

De luchas y pasiones

Carlos Cassinelli

«De luchas y pasiones»

© 2007. ISBN: 978-987-23915-0-8

CTA Ediciones. Buenos Aires, Argentina.

Selección de textos: Darío Fuentes y Marcelo Paredes

Fotos: Carlos Cassinelli y Archivo Consejo Directivo Nacional de ATE

Diseño tapa y diagramación: Darío Fuentes

Un sensible

Al momento de redactar este prólogo es inevitable recordar una cantidad de vivencias, imágenes y momentos compartidos que me vienen a la mente. Pero hay algunas que lo pintan a Carlitos tal cual lo recuerdo, y hablan de su absoluta integridad como militante.

Lo conocí en ANUSATE, en la calle Constitución. El había llegado un tiempo antes que yo, así que compartimos esa etapa mística, mágica, que significó pelear para recuperar ATE. Y lo vivimos intensamente. Recuerdo siempre cuando lo vi por primera vez, con su blazer azul y corbata roja. Rápidamente tuve la sensación de que estaba frente a uno de los compañeros más importantes junto a Víctor, Germán, Carlos Custer, Andrés Perez... y esa sensación no sólo no cambió sino que, con el tiempo, se consolidó.

Hoy, más que nunca, pienso que un cuadro como él no se podrá reemplazar jamás. Podremos hacer colectivamente más y mejores cosas pero no hemos podido encontrar a alguien entre nosotros que sepa tanto en teoría y en práctica militante como él en el área Salud. La calidez que tenía para explicarle a los compañeros la crisis del sistema sanitario y su solución era impresionante. Eso sí, con nosotros, los dirigentes, era bastante “cabrón”, no se detenía demasiado en sutilezas...

Me alegraba el día de una manera muy particular. Cuando me veía, en cualquier lugar, en el sindicato, en la calle, en una marcha, se paraba, dejaba el portafolio en el piso y abriendo los brazos me decía: “pipi ¡dame un abrazo! ¡humanicémonos!”. Ese gesto tan de él me causaba gracia y a la vez una fuerte sensación de cariño.

Anduvimos en varias juntas. Recuerdo una vez que fuimos a Salta y nos pasamos dos días de asamblea en asamblea, plenario de delegados, reuniones con la Comisión Directiva y sin un rato para conocer algo o distraernos un poco. Regresábamos el domingo después del mediodía. Entonces el sábado le digo: “¿Vamos a dar una vuelta para conocer algo?”. Y me dice: “Si. Vamos a un neuropsiquiátrico que está como a 40 kilómetros”. Y así fue. Creo que era Potrero de Linares, un lugar lúgubre, triste, de los peores que conocí. Ese fue el paseo: sacar fotos de las condiciones desfavorables en las que estaban los enfermos, pegarle duro al Director del nosocomio y enseñarme a mí, en vivo y en directo, que lo que habíamos visto en la Colonia Montes de Oca, en Luján, no era una excepción. Yo le decía que era adicto a los neuropsiquiátricos. Si no veía uno por semana comenzaba a extrañar. Se reía mucho de eso.

La verdad es que lo extraño mucho. Me jode su ausencia física. Pero no hay una sola vivencia que recuerde que no me arranque una sonrisa. Era una máquina militando, no paraba nunca; pero fundamentalmente era un tipo sensible. No te iba a dejar solo nunca, siempre te iba a abrir los brazos. Tenemos que parecemos a Carlitos y militar mucho para cambiar este sistema perverso que no sólo es malo en salud, sino en todo. Como dice León Gieco, en homenaje a vos, Carlitos, te “vamos a cubrir con lucha, más que con flores”.

Pablo Micheli
secretario general de ATE

Un llamado

A veces se cree que el tiempo de la vida no alcanza para hacer y decir todo lo que uno quiere. Quizás, objetivamente no alcance, pero en determinados casos particulares por más que queden asuntos pendientes o citas en la agenda que no se van a poder cumplir uno se queda como “satisfecho”.

Al momento del paradójico accidente, mi papá tenía 49 años, mi mamá 45. Mis hermanos, Victoria 25, Carlos 22, Federico 16 y yo 11. Fallece víctima del sistema al cual combatía.

En alguna ocasión he discutido con mi madre, el hecho de que para mí, mi papá no murió realmente. Realizando, estos últimos meses, una investigación al interior del hogar para seleccionar fotografías, artículos; insospechadamente, lo he corroborado: leyendo en sus fotos una realidad que persiste, sintiendo la hipocresía de los funcionarios con los cuáles él se topaba en algún estudio de televisión y que aún hoy siguen haciendo “política”, visualizando en sus discursos la situación actual de nuestro país.

El desafío más grande para un militante es dejar instalado un mensaje, pensamiento o ideología sostenido desde la más coherente convicción, lejos de los discursos vacíos que seducen con palabras huecas y promueven una nada sin sentido. Creo que el desafío está ganado. Otro país es posible. El mensaje fue claro y está vigente más que nunca, aunque quieran convencernos de lo contrario; si por casualidad alguno duda o flaquea, hay testimonios, fotos en los rincones más olvidados del país, videos y documentos que dan cuenta de que la lucha empezó hace rato ya y definitivamente, ha valido la pena. Sus discursos se siguen citando, sus fotografías siguen siendo testigos de la injusticia, y sus actitudes se siguen persiguiendo en los cuadros políticos. Por ello, la idea de este homenaje no es recordar su muerte, sino su vida y la vigencia que aún conlleva su lucha.

Me admira saber que era capaz de tener al día todas las estadísticas, las cifras y sin por ello olvidar el nombre de una enfermera en Taco Pozo o de un agente sanitario en Tartagal; ser dirigente nacional de ATE y seguir recorriendo personalmente cada pueblo con sus respectivos centros de “salud”; empezar hablando de un hospital y terminar hablando del orden político nacional o del sistema mundial.

La parálisis en la que nos dejó el tema, comienza a aflojarse, reconfortándonos la vigencia de sus palabras. Distinto sería este reconocimiento si la coyuntura hubiera cambiado. Quizás el homenaje podría consistir en añorar vacaciones familiares, que sus amigos nos cuenten cómo era, qué hacía... pero lamentablemente, el pueblo sigue sumido en la pobreza y la salud está en cualquier parte menos en los pueblos Latinoamericanos. Creo, más que al llanto, este homenaje es un llamado: a dar pelea.

Agustina Cassinelli

Presentación

Creemos que este es el libro que a Carlos Cassinelli le hubiera gustado publicar. Su pensamiento, sus ponencias, charlas, discursos, artículos periodísticos, desnudan la batalla que dió. Sus fotografías (premiadas algunas) revelan su ojo crítico, su percepción y la capacidad de expresarse con un clic.

Charlas en los hospitales, ponencias en universidades, cursos en las salitas de barrio, notas en periódicos y revistas, reportajes, textos inéditos, viejas recopilaciones de una lucha por la salud de todos los argentinos y los derechos del trabajador de la Salud.

Lo que su cámara registró: paisajes que impresionan, flores, el trabajo, realidades crueles, el abandono y la belleza. La sensibilidad para ver.

Apuntes sobre Carlitos: sus berretines, su vida y su obra, el café, la Coca y los cigarrillos negros. El peronismo y Ramón Carrillo, el alma de bombista y su cargadísima agenda. Anécdotas, recuerdos y secretos.

Las frases. Las que solía decir y las que le gustó escuchar. Las que anotamos y las que él anotó en su agenda negra. Una síntesis de lo que pensaba.

Así armamos este libro junto a su familia como homenaje. Como una excusa para tenerlo presente. Como un rebusque para no extrañarlo tanto. Su lucha, la nuestra y la que sigue diez años después. Un reconocimiento de las organizaciones a las que perteneció, de los compañeros que militaron con él y, en especial, de los que lo seguimos queriendo.

Darío Fuentes y Marcelo Paredes





Vida, luchas y pasiones

Carlos Eugenio Cassinelli nació en Buenos Aires el 7 de junio de 1948. Fue hijo único de Amelia Codecá y Carlos Cassinelli.

A fines de 1965 se recibe de Maestro Normal Nacional en la escuela Normal Superior N° 2 "Mariano Acosta" en el barrio de Once.

En la Universidad del Salvador cursa la carrera de Licenciado en Sociología recibiendo el título en 1969.

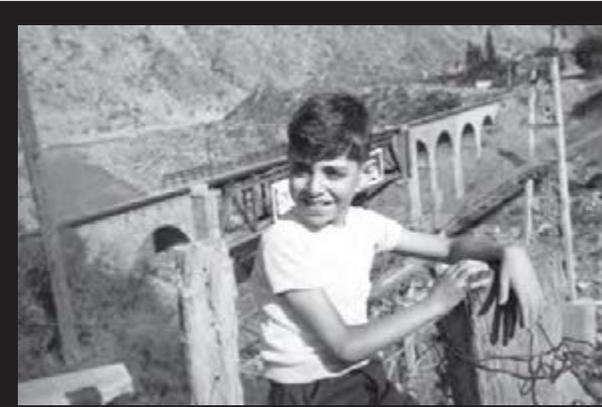
Paralelamente se desempeña como maestro en diversas escuelas de Capital Federal y la provincia de San Luis. Realiza también tareas como maestro nivelador, alfabetizador y profesor universitario en la carrera de Relaciones Públicas del Instituto de Ciencias de la Empresa.

Se casa por primera vez en 1970 y nace María Victoria, su primera hija, el 12 de noviembre de 1971.

Desde el año 1969 hasta 1974 desarrolla tareas en la Secretaría de Salud Pública y en el Servicio de Coordinación Sanitaria del Ministerio de Bienestar Social. Se recibe de Técnico en Organización y Método en la Escuela de Investigación Operativa del Ministerio de Defensa. Ambos conceptos lo acompañarían obsesivamente el resto de su vida.

En 1974 nace su segundo hijo: Carlos Eugenio y dos años después se separa de su primera esposa. Se une a su vida Nora Rodríguez con quien contrae matrimonio en 1989, siendo uno de sus testigos, Germán Abdala, admirado compañero y amigo.

En 1976 ingresa al CE.NA.RE.SO. (Centro Nacional de Rehabilitación Social) desempeñando tareas de coordinador del Equipo Profesional Interdisciplinario, de grupo de adolescentes y de orientación para las familias. Fue, a su vez, miembro del Equipo Docente Institucional, Subjefe del Programa Integral de Internación para Adolescentes y activo realizador de trabajos de investigación y estadística.





Nace su tercer hijo el 31 de octubre de 1980: Federico Martín.

Como trabajador del Estado se afilia a ATE y es elegido delegado del CE.NA.RE.SO. Comienza su actividad sindical a principios de los ochenta cuando los militares todavía prohibían ejercerla y Horvath dirigía los destinos del gremio. En el segundo Plenario de Delegados de Capital al que asiste escucha a Víctor De Gennaro y a Germán Abdala. A la salida conversa con ellos y a la semana era de ANUSATE, cumpliendo un rol destacado en la organización y conformación nacional de la Lista Verde .

Nace María Agustina, cuarta y última hija, el 24 de abril de 1986. Elige como padrino de bautismo a Víctor De Gennaro, por entonces Secretario General de ATE, por las mismas razones que antes había elegido a German: compañeros del alma.



En su militancia sindical en ATE se desempeñó como Secretario Gremial (1984-1987) y Secretario Adjunto (1987-1991) en la seccional Buenos Aires ocupando interinamente la Secretaría General durante la enfermedad de Germán. En el Consejo Directivo Nacional fue Secretario Administrativo (1991-1995) y Secretario General de la Rama Nacional de Salud Pública desde 1993. Representando a ATE ocupó cargo ejecutivo y fue electo Secretario de Organización y Finanzas de la Coordinadora Latinoamericana de Servidores Públicos (CLASEP) entre 1991 y el 2000. Fue también representante para el Cono Sur de la COSLASS (Comisión Sindical Latinoamericana de Salud y Seguridad Social) y Comisionado Latinoamericano de Funcionarios Públicos de la Comisión Latinoamericana para los Derechos Humanos y Libertades de los Trabajadores y Pueblos (CLADEHLT). Siempre con la camiseta de ATE puesta.

Dentro de sus múltiples actividades participó como panelista, expositor y disertante en universidades, organizaciones sindicales, sociedades de fomento, asociaciones vecinales y centros de salud. Formó parte de congresos, foros y simposios en hospitales, centros de profesionales y sociedades científicas tanto nacionales como internacionales.

Su labor fue la organización y la lucha por los derechos de los trabajadores de la Salud en particular y del Estado en general. Su sueño: una revolución sanitaria como la que hubo alguna vez. Su actitud militante fue la de avanzar ineludiblemente ante cualquier obstáculo o funcionario que se le presentara. Caminando, recorriendo siempre hospitales, salitas, neuropsiquiátricos, salas de parto y centros de salud.



Su estrategia era la seducción por el afecto. El saber preguntar y, sobre todo, escuchar. El puente de la amistad siempre tendido y el cariño, arriba de la mesa. Como su agenda. Su táctica fue conocer la realidad de la salud en todo el país visitando todos los rincones para empaparse de las reales condiciones de atención de los pacientes y las condiciones de trabajo de los laborantes. Sus compañeros.

Polémico y perseverante enfrentó a directivos, ministros y gobernantes por sus negligencias e irresponsabilidades en sus despachos, en la televisión o tocándoles el bombo en la puerta. Defendió el Hospital Público y atacó el de autogestión. Citó a Perón y a Carrillo de memoria. Fundamentó cada uno de sus argumentos con cifras y estadísticas.

Reveló la miseria, el dolor, el desamparo y la muerte con su propia cámara fotográfica.

Hincha de Boca, fanático de la Coca Cola y el Nesquik, fumador de negros Parisiennes acompañados de una café «X 14». Amante de Pink Floyd, las películas de acción los domingos por la mañana y los partidos de ping pong contra el que sea.

Afectuoso, posesivo, peronista, porfiado, mal perdedor, algo obsesivo, con sentido del humor y gestos de complicidad. Perseguidor, detallista, a veces hinchapelotas.

El 10 de octubre de 1997 viaja por la mañana hacia la ciudad de Posadas, provincia de Misiones, para acompañar a los trabajadores de la salud que mantenían un conflicto laboral. Previsto su regreso a Buenos Aires para el día 11, logra adelantar su regreso para la noche del viernes 10. Producto de la negligencia de la empresa aérea Austral en el mantenimiento de sus aeronaves, el vuelo en el que viajaba cae en la localidad de Fray Bentos (Uruguay) a las 22.10 horas. En el accidente no hay sobrevivientes.

Fallece como víctima de un sistema que, como denunciaba él, permanentemente trata de imponer la idea de que “lo que nos pasa, nos pasa porque es inevitable”. Un sistema que no cumple con las normas y reglamentaciones vigentes para volar por priorizar las ganancias sobre la seguridad e integridad de las personas. Un sistema al que siempre combatió.

Afiliado, delegado, dirigente, compañero, amigo, cuadrado, luchador, militante, tipo formado, buen orador y mejor fotógrafo. Cassinelli. Carlos. Carlitos.



HOSPITAL BASE SANTA VICTORIA ESTE

"frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades son unas pobres causas".-

Dr: Ramón Carrillo,



Recuperar el hospital público

Al inaugurar el Primer Congreso de Medicina del Trabajo en el año 1948, el general Juan Domingo Perón definió un concepto fundamental para entender de qué trata la salud. En esa oportunidad dijo: «Ganar un salario justo, vestir dignamente, descansar adecuadamente, divertirse honestamente y tener una vivienda alegre y cómoda, son todos elementos fundamentales de una buena salud».

Este concepto, que como tantos otros pronunciados por Perón marcó rumbos, tuvo su correlato exacto en quien fuera su ministro de Salud, el doctor Ramón Carrillo, que tomó y extendió el concepto de la Salud Pública definiéndola como «el estado de bienestar colectivo, el estado en donde el hombre alcanza el bienestar físico, el bienestar mental y el bienestar social, esto es: condiciones de vida dignas».

Hoy, después de casi cuarenta años de políticas que le dieron la espalda al pueblo, nos encontramos con un país donde se ha profundizado la dependencia, que tiene dos millones y medio de desocupados y subocupados, con un déficit de viviendas de dos millones y medio de unidades, con hambre, con fábricas cerradas, con nueve millones de personas en estado de extrema pobreza (con sus necesidades básicas insatisfechas) y con el deterioro del Hospital Público. Esta situación tiene un saldo incontrastable: el pueblo no goza de buena salud.

El problema de la salud no pasa por un médico determinado, tampoco por un medicamento o por un aparato más o menos, la salud y su resolución pasan por la estructura social en donde la población está inserta, en donde el pueblo crece y construye. Y en nuestro país existe una estructura social injusta que permite que el 10% de la población de mayor nivel socioeconómico se quede con alrededor del 45% del ingreso nacional y que el 40% de la población de

menores recursos se quede apenas con el 10%. Además, los trabajadores, que en 1950 participábamos con el 51% del Producto Bruto Interno, hoy recibimos apenas un poco más del 20%.

Esto ocurre porque hace muchos años que no se construye con el pueblo, que se piensa en un país chico, en un país para minorías, donde se enajenó el patrimonio nacional, donde se quebró el sistema productivo y se alentó la especulación, un país donde muchos trabajan para pocos. Y a este tipo de país no le interesan ni la salud popular ni el Hospital Público. Porque justamente la salud popular y el Hospital Público tienen un destinatario muy claro que es el pueblo, incluyendo en su conjunto a los desocupados y los humildes; aquellos a los que el sistema injusto pretende marginar y que constituyen una gran mayoría del pueblo.

Una mayoría que sufre a un país en el que vuelve a existir la tuberculosis (erradicada por Ramón Carrillo en 1954), donde aumenta el Mal de Chagas, donde mueren chicos de tos convulsa. Un país donde crece el índice de cesáreas, donde no hay un programa materno-infantil, donde muere un niño cada veinte minutos por causas evitables. Un país donde se importan las vacunas porque es negocio, un país donde se ha destruido la industria nacional del medicamento y donde no se controla la tecnología que se importa. Un país donde se ha solidificado un modelo médico empresarial, con una práctica individual y biológica.

Esta situación actualiza permanentemente el tema de salud-enfermedad: en la medida en que no transformemos este sistema injusto, no se va a transformar este binomio que hoy se inclina favorablemente por la enfermedad y no por la salud. Porque no es lo mismo esta ecuación en una Argentina colonial y dependiente que en una Argentina liberada. Estamos convencidos de que en el marco de la injusticia social y la dependencia, la salud popular es invia-

ble. La salud deviene de un proceso histórico y de una situación social. Como expresa Floreal Ferrara «No son las causas individuales las que generan o provocan un estado de salud, son las situaciones sociales injustas las que lo provocan y en la medida en que el pueblo no participe no se va a resolver». Solamente se resuelve en el marco de la lucha por la justicia social y por la liberación nacional que son el síntoma de un pueblo que se rebela frente a la opresión que padeció durante mucho tiempo.

Alguna vez, hace mucho tiempo, y durante unos cuantos años el Estado garantizó el derecho a la salud, y el pueblo dejó de estar enfermo para estar sano. El Estado debe volver a cumplir con las funciones de dirigir, supervisar, controlar el Sistema de Salud y conducir las políticas globales de Salud.

Debemos exigir que se garantice la participación de la comunidad y los trabajadores del área, a través de sus organizaciones sindicales en la definición, la organización y planificación de la salud pública. Es absolutamente necesaria esa participación, así como es necesario que se vuelvan a formar y capacitar recursos humanos en salud acordes con un proyecto liberador. Es el Estado el que debe contener a los trabajadores de la salud que hoy día están absolutamente desprotegidos, especialmente en enfermería, el sector más vulnerable del equipo de salud, con cerca del 50% de personal empírico en el ámbito nacional.

Este panorama de múltiples enfermedades y riesgos a los que se expone el personal de enfermería y de salud en general se ve agravado con la aparición de pacientes con SIDA y con la falta de difusión sobre las formas de prevención para el trato con dichos pacientes.

Una política nacional y popular deberá recuperar y rehabilitar socialmente al Hospital Público, dando participación a los trabaja-

dores y a la comunidad. Y como parte de esta recuperación, devolverle al trabajador de la salud salarios y condiciones dignas de trabajo, capacitación adecuada y todo lo que permita poner al hospital público al servicio del pueblo. Porque sabemos que será imposible recuperar el Hospital y la Salud Pública, si primero no recuperamos a los trabajadores de la salud.

La crisis nos preocupa pero no nos asusta. Estamos dentro de ella como el que más. Sabemos que este problema mayúsculo no es económico sino político y por lo tanto confiamos que desde el peronismo, como expresión que legitima las necesidades y aspiraciones populares, se construirán las políticas adecuadas para que el pueblo reciba la salud que se merece y que tiene derecho de volver a gozar.

Escrito por Carlos Cassinelli y publicado en el Suplemento Informe de la revista CRISIS 8 de setiembre de 1989.



Ana Biessi: amiga y compañera del CE.NA.RE.SO

¿Cómo conociste a Carlos?

A Carlos lo conocí cuando ingresé al CE.NA.RE.SO. Si bien trabajábamos en servicios diferentes, por tener profesiones afines compartíamos muchos espacios y solíamos hacer guardias juntos. Y fue en esos espacios compartidos en los que empezamos a pensar en la necesidad de luchar como trabajadores por nuestros derechos, nuestras reivindicaciones y nuestra dignidad.

¿Y se afiliaron a ATE?

Sí, y empezamos a hacer trabajo de hormiga con todos nuestros compañeros; fueron ellos los que decidieron cristalizar nuestra organización gremial a través de un Cuerpo de Delegados. Así se convocó a elecciones internas de la Comisión de Delegados y nuestra lista integrada, entre otros compañeros, por Carlos y por mí, fue la que ganó la elección. Corrían los años 81/82. Organizamos asambleas internas semanales en las que surgían aspectos reivindicativos referidos a las condiciones de trabajo y donde debatíamos qué institución, qué sistema de salud queríamos. Asambleas que eran de los trabajadores y a las que nunca se acercó ningún integrante de la conducción del gremio por aquellos años. Más del 90% de nuestros compañeros pidieron su afiliación a ATE.

¿Cómo se conectan con ANUSATE?

Fue en la segunda Asamblea General de Delegados que se hizo en ATE Capital. Jamás voy a olvidar esas asambleas convocadas por Horvarth... De la primera salimos bastante asustados con Carlos por el autoritarismo, la falta de debate, la bajada de línea y el freno prepotente a la actitud participativa de los delegados por parte de aquella conducción. Recuerdo que con Carlos nos preguntábamos: "¿dónde nos metimos"? En la segunda, después de volver a vivir lo mismo que en la primera, casi al dar por finalizada la asamblea, irrumpió con la palabra un delegado que nos asombró por su convicción, su claridad. Al terminar de hablar, tomó la palabra otro que nos emocionó por su fuerza, su cuestionamiento a las

estructuras, su seguridad, su sentimiento. Eran Víctor De Gennaro y Germán Abdala. Y fue al finalizar esa asamblea que nos acercamos a ellos para decirles que acordábamos con todo lo que habían expresado y ahí mismo organizamos una reunión. A la semana ya militábamos en ANUSATE.

¿Y cómo siguió la historia ?

Por un lado la construcción de la agrupación en Capital con vistas a las elecciones. Carlos jugó un papel muy importante en ese sentido. Y por otro, comenzamos a inventar distintas formas de lucha por reclamos al CE.NA.RE.SO. Realizamos dos Marchas del Silencio hasta Plaza de Mayo por la recuperación salarial. Enfilados, compañero tras compañero, con carteles sándwiches en la primera y vestidos de luto en la segunda.

Hicimos cortes de avenidas y calles, junto a otros organismos de Salud, por mejoras salariales. Paros en nuestra institución por reivindicaciones laborales y una tercera Marcha de silencio con paraguas abiertos por la dignificación de nuestro trabajo. Y toda esta lucha atravesada con el compromiso, la actitud militante, la mística, la alegría, las chorceadas, la formación gremial, las reuniones, las asambleas de delegados, las pintadas, las corridas con todos los compañeros que ya éramos **ANUSATE**. Así recuperamos el gremio el 6 de noviembre de 1984. Carlos pasó a integrar la Comisión Directiva de ATE Capital y desde allí siguió siendo parte de cada manifestación y de cada acto organizados en el CE.NA.RE.SO. Fue "el compañero" de trabajo y de militancia, el delegado comprometido, el que podía meterse en la piel de un enfermero, un administrativo, un compañero de mantenimiento, un profesional, un técnico; el amigo solidario y afectuoso.

¿Qué recordas siempre de él?

Tengo ganas de recordar su alegría, sus gestos, sus ojos llenos de picardía, su ingeniosa comicidad... que todavía me hacen sonreír. Apesar del dolor y la bronca que sigo sintiendo porque, tanto él como Germán, ya no están más entre nosotros.



COMITÉ DE DEFENSA

Sigamos existiendo
Siga existiendo

DE DEFENSA



Condiciones y medio ambiente de trabajo en Salud

Desde hace unos años, el trabajo sufre todas las inclemencias de un modelo en donde el acto de trabajar y sobre todo el trabajador ya no importan como antes. El trabajador ha pasado a ser todo él una variable del ajuste, con distintos nombres, con distintas formas, pero de lo que sí no tenemos duda es de la pérdida de la entidad de lo que significa el trabajo. Esto que en la Argentina alguna vez representó uno de los valores más altos.

Alguien dijo que la dignidad más alta era el trabajo. Hoy el trabajo ha pasado a convertirse en un mero acto de sobrevivencia, es decir, el que tiene un trabajo, a veces, tiene derecho a la sobrevivencia y el que no lo tiene lo ha perdido. Sobrevivencia que no lo potencia, sobrevivencia que no le permite el desarrollo de todo su potencial, de toda su creatividad porque se convierte simplemente en el acto que le permite ganar sólo lo suficiente como para llegar a fin de mes.

El trabajo está mediatizado por otro tipo de cuestiones. Un modelo que desprotege la salud de la gente, así como la del trabajador de Salud y su trabajo, precariza la vida misma.

Si en la Argentina lo que se está discutiendo jurídicamente hoy es un nuevo régimen de trabajo, que sostiene que el patrón puede disponer las nuevas relaciones de trabajo de la forma que él lo crea conveniente en aras de una supuesta productividad, lo que nos están diciendo es que el patrón se convierte no solamente en el dueño del patrimonio de bienes, sino en un dueño total y absoluto; tiene todo lo que hay dentro de un sector de trabajo, incluyendo a sus trabajadores.

Todo esto atraviesa el sistema laboral en la Argentina. Por eso más allá de las consecuencias objetivas que provoca: el desempleo, la

subocupación, la precarización, el trabajo en negro y el cuentapropismo, esto tiene una incidencia muy grande en la psiquis del trabajador. ¿En qué marco puede consolidarse el acto de trabajar si el trabajador no sabe en qué condiciones lo va a realizar, no sabe cuánto tiempo va a permanecer en ese empleo? Eso va minando la capacidad interna de cada individuo. Hoy se escriben libros sobre la situación psico-social del trabajador. Porque el que está desocupado, no tiene trabajo hoy y no sabe si lo va a tener mañana. Y el que está ocupado, exactamente lo mismo: tiene trabajo hoy pero no sabe si lo va a tener mañana.

A pesar de todo lo que se hace desde este nuevo modelo que se intenta implementar, el sindicato sigue siendo la mejor herramienta para los trabajadores. Hasta ahora no se ha descubierto nada mejor, en lo conceptual. Es decir, el sindicato sigue siendo la mejor organización que tienen los trabajadores para aglutinarse, para conseguir objetivos que los reivindiquen como clase y porque además es la organización que mejor puede defender sus intereses. Es una organización de los trabajadores, para los trabajadores.

En estos últimos años, también esto se ha distorsionado. Hoy esta definición no incluye a todo el modelo sindical, porque también el sindicalismo tiene sus dos modelos. El modelo del sistema, que es un sindicalismo al que nosotros vemos de neto corte empresarial porque ha desnaturalizado su origen y ha olvidado su verdadera raíz. Es decir, ha dejado de representar a los trabajadores para pasar a representar al poder de turno. El poder de turno no tiene nombre y apellido, el poder de turno es el poder que se ejerce en un momento determinado. Puede ser un gobierno, puede ser un grupo económico, puede ser un patrón determinado. Pero cualquiera

de estas formas significa que no es aquel al que tiene que responder el sindicato, que son, obviamente, sus trabajadores.

Pero en contraposición a este modelo con sus múltiples variantes, matices, que muchas veces se enmascara en determinadas consignas, pero que a la hora de definir, define pro-patrón, se encuentra otro modelo que reivindica e intenta recuperar para el conjunto la verdadera raíz del sindicalismo que son los trabajadores, sobre todo los trabajadores que los han elegido. Es decir, en estos dos modelos se plasma una lucha que se extiende a otras áreas; al área política, al área económica.

El sindicalismo tiene hoy una crisis de representatividad. Pero para nosotros, el Sindicato, sigue siendo la mejor herramienta. Sigue necesitando de los trabajadores como los trabajadores de su sindicato, aunque hoy necesita un techo un poco más alto y no meramente reivindicativo, porque lo netamente reivindicativo no tiene demasiado margen en el marco de esta crisis. Por ejemplo, una parte significativa de nuestra lucha es para que se cumplan los términos de la Ley de Higiene y Seguridad, pero nosotros sabemos que esto no se dará mágicamente, sino que tiene que ver con la acumulación de fuerzas en la sociedad.

En este país hay muchas leyes y algunas bastantes buenas, como la Ley de Higiene y Seguridad. El tema es que no se cumplen. Y no se cumplen, porque al poder de turno no le interesa. Porque se ve más como un gasto que como una inversión. Es decir, la salud de los trabajadores y el trabajador mismo, no son vistos como una inversión sino como un gasto. Lo mismo sucede con la educación donde importantes entidades de formación, de capacitación y de

contención están totalmente vituperadas, descalificadas, minimizadas.

Para nosotros no hay ninguna duda en cuanto a la importancia del sindicato y al rol que el sindicato debe ocupar en una sociedad. Y frente a ello, tenemos una estrategia de crecimiento y de consolidación que es reiterar permanentemente cuál es nuestro objetivo y cuáles son nuestras raíces.

El compromiso de ATE es proteger la salud y el trabajo porque en realidad ambas cosas sostienen la dignidad de la gente.

Escrito por Carlos Cassinelli como introducción a la publicación «Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en Salud» (primera parte) de Susana Pereyra. Rama Nacional de Salud Pública. ATE





Coca Cola

Para algunos, una debilidad imperialista. Para otros, una obsesión típica de Cassinelli. La cuestión es que la Coca Cola era un asunto serio en su vida. Este «documento histórico» demuestra hasta dónde Carlos, con la complicidad de su familia, llevaba la pelea cuando algo no le gustaba. Al tiempo de ser escrito, el famoso envase de vidrio volvió a aparecer. Según sus hijos: “Papá se anotó esa batalla como ganada”.

Buenos Aires, 12 de agosto de 1996.

Sr. Presidente de
Coca Cola Argentina S.A.
PRESENTE

Me dirijo a usted en mi calidad de consuetudinario y pertinaz consumidor de Coca Cola, desde que tengo memoria (hoy 48 años), para transmitirle en nombre de mi familia una mezcla de queja y preocupación.

Desde siempre la mejor fue la “mediana”: la cantidad justa y el envase de vidrio que no altera su sabor. Por razones económicas (mucho consumo diario) a nuestra familia nos resultó imposible consumirla en esa medida. Por eso lo hacíamos con la de litro.

Y nos iba bien. Cada día mejor.

Hasta que por marketing, tecnología, costos o vaya a saber por qué, decidieron invadir todo a través de la lata, el plástico o el aumento de la cantidad.

El resultado, a nuestro modesto entender, es deplorable: cambió la efervescencia y la textura de su sabor. Sólo conseguimos el envase de litro y medio y, por consiguiente, sólo el primer vaso o, a lo sumo, el segundo es tomable.

Recientemente vimos la promoción de la nueva versión de litro pero, como es de plástico, no nos pusimos contentos. Ya sabemos que a lo sumo disfrutaremos de tres vasos (por supuesto los primeros).

El objetivo de la presente es solamente transmitirle nuestro pesar por estar perdiendo ese disfrute permanente que es saborear en cualquier momento una Coca, sabiendo que no sólo refresca mejor, sino que era única y la mejor.

Nos despedimos de usted, agradeciendo la atención dispensada y deseando que pueda dedicar algunos minutos a reflexionar sobre la presente.

Carlos, María Victoria, Carlos Eugenio, Federico Martín y María Agustina Cassinelli.

El “X 14”

Cassinelli era selectivo y exigente en sus gustos. El café, sin ir más lejos, debía hacerse de una determinada manera según le había explicado oportunamente a Juan Carlos Marqués, el «Gallego» del bar de ATE. Es decir, el de él era un café especial, según su punto de vista, y como tal debía ser bautizado. El nombre que eligió fue “X 14” y así se lo pedía al «Gaita».

Pero ese nombre tiene una historia detrás que pocos conocen. “X 14” era un empleado del Consejo Directivo Nacional en los tiempos de Horvath y locuaz confidente de De Gennaro y de Carlitos. Sólo hablaba con ellos. La gestión de este compañero fue imprescindible y muy valiosa en los tiempos en que ANUSATE pretendía recuperar el gremio para los afiliados. Tras las elecciones de 1984, “X14” siguió cumpliendo sus funciones con las nuevas autoridades pero su nombre nunca se dio a conocer.

Carlos, celoso guardián de la identidad del “agente secreto”, le rendía diariamente un merecido homenaje. Eso sí, cuando un compañero se sentaba en su oficina para tomarse un cafecito, pedía para él un “X14” y para su invitado, un “X 15”. Es decir, lo máximo.





Organizar la esperanza y transformarla en poder

El gremio de los trabajadores estatales tiene mucho que decirle al equipo de salud. En realidad, que la salud sea un “derecho” deviene de una concepción política, y ésto no siempre es así. En nuestro país, este derecho tuvo un tratamiento muy especial en la Constitución de 1949, la que no ha sido derogada en términos legales, pero sí de hecho. La Constitución de 1853, que nos rige actualmente, también consagra este derecho, ratificado en diferentes eventos internacionales.

El 19 de diciembre de 1966 se firma el llamado Pacto de Nueva York, que obliga a las partes a brindar a la población la salud como un derecho y a garantizar el mejor estado de salud física y mental. La Argentina tardó 20 años hasta hacerlo ley en el año 1986, pero como toda ley, sólo se practica si existe la voluntad o la decisión política de hacerlo. Además nunca fue reglamentada, cuestión que tampoco define su ejecución, y obliga en su texto a un protagonismo del Estado para garantizar la salud de la población. En este sentido, el Estado ha relegado y regalado este protagonismo, es así que podemos afirmar que la salud fue un derecho e intentaremos explicarlo.

Estado y Salud

Hoy la salud no puede ser analizada solamente desde el Sector Salud, porque es la resultante de una situación que la contiene o la debería contener, que es el modelo socioeconómico y político en el que se desarrolla. La salud es dependiente de ese modelo y no tiene que ver con el Estado en sí mismo sino con las políticas que los gobiernos hacen que el Estado ejecute. El Estado de 1950 no es el mismo que el de 1991, las políticas son diametralmente opuestas. En 1950 se produjo la verdadera revolución sanitaria, la salud era un bien social al alcance de todos y podríamos decir que exportá-

bamos salud. Hay por lo menos dos ejemplos en este sentido, uno es la exportación de vacunas y el otro es la exportación de técnicas para erradicar el paludismo en Italia.

Sin embargo hoy, el Hospital Público se encuentra al borde de la inanición, y no en sentido figurado sino en sentido concreto, debido a la falta de insumos, tecnología, recursos humanos, etc. También las Obras Sociales se encuentran quebradas económica y financieramente, con corte de servicios y con una desnaturalización del sentido solidario que les dio origen, debido a su entrega a los prestadores privados.

La salud está enferma y esto no se explica solamente desde el Hospital Público, el Centro de Salud o las Obras Sociales; debemos explicarlo desde un modelo de país que no contiene a los 32 millones de argentinos. Esta realidad puede ser expresada en cifras:

- 1 de cada 3 argentinos en condiciones de trabajar, no tiene trabajo.
- 15 millones de argentinos tienen problemas de vivienda (no de rotura de caños sino de falta de vivienda o de vivienda inadecuada).
- El 10% de la población de más altos ingresos concentra el 35% del producto bruto nacional.
- El 20% de la población de más bajos ingresos concentra el 4,8 del ingreso nacional.
- Los asalariados participan de un 20% de la renta nacional.
- El promedio del salario estatal cubre el 15% de la canasta familiar.
- El consumo de leche bajó de 95 litros/ habitantes/año en 1953 a 45 litros en el año 1987.

Estos indicadores socioeconómicos tienen por supuesto su correlato en los indicadores sanitarios y es así que:

- 3 argentinos mueren por día por tuberculosis.

- El paludismo, la tos convulsa y el sarampión matan gente.
 - Debemos pedir prestadas vacunas cuyo valor es de 15 centavos de dólar y que el Instituto Malbrán no puede producir porque ha sido desmantelado.
 - El 75% de las muertes entre 0 y 28 días se dan por razones evitables y demuestran la verdadera corrupción del sistema, ya que no estamos hablando de un funcionario que se queda con el vuelto sino de muertes infantiles que si este país fuera otro, no se hubieran producido.
- Frente a esta realidad contundente se hace imprescindible intentar una propuesta alternativa.

Los sectores populares

Los sectores populares no nos hemos podido recuperar de la derrota que nos inflingieron y hasta que no la podamos asumir no vamos a poder superarla.

El ejemplo más palpable son las últimas elecciones, los sectores populares a pesar de ser muchos, con discursos progresistas, con diferencias pero sin cuestiones que no puedan ubicarnos del mismo lado del mostrador o de la misma vereda, no hemos podido superar la derrota, mientras nosotros privilegiamos las diferencias el negocio lo hacen otros. El tema es cómo, desde este lado, se puede articular una alternativa diferente, nos está haciendo falta una estrategia de poder que entre otras cosas incluya y contenga las propuestas de salud. El común de la gente está quedando afuera de toda alternativa de salud popular, el negocio de la enfermedad se ha instalado en nuestro país y los sectores populares siguen bancando la mayor parte de los 6.000 millones de dólares anuales que se gastan en salud. El último reducto de la salud popular, el Hospital Público, está siendo arancelado.

Hoy, en un hospital municipal de la Ciudad de Buenos Aires, una ecografía renal cuesta 357.000 australes y sólo se la puede realizar el paciente que paga.

ATE está parado frente a esta situación desde hace bastante tiempo, un poco solos es verdad, pero aspiramos a ser muchos más desde ahora. Hemos luchado permanentemente con denuncias y campañas reivindicativas, tratando de incluir a la comunidad en los conflictos gremiales.

El conflicto gremial en sí mismo hoy no tiene demasiada alternativa, porque las salidas no son gremiales sino políticas y además no se resuelven los conflictos gremiales si no tienen a la comunidad adentro.

Nosotros estamos en una ofensiva hacia la comunidad, mostrando que hay que defender esas cosas de las que el sistema intenta apropiarse, pero son de todos; el hospital es una de ellas.

El arancelamiento es uno de los puntos más palpables, y junto con las concesiones y las privatizaciones de lo que hace a la logística hospitalaria, no sólo le van quitando fuerza gremial al hospital sino que desarticulan el equipo de salud. El que limpia es de la empresa tal, el que cocina de la empresa cual y hasta hay propuestas de planteles de enfermería contratados, lo que significa desvirtuar el sentido del Hospital Público y desguasarlo como se ha hecho con las empresas del Estado.

La nueva trampa que nos tiende el sistema se llama «municipalización», que en realidad significa desarticular lo poco que queda de la red sanitaria nacional en lugar de poner esfuerzos, energía y recursos en recuperarla. Esto se hace sobre la base de un discurso mentiroso, el discurso de las privatizaciones. Cuando alguien quiere privatizar una empresa no dice que lo hace para hacer negocio, sino que va a privatizar para mejorar el servicio.

«El objetivo de la organización es: expresar las necesidades de los trabajadores, organizar una fuerza, construir un poder»

A un año de la privatización telefónica, los que no tenían teléfono, siguen sin tenerlo, cada día resulta más difícil comunicarnos y las tarifas se han triplicado.

También en el Hospital Público bajo el pretexto de mejorar la salud se privatizan servicios, pero queda claro que son la voluntad y el compromiso de los trabajadores de la salud quienes hacen, que aunque sea mínimamente, los hospitales funcionen. No hay insumos, no se califican a los recursos humanos, los planteles no son los adecuados a la demanda existente, el medio ambiente de trabajo es inadecuado; sin embargo los trabajadores de la salud resistimos por una cuestión de compromiso social o vocación.

Pero esta situación no puede mantenerse exclusivamente con la voluntad, los trabajadores deben apoyarse en una organización sindical, que hoy es el único paraguas posible para contener la ofensiva del sistema.

ATE, que representa a cerca de 40.000 trabajadores de la salud de todo el país, entiende que esto no se resuelve pidiendo salario exclusivamente, aunque lo vamos a seguir haciendo, sino consolidando una organización sindical que represente legítimamente las necesidades de la gente y además articule políticamente sus propuestas.

Los sectores populares, en algún momento, van a marcar el límite de esta situación. La primera mentira a desmitificar es que la salida que se propone actualmente es la única, cuando en realidad es la peor, y estamos trabajando para eso, para construir una alternativa que muestre que más allá de la frivolidad existen otras. Creemos que la gente no toma el discurso de las privatizaciones, sino que no hay un discurso fuerte distinto del actual y la gente no puede tomar lo que no existe. Sino se tendería a pensar que la gente come vidrio y no es así, saben que no es lo mejor y es res-

ponsabilidad de los dirigentes y entre ellos por supuesto de los dirigentes gremiales, consolidar una propuesta alternativa.

Reflexiones finales

Las experiencias como las que ustedes van a desarrollar en Rosario en las Segundas Jornadas del Equipo de Salud, muestran un camino. Como esta experiencia, hay otras en todo el país que se deben ir enhebrando y si bien son ricas en sí mismas, no deben agotarse en sí mismas dejando conforme sólo a un grupo.

Se cruzan dificultades, obstáculos, discusiones cerradas, se priorizan cosas secundarias, se equivoca el enemigo y se ven fantasmas. Cuando podamos superar todas estas cuestiones, cosa para la que falta poco tiempo, podremos ir juntando a los sectores populares para ir construyendo una alternativa distinta, una alternativa que organice la esperanza y la transforme en poder.

Artículo escrito por Carlos Cassinelli y publicado en la Revista Nivel 1 (Asociación Argentina de Medicina General) Año 1991



El 17 de Octubre: el oficio del orador

Un 17 de mediados del '90 Cassinelli fue invitado a dar un discurso en la Casa Suiza por una agrupación peronista que no quería pasar por alto la fecha. Le preocupaba a Carlos repetir lo tantas veces dicho y andaba por el Consejo Directivo Nacional pidiendo ideas a los más compinches. Un compañero le contó una anécdota familiar y se la regaló con la esperanza de que cambiara esa cara que ponía cuando algo lo obsesionaba. Al otro día, según recuerda Juan González, entonces secretario general de ATE, dijo lo siguiente:

“En el día de ayer un compañero me contó una anécdota familiar que no sólo pinta un cuadro de lo que fue esa gesta, sino que además nos despierta cierta sana envidia de lo que se vivió aquel día. El padre de este compañero, vivía en la calle Senillosa del barrio de Boedo, y justo ese día tuvo que cruzar la avenida La Plata para comprar pan. Al hacerlo vio asombrado que un grupo de personas venía bajando desde el Puente Alsina al grito de ¡Viva Perón! Jamás se olvidó de las mujeres de guardapolvo con esa frase estampada en el pecho con pintura de labios color rojo. Corrió asustado a su casa a contárselo a su hermano mayor, que dormía por la mañana porque trabajaba de motorman en el tranvía por la noche. Lo despertó a los gritos y le contó todo lo que vio: la muchedumbre, los gritos, las mujeres, los obreros y que iban para la Casa de Gobierno según había alcanzado a escuchar de unas vecinas. El motorman lo escuchó medio dormido y al terminar el relato saltó de la cama al grito de ¡Llegó la hora! Se puso la pilcha y se unió a lo que él ya esperaba. Había llegado el momento de liberar al General y fundar el peronismo en el corazón de la gente.

Hasta acá todo muy emotivo pero díganme, compañeros, si no les da un poquito de envidia lo que sintió ese laburante cuando pronunció la frase «llegó la hora». De él dependía ese día como de nosotros dependerá el nuestro. Ojalá venga pronto el momento que lleguemos a sentir lo que sintió él: que llegó la hora para nosotros de transformar este país.

«No hay solución sanitaria sin solución económica y social.»



Yo pertenezco a ATE y estoy convencido por lo que decimos, lo que pensamos y lo que hacemos que, como al trabajador de la anécdota, no nos tomará por sorpresa el día que llegue la hora.»



Jornadas de Enfermería

Hablar de las condiciones de trabajo en enfermería implica un doble desafío. Por un lado, desmenuzar todas las características que tiene un trabajo de tan alto grado social y, por otro, insertar toda esa descripción del trabajo dentro de la realidad del país en que vivimos. Un país que hoy no valora dignamente las condiciones de trabajo, como queda claro en los casos de Teresa Poncio (compañera enfermera del hospital Meléndez que murió de una tuberculosis abierta) y de Beatriz Monge (quien murió por los golpes producidos por un paciente con un brote psicótico en el Hospital Borda).

Nosotros entendemos que estos dos hechos, entre tantos otros, no son casuales, sino que son producto de una política sanitaria para el país diseñadas por dictaduras militares, la doctrina de la seguridad nacional, y últimamente por este proceso neoliberal que intenta convencernos de que estamos mal pero que con la modernización podemos estar mejor.

Debemos analizar el trabajo de enfermería como parte de todo el proceso de involución y de deterioro que vivimos. En 1954 los trabajadores nos quedábamos con el 56% del PBI. Hoy, en 1988, apenas recibimos el 26% de una torta que ahora es más chica. Y precisamente es el Hospital Público el que ha sufrido uno de los mayores deterioros, porque le corresponde atender al 40% de la población que recibe sólo el 10% del ingreso nacional conformado por los desocupados y los humildes, esa parte del pueblo a la que este sistema quiere marginar.

En el último tiempo se instaló en el país un nuevo negocio, el negocio de la enfermedad. La salud deja de ser negocio porque

para los sistemas de medicina prepaga, los aparatos mercantilistas de la medicina y las cadenas de clínicas y sanatorios su negocio es, justamente la enfermedad, de ahí ellos obtienen su riqueza.

Entonces, cuando en todo el mundo desaparece la tuberculosis, aquí vuelve a aparecer; aumenta el Mal de Chagas, aumentan los índices de cesáreas, mueren los chicos por tos convulsa. Se instala un modelo médico que hegemoniza el conocimiento y el poder y al cual, como a los brujos de la tribu, se le depositan la facultad y la posibilidad de salvar a quien está en dificultades con su salud. Frente a este panorama tan sombrío, tan triste, estamos convencidos de que esto se resuelve únicamente en el marco de la lucha por la justicia social y en contra de la dependencia.

Por eso es necesario expresar con claridad qué Estado necesitamos. No un Estado vapuleado, usado en beneficio propio sino un Estado de fuerte raigambre nacional y popular que garantice el derecho a la salud, que financie los recursos necesarios, que supervise las políticas y las conductas que se deben tener en salud.

El rol de la enfermería

“Los enfermeros son los que contribuyen anónimamente y en forma cotidiana en esa abnegada lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte, porque la enfermera es agente de vida y de esperanza” dijo una vez Ramón Carrillo.

El rol de enfermería es calificado, digno, de suma importancia. Pero en los centros de salud, nos damos cuenta de que la enfermera se definió a sí misma como un cadete de lujo: cadete del médico, del hospital, de los pacientes. Limpia, le hace los mandados al mé-

dico, repara elementos de mantenimiento, reemplaza a técnicos de hemoterapia y de laboratorio, ejecuta órdenes. Y ese no es el rol de enfermería.

Entre el 30 y el 40 por ciento del personal de enfermería, no tiene capacitación, y no la tiene porque no conviene. Porque esta es la mejor manera de que la enfermera no pueda pensarse a sí misma, que no pueda elegir lo que ella quiere hacer. Si haciendo un juego de fantasía, la imaginamos y la proyectamos capacitada, con sus elementos de trabajo, con una dotación donde están todas las que tienen que estar, con un horario adecuado y condiciones dignas de trabajo, el problema sería otro: se debería compartir el poder con enfermería y dentro de este sistema que vivimos, no conviene que la enfermera tenga poder, no conviene que tenga conciencia del poder que tiene.

Qué pasaría si el sector de enfermería empezara a vivirse como un equipo con poder real. Hoy están en silencio y no son escuchados porque están instalados en el lugar del sometimiento. Desde allí es desde donde mejor ejecuta órdenes y desde allí es muy difícil que la enfermera se viva integralmente en una institución donde enfrenta el dolor, la enfermedad, la sexualidad, la tristeza, la injusticia social y la injusticia de la muerte.

Porque hay que bancarse ser enfermera de oncología, de pediatría, de terapia intensiva conviviendo con el dolor y con la muerte. Y la cultura social tampoco ayuda, porque la enfermera funciona como la gran depositaria del dolor que nadie puede cargar. Ocupa, sin lugar a dudas, el lugar de madre. Los enfermeros son trabajadores (no servidores públicos) que tie-

nen obligaciones pero también derechos que se vulneran permanentemente. Están en constante contacto con el riesgo, como todo el equipo de salud, pero tiene muchas menos defensas que el resto por no ser cuidados por el sistema. Y la sobrecarga y el sobreesfuerzo de enfermería aparecen por ser insuficiente la dotación de personal y enteramente empírico su conocimiento. Esto le produce una sobrecarga de tensión ya que tiene que soportar sobre sí todas las exigencias del medio. Recibe sobre su cuerpo un sinnúmero de agresiones, que se traducen en cefaleas, sueño intranquilo, dolores en la columna, dolores en las piernas, várices, dermatitis, enfermedades infecciosas, fatiga psíquica, stress y agobio.

Mientras los altos funcionarios hablan de «insumo crítico y fundamental» refiriéndose al rol de los enfermeros, ellos padecen pésimas condiciones de trabajo, bajos salarios y ausencia de capacitación.

La enfermería y el conocimiento

El conocimiento es poder, quien no tiene conocimiento no tiene poder. Y el conocimiento en enfermería es un pedacito del conocimiento del médico que le otorga lo justo y necesario como para que pueda funcionar en estrecha relación. Situación que discrimina, porque el que menos conocimiento tiene es el que está más en contacto con el paciente y más distancia toma el que posee la mejor formación.

En 1977 la Organización Internacional del Trabajo aprobó en Ginebra el convenio 149 que recomienda tomar las medidas necesarias para proporcionar al personal de enfermería condiciones de trabajo, formación y educación adecuadas fomentando la partici-

pación en la planificación y en las decisiones. Once años después no hay noticias de estas medidas en nuestro país, firmante de aquel convenio.

Voy a enumerar una serie de propuestas:

- Definir el rol de enfermería desde los propios enfermeros y no por afuera, rol que le permita tomar decisiones para dejar de ser el auxiliar de todo el mundo.
- Aprobar el convenio 149.
- Instrumentar un lugar donde enfermería pueda hablar, decidir, participar en los niveles de conducción.
- Debe estar representada en los concejos de administración hospitalarios donde se necesita el aporte orgánico de enfermería en la estructura.
- La carrera de enfermería se debe dignificar a través de la estimulación y del reconocimiento hacia adentro del hospital y hacia afuera en el reconocimiento social.
- Debe tener derecho a la capacitación, elementos estructurales, un salario que impida que trabaje más de seis horas por día. Terminar con los turnos rotativos, con el sistema de guardia y con el trabajo extra de cuidar enfermos para poder sobrevivir.
- Enfermería debe tener períodos adecuados de descanso.
- Se necesita revisar y unificar el régimen jubilatorio. No puede

haber en cada provincia un régimen jubilatorio distinto. Se deben estudiar las características del trabajo y de la función de enfermería y en función de esto determinar la edad y los años de servicio.

- El horario de 6 horas de trabajo debe contemplar un período de descanso y deben contar un office. ¿Cómo puede ser que otras profesiones tienen habitaciones de guardia y la enfermera si está parada o sentada lo viva con culpa?
- Enfermería debe tener institucionalmente un espacio de reflexión para poder hablar de la enfermedad y de la muerte.
- Enfermería debe tener exámenes psicofísicos periódicos para que no vuelva a haber casos como los de Teresa Poncio y Beatriz Ponce.
- Estudiar los factores de riesgo y combatirlos, estudiar las enfermedades profesionales. Normalizar la cantidad de pacientes por patología.
- Tiene que haber una vacunación preventiva: no hay que esperar a que se dé la hepatitis viral para luego mendigar vacunas para el personal de salud. Y tiene que proveerse ropa de trabajo en tiempo y en forma.

Es obvio que alcanzar esto dependerá de la capacidad de organización, de unidad y de solidaridad que se tenga hacia adentro de enfermería y hacia afuera de enfermería. Estos problemas lo resuelven todos trabajadores o no se resuelve. Debemos concientizarnos de nuestro derecho a condiciones de vida dignas y organizarnos a través de la sindicalización. Herramienta propicia para organizar y defender los intereses de los trabajadores, que no son sectarios,

que no son solamente de enfermería, que tienen que ver con las características de todos los trabajadores. Y la historia demuestra que conquistan sus reivindicaciones a partir de la organización y de la solidaridad.

Tenemos que darnos esa discusión hacia el interior de nuestros propios sectores de trabajo, tenemos que organizarnos y tenemos que presionar de conjunto.

Represento a la Asociación Trabajadores del Estado, no soy enfermero; he tratado de brindar, de transmitir lo que mis compañeros

enfermeros, trabajadores de la salud me han transmitido. Pertenecí al equipo de salud, he compartido con ellos muchas guardias, he compartido con ellos muchos momentos difíciles en los que la muerte está ahí y no se sabe cómo encararla. De ellos he aprendido, de ellos aprendemos todos.

Enfermería debería tener un lugar distinto del que tiene hoy. Pero eso no se regala, sino que se conquista. Gracias, compañeros.

Ponencia realizada por Carlos Cassinelli en la Mesa sobre Condiciones de Trabajo durante las Jornadas de Enfermería. Año 1988





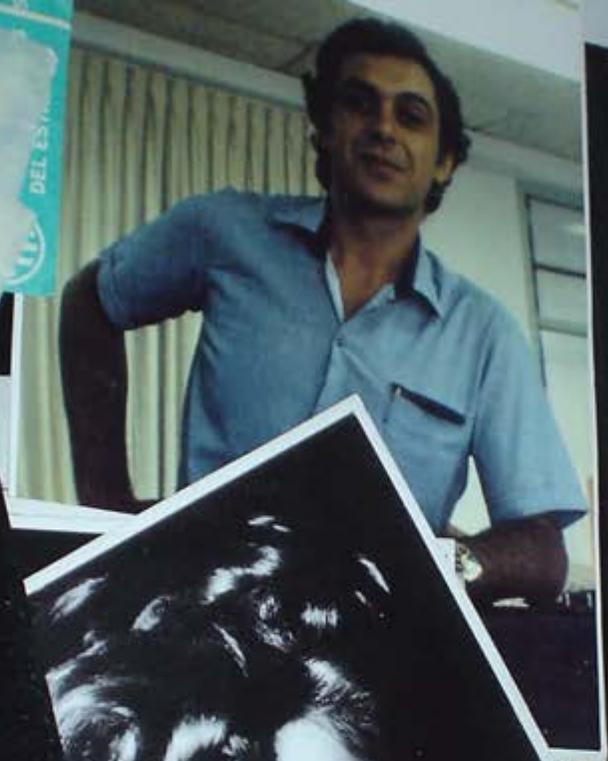
SOY
de
ATE



PINK FLOYD
p·u·l·s·e
Deluxe CD Live Set
Includes A Complete
Performance Of
Dark Side Of
The Moon



DELANTOS DE LA
RECARISMOS DE
DE TODOS





La Salud y Constitución Nacional

Una Constitución tiene como objeto establecer y definir la estructura de un Estado. También determina el modo de adquisición del poder y la forma del ejercicio de ese poder. Y asegura, o debería asegurar, los derechos y garantías de los individuos además de disciplinar los fines socioeconómicos.

Arturo Sampay, convencional Constituyente de la Constitución del 49, dice: «El fin de la Constitución es estructurar a la Comunidad con el fin de realizar la Justicia, concepto equivalente al bienestar general. La valoración que debe hacerse pues de una Constitución debe tender a efectuar justicia y disponer de las estructuras establecidas apropiadas para ello».

En realidad la Constitución debe promover decididamente la construcción de un Estado, pero no de cualquier Estado, sino un Estado garante del bien común, algo también muy vilipendiado. Por lo tanto la Constitución debería consolidar un Estado social de Derecho.

De la Constitución devienen los denominados «derechos sociales» que debieran impregnar la vida cotidiana. Derechos sociales que nosotros entendemos son todos aquellos que aseguran lo cotidiano, la vida de todos los días, aquellos derechos que tendrían que acompañarnos en el presente y asegurarnos el futuro, aquellos derechos que deben garantizarnos la provisión de todos esos elementos básicos, elementales, fundamentales para que nuestro desarrollo y crecimiento sea armónico en lo individual y en lo general. En realidad, para hacerlo más simple, derechos sociales son los que cuidan, los que protegen, los que nos dan esperanza. Y qué mejor que la salud si se habla de cuidar, de proteger o de dar espe-

ranza. Porque en realidad la salud, tal como nosotros la concebimos, es un equilibrio de múltiples factores, delicado y fácil de perder.

Y este equilibrio, excede mucho a lo individual y es más, excede esa visión de la salud que solamente la entiende como ausencia de enfermedad. Cada vez más, la salud se relaciona con la educación, con el trabajo, con el salario, con la estabilidad, con la seguridad de no ser despojados. Es decir, cada vez se relaciona más con la garantía de Justicia, y la ausencia o presencia de esta, fortalece o debilita ese equilibrio.

Del mismo modo que para ser libre el hombre necesita educación, también la necesita para ser sano. Porque el vivir inmerso en una sociedad básicamente injusta, torpemente hedonista y groseramente corrupta, también produce enfermedad. El vivir en una sociedad donde los falsarios, los conversos y los delincuentes gozan y disfrutan, también es una patología. Vivir en una sociedad donde la clase trabajadora es burlada y despojada, también es enfermedad. Y por el contrario, cuando hablamos de salud desde el sentido más amplio, desde lo existencial, desde lo filosófico y por supuesto desde lo ideológico, salud significa, no sólo declarar derechos, sino sobre todo lograr garantías que consoliden una base ética y fáctica que haga posible algo tan simple y tan complejo como vivir sano. Nosotros sentimos que necesitamos, y por eso exigimos, todo aquello que garantice la prevención, el fortalecimiento de la atención primaria, la recuperación y defensa del hospital público y gratuito.

La Constitución, y este es el desafío de hoy, no es de pocos y para

pocos. La Constitución debe ser de todos y para todos. Y esto implica construir un poder efectivo que la pueda garantizar, porque sino tendríamos una nueva Constitución que declama pero no ejecuta. Y creemos que construir ese poder para luego disputar desde ahí, significa pelear por tres cosas, entre tantas otras.

La primera, impedir la inevitabilidad de lo injusto; el sistema trata de convencernos de cuán inevitable es que un jubilado gane 150 pesos o que un chico tenga que pedir para comer.

La segunda, recuperar el derecho a tener derecho, porque también este sistema se ha apropiado de esa sensación.

Y tercera, entre todos los derechos, que son muchos, creemos que hay uno que es el de partida: recuperar el derecho a no morir antes de tiempo.

Creo que nosotros debemos demandar, pedir, solicitar y exigir a los señores constituyentes (no a todos, pero sí a algunos) que no malversen esta oportunidad y que, aunque sea por un rato tengan la audacia y asuman la decisión de recuperar esta esquizofrenia que atraviesa la Argentina con este doble discurso que nos dice todos los días que estamos en un primer mundo frívolo e hipócrita que somete a una mayoría a la marginalidad y a la exclusión social. Que por un instante, un momento, y si es posible mucho tiempo, superen esto y además, ya como un deseo fenomenal, que puedan recuperar la mística y la utopía que el pueblo merece. Y que si así no lo hicieren, como no lo han hecho tantas veces, que el Pueblo todo se los demande y además haga tronar el escarmiento.

Documento escrito por Carlos Cassinelli con motivo de la Convención Nacional Constituyente de 1994.





Los únicos privilegiados eran los niños

La tasa de mortalidad infantil constituye una medida trazadora del desarrollo social y desde esta perspectiva es más que un indicador exclusivo del sector salud.

La tasa de mortalidad infantil expresa cuál es el riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida. Su cálculo se basa en la relación entre las muertes de niños menores de un año y los nacimientos.

La tasa de mortalidad infantil tiene dos componentes: uno es el denominado neonatal (muertes de niños hasta 27 días) y el otro es el postneonatal (muertes ocurridas entre los 28 días y el año de vida). Tienen relación directa con el primer componente la calidad y eficiencia en la atención de la salud. En el segundo componente tienen importancia, además, las acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de la población u otras que conduzcan a mitigar los efectos no deseables de las condiciones materiales de existencia (por ejemplo, medidas de prevención, educación para la salud, etc.). Para producir un cambio sustantivo en cualquiera de los dos componentes de la mortalidad infantil son necesarios recursos financieros diferentes cualitativa y cuantitativamente.

Desde la perspectiva del discurso político, se pierde la verdadera significación del indicador. Se quiere que, por sí solo y considerando el leve descenso, sea explicativo de un mejoramiento de la situación social y de salud en general.

Más allá de lo que indica la bibliografía internacional y nacional de la Argentina de hoy, en el discurso oficial se pretende mostrar que la mortalidad infantil descende ligada a la eficiencia y efectividad del modelo económico. Los países que han logrado descensos

sustantivos de la mortalidad infantil, tanto los que integran hoy el «primer mundo» como otros que sin estar en este grupo han logrado importantes resultados implementaron, en distintos tiempos, cursos de acción a través de eficientes políticas sociales y de salud que modificaron factores que inciden en ambos componentes de la mortalidad infantil. Si se aceptara el discurso oficial, la disminución de la mortalidad infantil en la Argentina aparecería ligada a los lineamientos de un modelo económico «exitoso» en lo macroeconómico que ha excluido, en su definición, las políticas sociales, en general, y de salud en particular. Situación que ha sido señalada recientemente hasta por el Fondo Monetario Internacional.

Si se quieren acortar las distancias con los países de mejor nivel, nuestro país debiera modificar sustantivamente el componente neonatal. Un camino para profundizar esta afirmación es analizar la mortalidad infantil desde la perspectiva de la evitabilidad de la muerte.

Cuando se dice que la muerte es evitable o reducible se quiere expresar que en el nivel del conocimiento científico actual existen acciones o medidas que el sistema de salud podría implementar para evitar que la enfermedad conduzca inexorablemente a la muerte. A lo largo de la década la mortalidad neonatal reducible o evitable por acciones de salud representa las tres cuartas partes de la mortalidad total (variando de 71.7% a 74.0%). Esto significa que 3 de cada 4 muertes podrían haberse evitado.

Para la mortalidad postneonatal, las muertes reducibles pasaron de 60.1% a 55.1%. Esto significa que podrían haberse evitado un poco más de la mitad de estas muertes.

Principales causas de defunción

Se puede observar que dentro de las causas que originan estas muertes tienen un porcentaje cercano al 50% «ciertas afecciones originadas en el período perinatal» (la morbilidad relacionada con complicaciones durante el embarazo y la primera semana de vida del niño). Esto pone en evidencia la necesidad de enfatizar acciones de salud que disminuyan sustantivamente el componente neonatal, si se quiere reducir significativamente la tasa de mortalidad infantil en la Argentina.

La mortalidad infantil es un indicador que se correlaciona de manera importante con otros indicadores sociales en las distintas provincias de nuestro país que tienen diferente grado de desarrollo social.

Las cifras demuestran, desde distintas perspectivas, el estancamiento de la tasa de mortalidad infantil. El estancamiento de este indicador constituye un retroceso, más allá de los números y los rankings entre países, es necesario enfatizar que en la Argentina murieron en 1992 más de 16.000 niños antes del año. Desde la perspectiva individual de cada uno de ellos constituye un delito no haber evitado gran parte de estas muertes a la luz del conocimiento científico disponible hoy. Desde el punto de vista social ésta es una gran deuda. Salvar esta deuda implica el compromiso de llevar adelante políticas sustantivas en el orden nacional y provincial.

La tasa de mortalidad infantil del país es un promedio que oculta grandes diferencias provinciales. Existen diez provincias que superan el promedio nacional.

El descenso sustantivo de la tasa de mortalidad infantil en Argentina exige implementar acciones que reduzcan las muertes de los niños de menos de 1 mes de vida (componente neonatal).

Disminuir este componente en forma significativa implica asignar recursos financieros importantes (para mejorar los servicios de salud, equipamiento, formación de recursos humanos, cuidar y proteger al equipo de salud).

Mejorar los servicios de salud conlleva realizar acciones para la captación de los grupos de población con mayor incidencia de bajo peso al nacer y garantizar su accesibilidad a la atención de la salud. Esto permitiría disminuir la morbilidad, la mortalidad y las secuelas del bajo peso al nacer. Simultáneamente, se deberían instrumentar acciones a largo plazo que modifiquen las condiciones de vida, lo que a nuestro criterio no puede lograrse en el marco de las políticas vigentes.

Documento escrito por Carlos Cassinelli, publicado en el Cuaderno IDEP «Los únicos privilegiados ~~son~~ eran los niños» La mortalidad infantil en la Argentina.





Hospital Naval Río Santiago

“Por primera vez en la historia sanitaria argentina se cerró un hospital. La reforma del Estado decidió que había que ajustar y un hospital entero con insumos, equipos, 300 trabajadores y enfermos se cerró de un día para otro por órdenes del Ministerio de Defensa.

Se inició a partir de ese momento una batalla judicial que logró la reapertura pero posteriormente una Cámara sentenció el cierre definitivo. Ahí la opción era quebrarse o seguir la pelea. Y muchos, encabezados por ATE, seguimos la pelea.

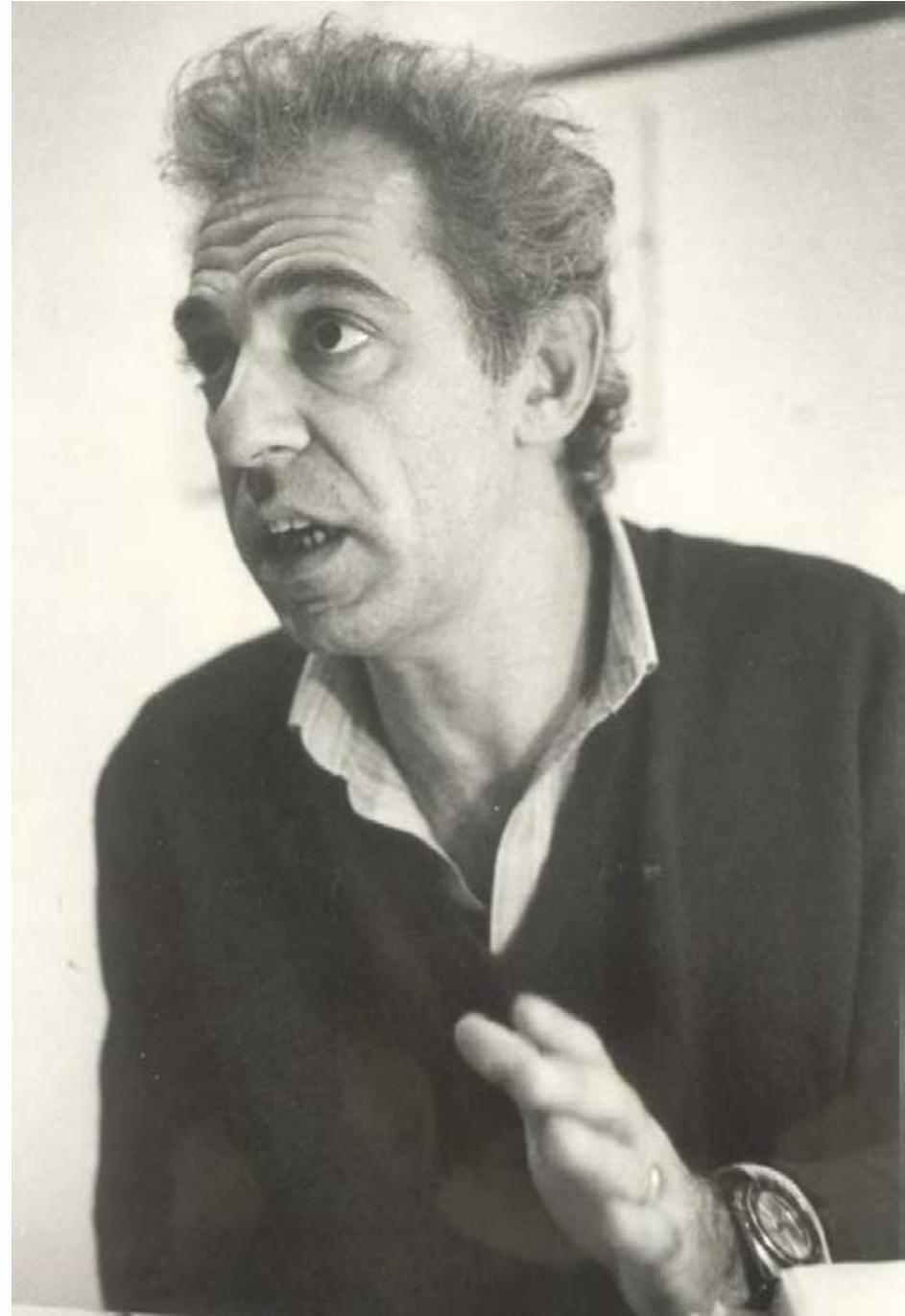
Todos los hospitales provinciales pararon en solidaridad. Se hicieron infinidad de movilizaciones a la casa de gobierno bonaerense, a la legislatura en La Plata, al Congreso de la Nación y a la Comisión de Salud en Diputados. Realizamos ollas populares, una carpa frente al Hospital y otra en la Legislatura. Se movilizó parte de Ensenada, Berisso y La Plata. Hubo contactos con la iglesia, con los partidos políticos, con las organizaciones de DDHH, con los medios de comunicación, con organismos internacionales. Fueron 10 meses de lucha constante que culminarán el 29 de setiembre de 1997 cuando se firme el acta en la Gobernación de la Provincia de Buenos Aires.

Logramos que se transformara el Hospital Naval en un Hospital provincial y todos los trabajadores fueron reincorporados. Esto se logró con organización y lucha”.

Carlos Cassinelli

(entrevistado por Rubén Castro, septiembre 1997)

La ignominia de cerrar un hospital se transformó en la proeza de volver a abrirlo. A la hora de editarse este libro se cumplen también 10 años de aquella gesta, la última a la que Carlitos le puso el pecho. Y ganamos.





Hospital de Autogestión

El escenario está caracterizado por un Estado diferente, cuyo rol no tiene nada que ver con lo que uno quisiera. Cuando digo Estado más que hablar de Estado en sí mismo, de lo que hablo es de las políticas. El Estado es una estructura, una entelequia que depende de la política que tenga adentro, hace o no hace, va para un lado o para otro. De acuerdo a una política, el Estado tuvo en algún momento un negocio que era la salud de los argentinos; hoy, como producto de otra política el negocio de éste Estado es la enfermedad los argentinos. Esta Argentina, está caracterizada por un Estado que se corre, que se retira, es la Argentina que hoy revela algunos datos de su estructura social que es conveniente o necesario tener en claro.

Es una Argentina donde diez millones de personas –prácticamente un tercio de la población- no tienen para comer, y comen gracias a tres cosas: la caridad, la beneficencia y la demagogia política. Esta es la Argentina donde uno de cada dos en condiciones de trabajar es desocupado o es subocupado. Estamos hablando de la mitad de la población económicamente activa que va desde los 15 a los 65 años. La mitad de esa masa potencial hoy está parada, resquebrajada y muy frágil; es la Argentina donde el salario ha perdido entidad pues perdió entidad el trabajo. Existe hoy un salario que no solamente está congelado hace cinco años sino que además está reducido. Tenemos una Argentina donde hay 14 millones de habitantes que no tienen agua potable y 21 millones que no tienen cloacas, esto es casi un 62 por ciento de la población. Ahora bien ¿por qué todo esto es posible? ¿cómo es posible que se den estas cifras? Esto es producto de un modelo que ha hecho pivote en la acumulación de riqueza.

De toda la plata que se genera en el país, el 10% más rico se queda con el 37%. Al 30% más pobre le dejan el 8,4%. Esto determina la

posibilidad de comer, de educarnos, de enfermarnos. El reparto se produce entre dos sectores: capital y trabajo, según cómo sea esa distribución será el vivir de la gente. En 1954, el 52% era para el trabajo y el 48% para el capital. La fuerza del trabajo tenía el 52% del poder, porque en términos concretos ese es el poder. Hoy, el PBI se distribuye así: para el trabajo el 20%, para el capital el 80%. ¿Cuál es la resolución de esto? Cambiar los términos de la ecuación y esto está ligado a la cuestión del poder, porque si quiero que el 20% aumente sólo podrá hacerse si el 80 baja. Todo tiene un correlato en términos sanitarios.

Un estudio sobre la distribución de las camas para enfermos en la Argentina demostró que el sector público tiene el 70% de las camas para enfermos, y el sector privado tiene el 30%. De los 22.000 millones de dólares por año que se gastan en salud la lógica diría que donde está el 70% de las camas tendría que estar el 70% del gasto. Pero la lógica perversa muestra que es totalmente al revés. Al sector público se le destina el 30% del gasto y al privado el 70%. La pregunta es ¿cómo se resuelve esta situación? De la misma manera que la anterior: debe haber para el sector público más de 30% a expensas de que el sector privado baje del 70. Así se entiende por qué está Mazza en un lugar y Alderete en otro, porque ellos están cuidando el 70%. Pero además de la perversidad hay voracidad, y digo esto porque aparecen nuevas figuras como la transferencia de servicios, el de la concesión, la privatización y la figura más rimbombante, la de Hospital de Autogestión. La transferencia significa desligarse de la salud bajo un criterio económico sin tener en cuenta si se mejora la calidad de vida, si sirve para un plan de salud o si hace posible lo preventivo. En tanto la figura de concesión significa la utilización de la infraestructura sanitaria.

En realidad se trata del hospital de autofinanciamiento, porque el

Estado se retira definitivamente de la atención de la Salud. Para el modelo lo moderno es que cada hospital genere sus recursos genuinos. Explican esta nueva figura montándose en dos verdades a medias. El gobierno dice que hoy el hospital público está subsidiando a la seguridad social porque al hospital concurre gente que tiene obra social donde le dan todo gratis, si se lo deriva a una clínica se le factura y la obra social paga. Y hacen la pregunta: ¿por qué no van a pagar en el hospital? Esto es una verdad a medias. La parte de verdad es que la gente que tiene obra social va al hospital, a causa de qué le adjudican a la obra social la responsabilidad de ocuparse de los problemas de salud y enfermedad.

Para nosotros la salud es un derecho y el Estado a través del sector público de salud debe garantizarle a los 34 millones de argentinos una prestación universal, gratuita y eficaz.

La obra social es una construcción solidaria desde los mismos trabajadores, creada hace 50 años con otro criterio. Fueron creadas cuando el Estado garantizaba la salud de los argentinos, las obras sociales entonces se ocupaban de otras cosas como cooperativas de producción y de consumo, de viviendas, de turismo y de servicios. En la medida que el hospital se fue cayendo las obras sociales fueron ocupando ese lugar –creo que por una mala decisión- y llegamos a la actualidad donde la obra social se ha convertido en una prepaga con población cautiva que deriva. Una vez que se ha producido esta situación nos tiran la discusión bastarda. Nos dicen ¿qué prefieren? ¿Que se les de el dinero a las clínicas o al sanatorio, no es mejor que se lo den al hospital?

Nadie discute cuál es el rol del Estado y qué tienen que hacer los hospitales con toda la población. Hay dos criterios: el hospital se debe dedicar a los pobres o a las personas que dejan dinero. Para nosotros ninguno de los dos criterios es acertado, el Hospital Pú-

blico se tiene que dedicar a todos y si después alguien quiere elegir la clínica o el sanatorio es una decisión personal. El Estado debe garantizar a toda la población la posibilidad de estar sano y/o curar su enfermedad. Puede darse el caso que se presente alguien que no tiene obra social y debe abonar el costo del servicio con lo cual aparece el arancelamiento. Por una u otra vía el hospital se va transformando en una “cajita” con plata. Queda una tercera posibilidad en donde una persona no sólo no tenga obra social sino que tampoco tenga plata, entonces lo derivan a la oficina de Servicio Social donde le hacen unas preguntas, allí debe demostrar que en verdad es pobre. Servicio Social entonces se termina convirtiéndose en un vulgar y triste tribunal de pobreza que va descubriendo la verdad socioeconómica del enfermo y le otorga un «carnet de pobre» con el cual pulula por todo el hospital. La persona se ubica ante dos cosas, su estado de salud y su estado de pobreza como si él hubiese determinado su falta de trabajo, su falta de vivienda, como si hubiese elegido ser pobre. El resultado es que termina no asistiendo al hospital porque se transformó y ahora es un Tribunal.

Texto escrito por Carlos Cassinelli incluido en la publicación «El negocio de la enfermedad» de la Rama Nacional de Salud Pública de ATE.





Los trabajadores no somos forros

Hablar de SIDA significa no sólo hablar de una enfermedad nueva y peligrosa sino de un virus político, social y cultural que irrumpe con violencia y se instala en el escenario de una Salud Pública deteriorada, con los trabajadores golpeados por una realidad cruel: la destrucción del Hospital Público y la desatención de la salud popular.

El SIDA es una enfermedad compleja no sólo porque es incurable sino porque se relaciona con la sexualidad. En una sociedad culturalmente preparada para sostener el sexo como tabú, oculto y misterioso; en una sociedad que conquista el divorcio como quien conquista un tesoro preciado y que confunde familia y amor con castración (elementos todos que muestran el ostracismo en que hemos vivido y seguimos viviendo), es muy difícil que el SIDA se trate con la seriedad y el cuidado necesarios.

En un país donde cada ocho horas muere una persona por tuberculosis, enfermedad de la pobreza; en un país donde cada 40 minutos la desnutrición mata un chico (es decir, se muere por hambre en el país del trigo y las vacas); en un país con 3.000.000 de chagásicos, ¿alguien puede pensar que los trabajadores en los hospitales estamos cuidados y protegidos?

Desde los trabajadores y desde los pacientes, es imposible pensar que este sistema y sus personeros nos protejan y nos cuiden. El pueblo no goza de buena salud porque en un contexto de injusticia social y dependencia la salud es inviable. Somos nosotros quienes debemos hacernos cargo de la falta de responsabilidad, audacia, imaginación, creatividad, sentido de solidaridad. Y porque las autoridades también delegan los roles que les corresponden, los trabajadores debemos hacernos cargo de aprender qué es el SIDA y cómo se contagia, pero comprendiendo además que el sexo no es el cuco, que podemos y debemos gozarlo en plenitud.

En los sectores de trabajo, el tratamiento del tema SIDA y su relación con los trabajadores de la salud estuvo signado por la negación, el ocultamiento de información, la escasísima capacitación y la no entrega del material necesario que las mismas autoridades sanitarias aconsejaron utilizar al publicar en 1988 un cuadernillo de bio-seguridad.

Salvo el caso del CENARESO, donde la provisión es regular, en el resto de los establecimientos dependientes de Nación (entre los cuales están el Hospital Borda, el Moyano, el Rivadavia, el Instituto del Lisiado) no se provee de guantes, mascarillas, agujas y jeringas descartables, cestos para residuos, bolsas descartables, etc. Es decir, desde los materiales hasta la mínima información necesaria es inexistente y la mayoría del personal queda a la deriva. Queda librado a autoprotegerse como crea conveniente. En muchas oportunidades ha sido la Asociación Trabajadores del Estado (ATE), la organización que tomó a su cargo el cuidado y la protección de la gente mediante publicaciones, charlas, seminarios, gestiones, informando, demandando participación, defendiendo a los compañeros ante accidentes producidos durante la atención de pacientes infectados o enfermos.

Los de arriba

No es mucho lo que se requiere de las autoridades, solamente decisión política. Eso es lo que no tienen, ni quieren. Entender a los trabajadores y cuidarlos. Asumir el desafío de que la gente no enferme y viva mejor. El médico y compañero Ramón Carrillo, verdadero ministro peronista de salud (1946-1954), planificador y ejecutor de la Revolución Sanitaria en la Argentina decía que “para que una política sanitaria tenga éxito debe ir acompañada de una política económica y social. Y esto es una decisión política”.

Hoy para responder a compromisos internacionales y frente al papelón ocurrido con la plata de la OMS/OPS que vino para programas destinados al SIDA y se gastó vaya a saber en qué, se encara el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA. Enhorabuena, más vale tarde que nunca; pero ya desde su comienzo no tenemos mejores indicios que la buena voluntad de algunas personas.

Existen 2 millones de dólares que no se sabe dónde están ni de dónde vienen; los trabajadores organizados no participamos en ninguna de las instancias de debate y el eje central parece ser una discusión propia del oscurantismo: si los preservativos tienen que repartirse públicamente o a escondidas.

Escuchar al presidente hablar del tema, ver que el ministro Porto no se compromete demasiado para no irritar a la Iglesia, oír a Quarracino decir que los preservativos favorecen la homosexualidad, a funcionarios relacionados con la Liga de Padres de Familia que se oponen férreamente a su distribución... es la muestra de un país en el que la frivolidad y la estupidez de algunos de sus representantes priman sobre las desgracias de la gente.

Que los trabajadores estemos expuestos a distintos peligros -contagios, desequilibrios nerviosos producto de la angustia y la tensión, vejez prematura, enfermedad y muerte- no es para el sistema dominante motivo de preocupación.

El Sr. Cavallo está contento al convertir lo inconvertible. El Sr. Menem insiste con su esquizofrénico "estamos mal pero vamos bien". El Sr. Neudstadt se regocija presentando ante Doña Rosa a los jóvenes brillantes que dejan EEUU para instalarse en la Argentina, como signo de que algo está cambiando.

Sí. Algo está cambiando, aunque ellos no se den cuenta. La irresponsabilidad, la inoperancia y la incompetencia de quienes tienen la obligación de conducir sin traicionar se nota cada vez más cla-

ramente. Y el pueblo sabe que la democracia y la necesidad de participación están por encima de ellos.

Lo que hay que cambiar

Necesitamos una educación liberadora, una educación para la vida en libertad. Una educación que nos sirva para transformar, que la escuela primaria forme y no sólo informe; que la escuela secundaria nos ponga en contacto con la realidad de acá y no de allá, que la universidad sirva para modificar la realidad nuestra y no la de otros; que nos eduquen para cambiar este sistema egoísta y consumista por otro solidario donde el objetivo sea construir sobre ejes de equidad y justicia social; que haya trabajo y se pueda comer; que se pueda vivir, tener alegrías y soñar.

Por todo esto y por mucho más, nuestro enemigo no es el paciente con SIDA. Nunca lo fue. No podría serlo.

Nuestro enemigo es una política que no cura al paciente, no cuida al trabajador de la salud, no protege al hospital, no previene enfermedades en el pueblo.

Nuestro enemigo es aquel que permite que el 75 % de las muertes de niños de 0 a 28 días se deba a causas evitables. Nuestro enemigo es, en síntesis, el mismo que insiste en un modelo económico, cultural, social y político que impide cualquier modificación en las estructuras de poder dominante y que reproduce las condiciones alienantes de la dependencia.

Contra todo esto luchamos. Lo hacemos, aún con el SIDA incluido.

**Documento escrito por Carlos Cassinelli «Sida y el Trabajador de la Salud»
Revista INFORME. Julio 1991.**



Democratización, participación y poder

Es muy difícil hablar de democratización, participación y poder en la Argentina que nos toca vivir con un poder tan concentrado y diluido pero nunca compartido.

Desde ATE hemos venido debatiendo distintos modelos institucionales pero hay dos que se distinguen: el autoritarismo y el paternalismo. Modelos que tienen un origen común: ambos significan imposición de una decisión para que los demás la ejecuten. La diferencia está que en el paternalismo uno puede encontrar buenos modales y nada más.

La participación es la manera en que se legitima el rol que cada uno tiene, pero eso significa asignarle a cada uno un lugar y respetar ese compromiso. Por eso estamos convencidos de que la verdadera participación es aquella que respeta la función del otro.

Es decir, participación significa compartir el poder. Compartir la información, escuchar las opiniones y compartir la decisión para que la participación no sea ficticia.

En nuestro país es muy común entender que somos democráticos simplemente por informarle al otro lo que uno va a hacer. La verdadera participación lleva a una democratización en serio, no una formal y retórica, lo que invariablemente implica compartir el poder.

Venimos escuchando desde hace tiempo hablar del equipo de Salud. Pero la construcción y la consolidación de un equipo de Salud deben ser en forma interdisciplinaria, donde cada uno de los miembros de ese equipo tenga el objetivo común de resolver la salud salvando las diferencias entre las distintas profesiones.

Un equipo de salud constituido significa en sí mismo un poder. Los roles deben estar claros y ser aceptados, de modo que cada uno acepte y valore el rol del otro y que también la institución lo acepte y lo valore.

Histórica y culturalmente el conocimiento ha significado poder y lo más difícil es democratizar el conocimiento sin hacer diferencias entre los médicos y los no médicos, entre los profesionales y los no profesionales. Pero desde nuestro lugar debemos recuperar nuestro rol de trabajadores más allá del lugar que tengamos en un equipo de salud.

Reconocemos y valoramos el saber médico, sin dudas, pero esperamos y deseamos que este saber valore y respete el saber no médico. Porque si la salud depende del saber, el saber también debe ser compartido.

Todavía encontramos funcionarios y directores que creen que son los dueños del hospital y de las cosas que están dentro. Entre ellas, nosotros, los trabajadores.

La práctica cotidiana nos muestra la pelea de las organizaciones sindicales por no perder ese espacio que nos corresponde.

La lucha por la democratización, la participación y el poder resolverá la marcha de la institución y, con ellas, nuestra práctica. Práctica que hoy muestra la desprotección de los trabajadores. Y para recuperar la salud en términos populares necesitamos recuperar al equipo de Salud. Queremos ser protagonistas de ese cambio y confiamos en que vamos a ganar.

Ponencia realizada por Carlos Cassinelli en las Jornadas de Atención Primaria. Facultad de Medicina.

Actualidad y perspectivas del Sistema de Salud

Hablar desde ATE sobre esta temática presenta dificultades porque nos obliga a hablar de algo que no existe ni a nivel nacional ni provincial.

Existen en cambio una serie de medidas aisladas, arbitrarias, unilaterales o, como mucho, bilaterales entre gobiernos y empresarios. Pero esto dista mucho de un Sistema de Salud con un conjunto de medidas coherentes, racionales, que contengan y protejan la salud de la población.

El otro día tuve el raro privilegio de leer en un diario que el gobierno estaba pensando que a partir de 1993 iba a congelar o continuar el congelamiento salarial que ya lleva dos años. Inmediatamente pensé lo absurdo que era o, como dice la Real Academia, repugnante a la razón. Pero esto me pareció insuficiente. Busqué en el mismo diccionario y encontré la palabra perverso definida como el desorden psíquico caracterizado por el hecho de hallar placer en cosas que ocasionan horror. Entre la repugnancia y el horror se encuentra lo que uno siente ante estas medidas.

Así pensé en Ramón Carrillo y recordé cuando decía que era imposible una solución sanitaria si no va acompañada de una solución económica y social. La salud es siempre consecuencia de algo mucho más general que la determina: la política. Pensé en nosotros y en nuestro país que hoy está desregulado, flexibilizado, ajustado, posmoderno. La salud y el trabajo son los dos pilares de cualquier proceso de transformación y hoy se encuentran depreciados, han perdido entidad. La desocupación, la desnutrición, la mortalidad infantil, la falta de vivienda, de agua potable, son indicadores de los que nos pasa. Indicadores que muestran que la

tuberculosis aumenta, el Chagas aumenta en un país donde cada vez son menos los que tienen más.

Hoy la Salud Pública es una esperanza, no una realidad, porque vivimos dos modelos de país: el de los pocos que tienen mucho y el país de los muchos que tienen poco.

Hoy tenemos un equipo de salud desvencijado, desprotegido, con bajos salarios, sin capacitación, con pésimas condiciones de trabajo, desjerarquizado y abandonado.

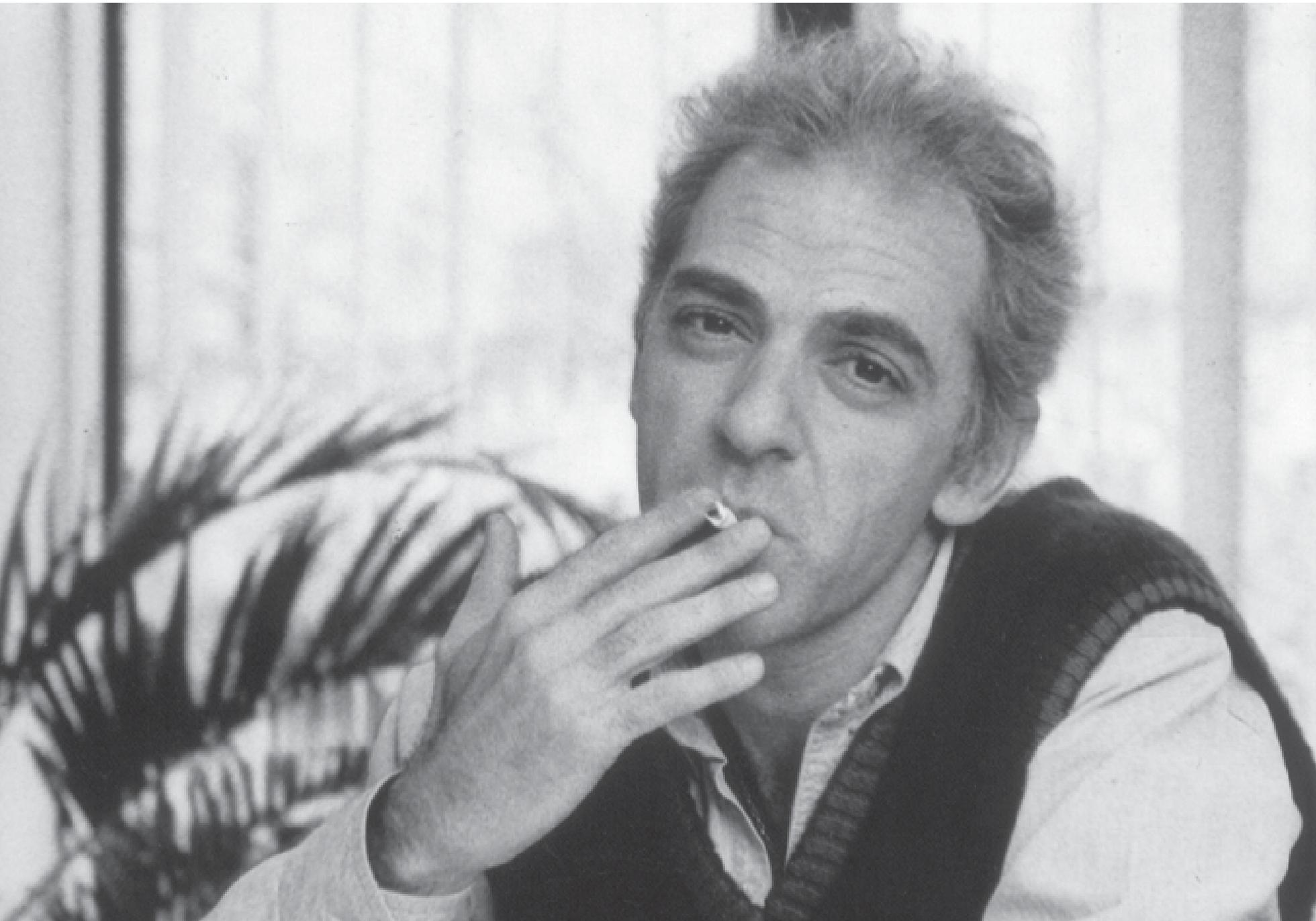
Una atención primaria que por ser buena y barata prefiere no usarse porque queda afuera del negocio del sistema. No es negocio.

Así, es preferible medicar, operar, examinar, hacer estudios, arancelar para romper con la gratuidad del Hospital Público. Se transfieren responsabilidades pero no recursos.

Charla dada por Carlos Cassinelli en el Hospital Neuropsiquiátrico «José T. Borda». Año 1992.

“A partir de ahora debemos recuperar el Equipo de Salud,
fortalecer nuestra identidad, organizar el enorme potencial que tenemos
y unificar nacionalmente nuestras reivindicaciones.
Queremos dejar de sobrevivir dignamente para vivir con justicia»

Carlos Cassinelli



Indice de fotografías

- 1 - «El rebelde» (Camping de ATE, Potrerillos, Mendoza). Primer premio concurso 6ta. Feria del Sol. Asociación Amigos del Museo de Bellas Artes.
- 2 - Sin título (Caracas, Venezuela)
- 3 - Sin título (Hospital Santa Victoria Este, Salta)
- 4 - Sin título (Hospital de Formosa)
- 5 - Sin título (Hospital de Formosa)
- 6 - Sin título (Hospital de Catamarca)
- 7 - Escuela (Salta, frontera con Bolivia)
- 8 - Sin título (Salta)
- 9 - Sin título (Hospital de Catamarca)
- 10 - «¿Será para cuidarnos?» (Misiones)
- 11 - «María Julia» (Bosque de lengas quemado en Tolhuin, Tierra del Fuego)
- 12 - Sin título
- 13 - «Juguetes del Tercer Mundo» (Santa Victoria Este, Salta)
- 14 - Sin título (Río Turbio, Santa Cruz)
- 15 - Sin título (Hospital de Formosa)
- 16 - Sin título (Hospital de Formosa)
- 17 - Sin título (San Juan)
- 18 - Sin título (Mendoza)

Se terminó de imprimir en el mes de setiembre de 2007
en los talleres de la Imprenta «Neiga».
Buenos Aires, Argentina.