

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Consideraciones iniciales entorno al trabajo de Juan Marconi en Chile: el abordaje intracomunitario en salud mental.

Muñoz, Marcelo Alejandro.

Cita:

Muñoz, Marcelo Alejandro (2011). *Consideraciones iniciales entorno al trabajo de Juan Marconi en Chile: el abordaje intracomunitario en salud mental. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/141>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/Y6A>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CONSIDERACIONES INICIALES ENTORNO AL TRABAJO DE JUAN MARCONI EN CHILE: EL ABORDAJE INTRACOMUNITARIO EN SALUD MENTAL

Muñoz, Marcelo Alejandro
Universidad Nacional de San Luis. Argentina

RESUMEN

El Dr. Juan Marconi Tassara fue un cientista social, médico de profesión y dedicado por completo a la docencia universitaria y al trabajo en la comunidad con una fuerte impronta desde la salud pública. Sobre estos dos puntos versara la ponencia. La intención de aproximarnos a la obra de Marconi radica en la importancia de la técnica y metodología intracomunitaria que aplicara en Chile dentro del campo de la salud mental, experiencia replicada parcialmente en Argentina y otros países latinoamericanos. La metodología utilizada para este trabajo es, en parte, el análisis bibliográfico, el relevamiento y análisis de documentos de archivos y fuentes testimoniales.

Palabras clave

Marconi Chile Salud Intracomunitario

ABSTRACT

INITIAL CONSIDERATIONS FOR THE WORK OF JUAN MARCONI IN CHILE: INTRA-COMMUNITY APPROACH TO MENTAL HEALTH

Dr. Juan Marconi Tassara was a social scientist, doctor by profession and entirely devoted to university teaching and work in the community with a strong imprint from the public health. On these two points will cover the paper. The intention of approaching the work of Marconi is in the importance of technique and methodology intracomunity that applied in Chile in the field of mental health, partially replicated experience in Argentina and other Latin American countries. The methodology used for this work is, in part, the literature review, a survey and analysis of archival documents and testimonial sources.

Key words

Marconi Chile Health Intracommunity

La razón de este texto tiene una doble significación. Por un lado iniciar algunos estudios en torno a la figura de Dr. Juan Marconi, cuya importancia del mismo radica, es ser uno de los creadores y promotores de una metodología de trabajo en una modalidad intracomunitaria en Chile y replicada esa experiencia parcialmente en Argentina y otros países latinoamericanos, allá por la mitad de los años 60 y hasta finales de los años 70.

La segunda razón de importancia, es que en San Luis, a través de un Proyecto[i] de Extensión de la Universidad Nacional de San Luis se ha recurrido a su técnica y metodología para trabajar en un barrio marginal de la Capital de San Luis, en donde se aplica el proyecto.

El Dr. Juan Marconi Tassara fue un gran cientista social, médico de profesión y dedicado por completo a la docencia universitaria y al trabajo en la comunidad desde una fuerte impronta desde la salud pública. Sobre estos dos puntos versara este texto.

Nació en Valparaíso el 6 de Marzo 1924, ingresó a estudiar medicina en la Universidad Católica de Chile en 1941, y recibió el título de médico cirujano en 1948. Ese mismo año ingresó con nombramiento ad-honorem al Patio 5 del Manicomio Nacional, integrándose al grupo del Profesor Ignacio Matte Blanco, psiquiatra de gran reconocimiento por entonces en Chile. Así inició Marconi su experiencia como médico manicomial que perduraría hasta 1951. Ya, en 1952, se trasladó al Hospital José Joaquín Aguirre, ahí junto a un grupo de destacados psiquiatras, bajo la figura del Profesor Matte, se originó la institución modelo de la Red de Servicios en el Hospital General, que fue adoptada como norma nacional para el desarrollo de Programas de Salud Mental en 1966 (Marconi Toro, 2003).

En 1964, triunfó en Chile Eduardo Frei Montalvo como presidente, recibiendo los votos de la derecha y de ciertos sectores independientes, que preferían su victoria ante un posible triunfo de la izquierda, encabezada por Salvador Allende.

Frei denominó a su programa de gobierno, casi eufemísticamente, "Revolución en libertad" y desde allí se propulsó, entre otros aspectos, la reforma agraria (aunque no a la manera de los países socialistas). Con esto se estimuló la formación de los sindicatos, especialmente en este sector, con la intención de fortalecer, desde ahí, la defensa de esta política agraria. A su vez, en el campo de la minería, particularmente el cobre, fue parcialmente nacionalizado al comprar el estado chileno el 51% de las acciones de las compañías estadouni-

denses, dado que el valor de la minería era clave en el proyecto de gobierno.

En materia de política internacional se aplicaron las ideas políticas surgidas de lo que se denominó la "Alianza para el Progreso", recibiendo el programa económico que auspiciara y promoviera Estados Unidos para América Latina.

Por otro lado, propició una importante red de organismos para vecinos, y especialmente para las mujeres. Se crearon así los Centros para Madres y otros centros comunales. Esta "promoción popular" tenía como único fin, que estas organizaciones de base, fueran capaces de enfrentar, junto a las políticas estatales, los problemas que aquejaban a los sectores marginales pretendiendo mejorar las condiciones de vida.

Por ello el gobierno de Frei Montalva dio especial impulso a las políticas centradas en el sindicalismo, la salud (con la construcción de cincuenta y seis nuevos establecimientos hospitalarios, lo que significó duplicar el número de camas) y la educación (ampliando la educación pública obligatoria a ocho años y la creación de más de dos mil escuelas entre otros puntos importantes).

Asimismo en este marco, es necesario poner en consideración que, en la mitad de los años 60, los distintos hechos que se iban sucediendo en el mundo, y especialmente en América Latina, fueron sumamente valiosos. Lograron poner en evidencia las distintas maneras de conformación estatal, especialmente aquellas ligadas a los estados oligarcas y conservadores. En esta misma línea, aumentaba la actuación de los distintos sectores civiles en la participación política y social.

A su vez, las disciplinas vinculadas a lo social y las ciencias de la salud, tuvieron un nuevo impulso luego de ser reconsideradas a la luz de lo que iba sucediendo tanto en el mundo académico como de la vida cotidiana, con una fuerte impronta desde lo político. Esto se debió, entre otras cuestiones, al avance de algunos gobiernos socialistas y al impulso que se le dio a pensar y accionar la política desde este lugar.

Por último desde nuestro criterio también hay que tener en cuenta los avances científicos generados en la posguerra, sobre todo aquello vinculado a los avances en medicina y biotecnología.

En este contexto, Marconi inició su trabajo en psiquiatría en una línea diferente a lo que habitualmente se venía trabajando en ese país. Así, en 1966 junto a los psiquiatras José Horwitz, y Leonardo Muñoz presentaron un documento donde se formuló la nueva política de Salud Mental, descartando allí el modelo asilo-hospital psiquiátrico, dando paso lentamente al modelo de hospital general, siendo este adaptado por el Ministerio de Salud chileno. Las críticas más importantes que emergieron de ese documentó, tenían que ver, entre otras cuestiones, con la nula integración de la práctica médica- psiquiátrica a la salud pública; la baja eficiencia en los usos y la aplicación de los métodos terapéuticos; la importante acción iatrogénica en pacientes crónicos que generaba a su vez muchas dificultades para su recuperación y la falta de sectorización en las políticas

que generaba, en materia de salud, nula capacidad de crecimiento y un alto costo en los valores del servicio (Marconi Toro, 2003).

Según los autores del documento, este modelo concentraba algunas ventajas valiosas sobre el "modelo asilar", ya que entre otros aspectos, los tratamientos sobre las personas enfermas se realizarían en un esquema de trabajo más familiar, menos aislado y más integrado a las preocupaciones de las familias, y a su vez, menos depositarios en estas instituciones.

Rápidamente Marconi, planteó la dificultad de dicho "modelo del hospital psiquiátrico" en el hospital general, sobre todo en lo referido a lo económico. Si bien es era menos costoso que en el "modelo asilar", el "modelo del hospital psiquiátrico" del hospital general, tampoco cubría las necesidades de recursos, tanto humanos como materiales, para un óptimo funcionamiento del modelo. Y a su vez, seguía siendo acotada la participación de la comunidad en los procesos de salud- enfermedad.

En esta misma línea, Marconi -tal vez, en uno de sus documentos publicados más políticos-ideologizados, por su total adhesión a las políticas implementadas en salud en la China de Mao- planteó una importante crítica y esbozó una nueva propuesta. Todos los argumentos vertidos en este documento, intentan una justificación exhaustiva en lo que se ejecutó en Chile durante la presidencia del socialista Salvador Allende.

Este documento planteó un esbozo histórico de la psiquiatría en Chile, el "modelo asilar" 1852- 1952; el "modelo hospital psiquiátrico" 1953- 1970; y el "modelo de salud mental en la comunidad" desde 1971 en adelante (Marconi, 1973).

Por supuesto esto estuvo vigente mientras estuvo en la Presidencia Salvador Allende. Luego con el golpe de estado, gran parte de este último modelo fue desarticulado.

Dado el marco político e ideológico explícito en que realizó el planteo, Marconi consideró que ciertos desordenes mentales tienen estrecha relación con el modelo capitalista, -en parte estamos de acuerdo- encarnándose fuertemente esto en las estructuras de clases. Por eso, cualquier modelo fundado en salud mental debe postular de alguna manera la abolición de clases (Marconi, 1973), o por lo menos achicar lo más posible el abanico de diferenciación de clases.

Así, entendemos que el involucramiento de la población no debe estar centrado en las posibilidades o imposibilidades de una clase social, sino por el contrario involucrar a todos en el trabajo solidario de ser parte de una búsqueda, promoción y prevención de una mejor salud para el vecino y para nosotros mismos. Ósea, que en el criterio de Marconi, la salud vuelve a ser un valor de todos y no de unos pocos.

Por supuesto, no es ajena a este texto la crítica que hace Marconi a los modelos hegemónicos en medicina. Según él existieron al menos tres modelos: "el modelo científico", "el modelo popular" y "el modelo aborígen". Si bien es posible que estos modelos se complementen, cada uno de ellos con sus particularidades y sus aciertos, existe un límite dado por el modelo científico. Este

deja por fuera al modelo popular y aborígen sobre todo porque no incluye en sus saberes científicos, los saberes de estos estratos de la sociedad (popular y aborígen), cuando en realidad las poblaciones están constituidas en su mayoría por estos estratos. Así, el límite se hace explícito en lo vinculado a la brecha sociocultural entre estos estratos (Marconi, 1973; Marconi, 1970).

En esta misma línea hizo una fuerte crítica a la manera de concebir los programas en salud. Dado que -según Marconi- había dos maneras, una de ellas, un "modelo autoritario" donde había una perpetuación del esquema de la clase dominante sobre otra. Este modelo ignoraba la barrera social y cultural. Se comprendía a su vez el conocimiento desde una mirada vertical, y por ende en este modelo, la universidad era ubicada en un plano superior junto a los servicios de salud sobre la comunidad. El segundo modelo, "el modelo democrático" incorpora a sus esquemas de trabajo a la comunidad. Si bien existe un conocimiento técnico universitario, es necesario generar los mecanismos para la transmisión de esos conocimientos a los pobladores y, a su vez, diagramar estos programas de salud, desde la universidad, los servicios de salud y los pobladores -en especial el campesino, el aborígen y el obrero- en igual condición, la acción de generar y promover más y mejor salud (Marconi, 1973).

Esta modalidad comunitaria fue diferente a la hora de practicar y promover la salud mental en los distintos sectores, especialmente en aquellos sectores desplazados por estar ubicados en los márgenes del sistema social y alejado de toda posibilidad de ser partícipes de las políticas públicas.

Por eso entendemos que los proyectos y programas que promovía el Dr. Marconi junto a todos aquellos que estaban dispuestos a trabajar de una manera diferente en salud, no representaban algo más que un cambio de técnicas, de metodologías implementadas y de modalidades diferentes de participación; implicaban por el contrario, un cambio sustancial en la manera de trabajar en salud.

Creemos que esto, promovió nuevas actitudes en relación al trabajo con la comunidad y en la comunidad e introdujo críticamente nuevas escalas valorativas por parte de los profesionales para con la comunidad, permitiéndoles, ser parte, y poder vivenciar los diferentes aspectos culturales de la comunidad en la que trabajaban. Comprender sus problemas y sus dificultades a través de los relatos directos de los mismos vecinos y vecinas. De alguna manera tuvieron, como profesionales, que modificar el carácter grandilocuente, especialmente de aquellas disciplinas como la medicina y la psicología, tan acostumbradas a la hegemonía del conocimiento por su encriptado lenguaje.

Esta fue una estrategia de trabajo y de participación bien diferenciada a lo que se estaba realizando hasta ese entonces. No pareció ser sencilla la situación, ya que se tenía que modificar cierto status quo de los sistemas, ya sea del poder económico, como del poder de los profesionales de la salud, afianzados en una mane-

ra de trabajar, lejos del sentir y el vivir de la comunidad. Marconi, en esta línea, planteó que era necesario transformar ciertas estructuras de poder y de conocimiento, y potenciar un nuevo carácter en estas estructuras más abierto, flexible y más acorde a la realidad circundante. Por eso se promovió, en ese momento histórico, una atención comunitaria bien diferenciada del carácter conservador que hasta ese momento se encontraba vigente. Por eso fue necesario ir configurando un insipiente modelo de atención primaria en salud y particularmente en salud mental, cuyos principios fueron ampliamente avallados por la Declaración de Alma Ata en 1978.

Fue necesaria también una profunda transformación en la manera de comprender, enseñar, y practicar la salud al interior de las universidades. Como asimismo incidir de manera directa en la planificación de las políticas de salud.

En este sentido, Marconi pretendió dentro de lo posible (lográndolo parcialmente), una salud pública vinculada completamente a la prevención y promoción de la salud de y en la comunidad, integrada también con la prevención secundaria y la rehabilitación. Por ende, había que generar un modelo de universidad y de carrera de medicina completamente diferente al existente.

Detrás de estas ideas, Marconi planificó una reforma de estudios que fue aplicada parcialmente; era un modelo de formación del estudiante de medicina de acuerdo a los principios del "modelo intracomunitario".

El estudiante hacía un seguimiento en salud y enfermedad de las familias que vivían contiguas a un consultorio periférico, desde el primer hasta el sexto año, en una asignatura axial, y con trabajo en terreno. Se reforzaría así, el compromiso ético profundo del estudiante y sus docentes, con la comunidad a trabajar, facilitándose, además, la integración longitudinal y transversal del currículo de pregrado (Marconi Toro, 2003).

Desde este intento de teoría en la planificación de una formación académica diferente, se sostenía que era necesario invertir la manera en que se formaba a los estudiantes en la carrera de medicina. Planteó que se debía empezar la formación de los estudiantes con teorías más generales y complementarias a lo que había sido la formación de la carrera de medicina clásica (Marconi, 1968).

Para explicar este proyecto, Juan Marconi utilizó la imagen de un calcetín. Este representaba una doble dimensión: por un lado, la conformación y la complejidad de la comunidad y por el otro, la formación que va recibiendo el estudiante de medicina. Los mayores estratos de la comunidad se encuentran en la parte más ancha del calcetín, donde va el pie, que también representa la formación inicial del estudiante. Con la formación que recibe en esta etapa inicial el estudiante poco puede colaborar en la comunidad, ya que recibe conocimientos de las ciencias básicas, como lo son la química, la matemática, la física, la bioestadística, embriología, etc. El asunto crucial de este planteo, es que al terminar los ciclos de formación, el estudiante posee muchos conocimientos básicos y algunos pocos de aplicación y ya de-

be ejercer la medicina, casi sin haber tenido contacto con la comunidad. Por el contrario, Marconi sostenía que una formación más general (como era la psicología social, la antropología, la sociología, conocimientos generales en enfermería, epidemiología, medicina preventiva, enfermedades infecciosas etc.), permite, por su andamiaje conceptual, una mejor relación y buen trato con el vecino y a su vez profundiza un constante vínculo con la comunidad. En esta misma línea sostenía, que a medida que el estudiante pasa los ciclos de formación, el conocimiento se va especificando hacia la alta complejidad en relación a lo necesario para la intervención en el trabajo médico social, y en el trabajo hospitalario (Marconi, 1968).

Al ver esta dificultad en la manera de formar médicos, esta alternativa era realmente transformadora no solo del sistema educativo sino también del sistema de salud.

Por ende la solución planteada, siguiendo la lógica de invertir la formación, y acomodar los contenidos que se brindan al estudiante de una manera diferente, permitía que luego del primer semestre los estudiantes pudieran insertarse en la comunidad tutelando, en conceptos generales de salud, a una familia. Luego, a lo largo de los años de formación, el estudiante incrementaba el número de familias a tutelar, llegando, en su último año, a unas de quince familias. Esto implicaba, por parte del estudiante estar presente en todas las situaciones de las familias relacionadas a salud, por ejemplo, si hay intervención quirúrgica en uno de los integrantes, es el estudiante el responsable de acompañar este proceso, hasta incluso, ser asistente en la operación quirúrgica. Si se considera que en este planteo, se tiene en cuenta que un docente tutela a veinte alumnos, se están tutelando por docente alrededor de doscientas o trescientas familias (Marconi, 1968).

“El modelo relativista cultural aquí propuesto coloca tanto a la Universidad como a los servicios de salud, horizontalmente, junto a las culturas de la comunidad, todos enfrentando la actividad, problema u objetivo común: la salud mental de la comunidad. Una barrera cultural se interpone entre las dos primeras entidades y las culturas comunitarias” (Marconi, 1970; p. 162).

Este espíritu transformador y renovador de la práctica docente y la práctica en medicina, le permitió ejecutar algunos de los proyectos más celebres que han existido en experiencias de participación comunitaria en Chile.

Es así como desde la universidad, insertos en los servicios de salud tanto los docentes como los estudiantes (con una relación directa con la comunidad) son los principales responsables de llevar adelante los esquemas de trabajo y diagramación desde una mirada absolutamente diferente. Pues a su vez, estos, en el ejercicio pleno de las virtudes humanas, resultan ser los ingredientes principales sobre los cuales se forja la participación comunitaria, fomentando así, un espíritu crítico y generador de propuestas que intenten subvertir el orden de lo dado por la vieja práctica médica, y académica.

Desde esta línea de pensamiento, y desde nuevos preceptos, se transforma la visión estatal a la hora de

afrontar las diferentes problemáticas en torno a la salud y las ejecuciones de políticas públicas en estos temas tan sensibles socialmente.

“Los conocimientos obtenidos han permitido planificar racionalmente acciones de control y prevención de los desordenes mentales, así como iniciar la evaluación de los servicios ya establecidos. Además de las acciones en organismos tradicionales de salud, se está ensayando respecto del alcoholismo, un programa complementario que invierte la planificación en salud al colocar dentro de la comunidad misma el eje de cambio y de la solución masiva del problema” (Marconi & Muñoz, 1970; p.115).

En ese mismo periodo Marconi ideó la utilización de una pirámide de delegación de funciones para la resolución de los problemas más prevalentes en salud mental. Este programa tenía por objeto entregar a la comunidad organizada, la capacidad de reconocimiento y resolución de problemas simples de salud, de alta prevalencia, descongestionando decisivamente los servicios oficiales de salud, a un bajo costo y con amplia cobertura (Marconi Toro, 2003; Marconi, 1970; 1971; 1973; 1974 a y b; 1979; Marconi & Saforcada, 1974; Marconi; Díaz & Mourgues, 1980)[ii].

En necesario mencionar, que el Dr. Marconi teorizó muy poco o casi nada sobre la función de cada uno de los integrantes de la pirámide de delegación de funciones. Si bien existen explicaciones muy escuetas sobre la misma, no hay registros de una explicación profunda. Es como si hubiera mostrado una foto del método y, aun conociendo intensamente los propósitos y objetivos del mismo, el Dr. Marconi no ahondó en detalles.

La llegada de la dictadura a Chile paralizó el programa intracomunitario que venía creciendo aceleradamente desde 1968, ya que toda la actividad comunitaria fue sospechada de subversiva. En los cinco años de desarrollo del programa, 1968-1973, el número de centros de alcohólicos recuperados creció de 4 a 35, en toda el área sur, con un rendimiento de 65% de pacientes abstinentes en la población La Victoria.

Ya en 1979 se inició la etapa más negra de la carrera del Dr. Juan Marconi. Ese año fue intervenido el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina del Área Sur creando un ambiente hostil. En ese momento, como describe el propio Profesor, “*por dignidad y respeto a nuestra Universidad y a mi mismo, renuncié a mi cargo de Profesor Titular, el 1º de Marzo de 1980*”. El éxodo duró 10 años, hasta el 1º de Julio de 1990, emergiendo en esa fecha desde las catacumbas a la jornada completa en la consulta privada (Marconi Toro, 2003).

NOTAS

[i] Dicho Proyecto se denomina "*Proyecto sustentable y sostenible de intervención intracomunitaria masiva para la promoción del nuerodesarrollo*" con la participación y dirección externa del Dr. Enrique Saforcada, quién a su vez también fue amigo del Dr. Marconi.

[ii] En estos textos Marconi menciona y explica brevemente la estrategia del "mínimo operante" y la pirámide de delegación en la comunidad. No ahondamos en cada uno de los textos citados por una simple razón de espacio. Ya que cada texto según nuestra consideración tiene algunas particularidades a ser analizadas en futuros trabajos de corte bibliométricos ó de otro tipo más cualitativo

BIBLIOGRAFÍA

Marconi, J. (1968) Reforma de la enseñanza de medicina: ideas básicas. Documento inédito.

Marconi, J. & Muñoz, L. (1970). Visión general de la investigación epidemiológica en salud mental en Chile. En Mariategui, J. & Adis Castro, G. Epidemiología psiquiátrica en América Latina. Pp. 115-125. Ed. Acta. Fondo para la Salud Mental. Buenos Aires.

Marconi, J. (1970). Esbozos de modelos de valor epidemiológicos para la investigación y la acción en América Latina. En Mariategui, J. & Adis Castro, G. Epidemiología psiquiátrica en América Latina. Pp.161- 179. Ed. Acta. Fondo para la Salud Mental. Buenos Aires.

Marconi, J. (1971). Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implementación (1968- 1970).

Marconi, J. (1973) La Revolución cultural chilena en programas de salud mental. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, vol. 19. Pp. 17- 33.

Marconi, J. (1974, a) Análisis de la situación de la salud mental en la ciudad de Córdoba. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. 20. Pp. 233- 239.

Marconi, J. (1974, b) Diseño de un proyecto integral de salud mental para la ciudad de Córdoba. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. 20. Pp. 240- 246.

Marconi, J. & Saforcada, E. (1974). Formación de personal para un programa integral de salud mental en Córdoba. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. 20. Pp. 403- 410.

Marconi, J. (1979). Formación de personal para equipos de salud mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. 25. Pp. 204- 211.

Marconi J.; Díaz J. & Mourgues, C. (1980). Programa integral de psicosis. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. 26. Pp. 211- 222.

Marconi Toro, M. (2003) Reseña biográfica del Profesor Doctor Juan Marconi Tassara. Descargado el día 20 de febrero de 2011 de:<http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/news/article.php?storyid=74>.