduría contenida en saberes universales del tipo microeconomía o gestión vía cuadros de mando integral, para abordar un problema que es esencialmente clínico. Y al usar esta palabra, aludo a una heteronomía ingenieril presente en la medicina que trata enfermos, cuya tecnificación creciente no resuelve las cuestiones locales, las dificultades a resolver en la composición cotidiana de los problemas y sus soluciones, sino que las multiplica, las enreda, las torna mucha más operador dependiente.

Aunque no comparto la idea de que la salud pública se mueva al ritmo de las coyunturas electorales o de las coaliciones políticas que arriban a Mac Iver, en el período 2010-2014 rasgos de

¹ Dr. Carlos Montoya-Aguilar. Editorial Ceibo, 2014. Santiago de Chile, 24 páginas.

brutalidad burocrática entre los cuales incluyo por cierto, el que fuera Ud. mismo excluido del Ministerio y de la Unidad de Estudios, debilitaron los equipos, asfixiaron la democracia deliberativa de los saberes y redujeron las voces disidentes, cuestiones esenciales para una organización que debe ser sensible e inventiva frente a problemas que se presentan siempre bajo aspectos nuevos.

La evolución tortuosa de los problemas asociados a *Clostridium difficile*, rabia, Quellón, Tocopilla, Isapres, no sólo revelaron la indigencia intelectual de un Ministerio austero en lo conceptual, reducido a curvas de oferta y demanda intersectándose en un plano cartesiano, sino de manera grave, las terribles debilidades de la salud pública tradicional para dar respuestas adecuadas.

Le propongo que este traslado de las causas al lado de los efectos, lo pasemos ahora a la planificación. En su libro menciona Ud. la propuesta de un grupo independiente y luego concluye con sus propias propuestas. En ambos casos, se trata de enumeraciones de medidas con las que nadie podría discrepar: especialidades, financiamiento, equipamiento, informática.

Lo que intentaría es considerar esas propuestas como efectos de algo que no sabemos. O dicho en términos aún más sencillos, ¿cuáles son las condiciones sobre las cuáles podemos intervenir para lograr como resultado las propuestas mencionadas?

Y al pensarlo, creo que no lo sabemos. Opino que debemos mejor comprender lo que ocurre en ese extraño lugar llamado espacio clínico para intentar acercarnos a lo que ocurre en salud pública. Una salud pública que hace rato ya salió de lo poblacional, encuentra en la actividad clínica su clave de éxito, de eficacia, de resultados. Comprender la clínica como técnica puede ser una adecuada tarea para los juveniles y vigorosos Estudios de Ciencia y Técnica (STS), a los cuales un pequeño grupo de tesisistas que acostumbran beber café en el zócalo de la Escuela de Salud Pública, dedicamos nuestros esfuerzos.

Nunca es bueno cuestionar una obra señalando sus olvidos. No lo haría si no tuviera la convicción de que es un problema crucial. Se trata de los accidentes en los Hospitales. En el año 2009 tuvimos un episodio con dos muertes en un Hospital público, sin investigación más allá del sumario administrativo. Este año nuevamente ha ocurrido un desafortunado suceso con muertes. La búsqueda de responsabilidades administrativas limita gravemente la comprensión de lo ocurrido.

Dada la tecnicidad marcada de la medicina contemporánea, estudiar los accidentes de una manera técnica complementaria a la administrativa, nos ayudará no sólo a evitarlos, sino a comprender la multiplicidad de lo que estamos haciendo.

Y esto me permite llegar a sus palabras de cierre, en que expresa de manera precisa el carácter experimental de la salud pública cuando dice:

Al final del día, son hipótesis a probar. Se imponen las revisiones de la experiencia publicada, las simulaciones y los ensayos locales. La definición de los caminos y las buenas elecciones de rumbo requieren y significan Desarrollo. No es fácil, pero es posible, y se producirá ¿en qué plazo?

También yo creo en ese carácter hipotético y local de nuestros ensayos. Incluyendo la cuestión del Desarrollo, y de su dimensión tecno-científica. En ese sentido quizás ambos seamos cepaliano del siglo XXI y soñemos con equipos de diagnóstico inventados en Chile, en biotecnologías públicas hechas en el cono sur, por industrias colectivas integradas.