

Sobre el texto de Fitzhugh Mullan: *Batas blancas, puño en alto*

Merlin Chowkwanyun

A finales de los años 60s y principios de los 70s, el Hospital Lincoln del sur del Bronx en la ciudad de Nueva York, se convirtió en el escenario de un vigoroso movimiento urbano centrado en la atención sanitaria, dos hechos dramáticos definieron los acontecimientos.

El primero: en mayo de 1968, algunos trabajadores comunitarios del Servicio de Salud Mental del Hospital Lincoln protestaron en contra de la administración de Harris Peck, Seymour Kaplan y Melvin Roman, a la que percibían como crecientemente jerárquica. Al comienzo, el Servicio de Salud Mental había contratado a más de 300 trabajadores comunitarios de la salud (en su mayoría negros o puertorriqueños residentes de la comunidad vecina) para que trabajaran en tres “Centros de Servicios en la Colonia” situados en el corazón del sur del Bronx. Su labor consistía en ayudar en la traducción entre usuarios y doctores, motivar a pacientes dudosos a hacer uso de los Centros y recolectar datos de encuestas.

Los administradores habían prometido a estos “paraprofesionales” permitir más aportación comunitaria a la operación de los Servicios de Salud Mental y posibilidades de desarrollo profesional, por medio de programas de capacitación. Cada vez más frustrados por la incapacidad de la administración de cumplir con lo prometido, los trabajadores se sublevaron del 8 al 10 de mayo de 1968, llevando a cabo un plantón y un paro que mantuvo cerrado el

Servicio de Salud Mental por tres días. Un año más tarde, en marzo de 1969, ocurrió una acción mucho mejor organizada y sostenida, que concluyó con el despido de los tres administradores y un enfrentamiento que duró algunas semanas, durante las cuales los trabajadores participantes durmieron en las instalaciones y las operaron por sí mismos bajo el liderazgo de Aubrey Dawkins y Richard Weeks.

Más de 100 trabajadores y 21 médicos simpatizantes tomaron parte, asegurando que la atención fuera interrumpida de manera mínima. Cerca de un mes después, la mayoría de los trabajadores regresaron a sus puestos (muchos de ellos con suspensiones sin goce de sueldo), habiendo logrado más promesas acerca de mayor capacitación laboral integral y el despido de los doctores Peck, Kaplan y Roman.

El segundo: en julio de 1970, algunos trabajadores que formaron parte de los eventos de 1968 y 1969, junto con miembros de la organización *Young Lords* (un grupo nacionalista puertorriqueño que había hecho del derecho a la salud una de sus demandas centrales) empezaron a tramar la toma del área de enfermería, por un día. A las 10 AM del 14 de julio, comunicaron sus demandas: fondos inmediatos para la construcción de un nuevo Hospital Lincoln (desde hace tiempo prometido y pospuesto por el gobierno de la ciudad), no más recortes de personal, servicios de salud “de puerta en puerta” para la “atención preventiva, enfatizando el control ambiental y sanitario, la nutrición, la adicción a las drogas, los cuidados maternos e infantiles y la atención a los

Merlin Chowkwanyun
Universidad de Pennsylvania
correo-e: merlinc@sas.upenn.edu

ancianos”, una mesa de quejas permanente y abierta las 24 horas, salario mínimo de 140 dólares semanales y una guardería para los trabajadores del hospital y comunitarios. La demanda final apelaba a la retórica dominante antiimperialista y de “control comunitario”, convocando a la “total autodeterminación de todos los servicios sanitarios a través de una junta comunitaria y de trabajadores para la operación del Hospital”. La toma atrajo la atención hacia las quejas acerca del Hospital y avergonzó públicamente a la administración, que fue encontrada como responsable.

A pesar del dramatismo de estos eventos, tan sólo existe una crónica detallada de la vida diaria entre los sucesos, por eso, la reimpresión del libro de Fitzhugh Mullan, *White Coat, clenched fist* (Bata blanca, puño en alto), es bienvenida. Las memorias de Mullan: sus años como estudiante, su experiencia como interno y residente politizado, están lejos de ser lo mayormente producido en esos años. Sin embargo, su escrito es fresco, libre de romantizaciones y egocentrismos, se encuentra lleno de candor y de la propia ambivalencia del autor y su confusión interna en este periodo. Es, en definitiva, un texto que tiene que ser leído por quienes estén interesados en la salud urbana y en los intentos históricos que se han hecho para mejorarla, exitosos o no.

Como relata en el capítulo que se reproduce en este mismo número, Mullan empezó su trabajo como residente en el Hospital Lincoln en julio de 1970, justo entre la energía que provocó los primeros dos eventos (de hecho, el segundo ocurrió tan sólo un par de semanas después de su arribo). Mullan no era un neófito político, tan sólo un año antes él y otros dos internos (Marty Stein y Barbara Blase) del Hospital Jacobi, en el norte del Bronx, organizaron una “acción de facturación”, en la que motivaron a los pacientes a retener sus pagos para protestar en contra del alza de cuotas y el recorte en la ayuda médica. Además, Mullan y Stein fueron miembros tempranos e importantes de la Organización Sanitaria Estudiantil (*Student Health Organizations*) (SHO por sus siglas en

inglés). El tener familiaridad con la trayectoria de esta organización es, entonces, clave para entender el desarrollo de los eventos en el Lincoln que relata Mullan.

El SHO fue fundado en 1965 por dos estudiantes de medicina de la Universidad del sur de California: William Bronston y Michael McGarvey. El SHO se extendió rápidamente a muchas escuelas de medicina importantes de todo el país, entre otras, sus actividades eran la organización de eventos con conferencistas prominentes, el trabajo en pos de la reformulación de los programas de estudio y programas de medicina social (quizá su legado más importante) y la publicación de revistas que examinaran las dimensiones sociales, políticas y económicas de la salud y de la educación para la salud. Uno puede ver al SHO como un producto tanto del fomento político general del momento como del malestar sentido por muchos estudiantes de medicina en cuanto a la educación médica. Tal como Mullan rememora tempranamente en su libro:

Nuestras reexaminaciones reflejaban la cualidad ciega y anti-intelectual de nuestro trabajo. Todos nos juntábamos afuera de la puerta del laboratorio de anatomía a la hora establecida... La puerta se abría y nos apresurábamos a entrar y a ocupar nuestros puestos ante el cadáver, cualquier cadáver. Cuando se nos señalaba debíamos estudiar el órgano, nervio o vaso marcado con un alfiler de colores... entonces el examen había terminado y, supuestamente, estábamos un paso más cerca del ser doctores, médicos del ser humano.

Las actividades más notables del SHO fueron sus Proyectos de Salud de Verano (*Summer Health Projects: SHP*), que eventualmente estuvieron organizados en varias ciudades del país. Su fundación estuvo a cargo de la recientemente formada Oficina de Oportunidad Económica, una agencia federal a cargo de distribuir fondos de guerra y pobreza. El primer proyecto de verano tomó lugar en 1966 y proveyó fondos para que “90 estudiantes de medicina, odontología, enfermería y trabajo

social de 40 instituciones y 11 estados” trabajaran en las áreas más pobres del estado de California con el fin de que hicieran revisiones básicas gratuitas, dieran información a la población sobre el control de la natalidad, hicieran servicios de derivación y brindaran atención médica en clínicas gratuitas, campos de trabajo para migrantes y hospitales públicos. El proyecto tuvo como resultado la evolución de la conciencia política de los participantes. En una conferencia en Standford, dónde compartieron sus experiencias, Margaret Sharfstein, quien había venido de Nueva York a trabajar en el Hospital General de Los Ángeles, declaró: “los enfermeros y los trabajadores sociales van a la comunidad ¿Porqué no han de hacerlo los doctores? El paciente es un ser humano completo, con interacciones sociales y en su casa... verlo tan sólo como una enfermedad me parece inconsistente para las “profesiones curativas”. Un artículo a favor del movimiento, del periódico *Los Angeles Times*, llamó a estos estudiantes “una nueva generación”, al mismo tiempo que relató su interacción con los pacientes pobres, quienes a menudo posponían o simplemente no buscaban atención sanitaria debido a la ineficiencia o la manipulación que encontraban dentro de las instalaciones. McGarvey, co-fundador del SHP comentó: “la idea de que la atención de la salud es un derecho de todos y no un privilegio, no parece estar absorbida en los huesos y la médula de la mayoría de las personas en las profesiones de la salud. Actúan como si estuvieran haciendo un favor, por eso se conducen de manera condescendiente”.

Pero conforme se extendió el SHP, también lo hicieron algunas dudas acerca de los proyectos el SHO, en general. Al mismo tiempo que los participantes se encontraban en estos proyectos educativos, otros los criticaron por su naturaleza efímera. Por ejemplo, un participante de Nueva York escribió sobre su experiencia en una evaluación:

De acuerdo a los compañeros del proyecto y a la literatura del SHO, el objetivo principal era

la “sensibilización” de estudiantes blancos de clase media: una idea perfectamente racional desde el punto de vista de los estudiantes blancos. Sin embargo, desde un punto de vista moral: ¿esto constituye una injusticia horrorosa contra la comunidad! Cómo puede el SHP invadir un ghetto (para “ayudar”, por supuesto) con un ejército de estudiantes de medicina blancos y por diez semanas llevar a cabo actos de caridad y camaradería y, al mismo tiempo, tener la angustia del ghetto como razón secundaria para justificar la existencia del SHP? La fachada y los cimientos del SHP deben ser cambiados.

El programa de la convención de 1968 tuvo como centro la pregunta: ¿HACIA DÓNDE TE DIRIGES, SHO? y el mismo año el presidente del SHO de Cincinnati declaró en un capítulo de su publicación que “el SHO estaba sufriendo una crisis de identidad”. Definió a los distintivos proyectos estudiantiles como “soluciones temporales y con una orientación en proyectos” que “aunque educativos, están destinados al fracaso eventual porque no atacan las raíces del problema.” *Catalyst*, la publicación del SHO de Boston, enfrentó el problema de la interacción de los estudiantes blancos con los pacientes pobres y de otras razas, sugiriendo que era explotador, con una portada donde aparecía el dibujo de una mano con tez clara dirigida hacia abajo, tratando de alcanzar a una mano de piel oscura con estructuras óseas visibles. El año siguiente algunas citas y dibujos de Mao Tse-tung, Ho Chih Minh y el Che Guevara salpicaron la publicación nacional del SHO: *Encounter*, con éste último en la portada sobre la frase: “el Che Guevara: médico del pueblo”. El mismo número declaró: “el SHO es una organización liberal que fue originalmente pensada como refugio para activistas preocupados y de buenas intenciones, estudiantes de centro-izquierda, que, desde hace mucho, ha sobrevivido esa utilidad”.

Ciertamente, en todas sus actividades, el SHO había definido sus programas únicamente en términos de los estudiantes y sus patrocinadores

académicos y gubernamentales. La gente real de las comunidades pobres y los trabajadores del área de la salud no-profesionales no habían tenido roles importantes en la planeación de los programas diseñados para, supuestamente, ayudarles. Los proyectos pudieron muy bien haber transformado a los estudiantes y concientizándolos, pero ¿No estaban los miembros del SHO tomando de los pacientes pobres sin aportar algo permanente? ¿Qué podrían hacer para lograr más mejoras estructurales de mayor permanencia que los proyectos mismos? En resumen: ¿Que seguía?

Este tipo de cuestionamientos circulaban dentro del SHO mientras Mullan terminaba sus estudios de medicina en la Universidad de Chicago y finalizaba su carrera como uno de los miembros más prominentes de la organización. Mullan nunca adoptó la retórica corrosiva o la disposición revolucionaria política que tenían algunos de los miembros de la organización en aquellos días. Un par de años más tarde, a manera de broma Mullan me comentó que siempre se consideró a sí mismo “el miembro de derecha de un grupo de izquierda”, del Colectivo Lincoln, la formación política que ayudó a organizar poco después de haber llegado al Hospital.

En las tres décadas siguientes, ha surgido mucha polémica en los círculos de medicina y salud pública sobre el Colectivo Lincoln, se discute desde quien formaba parte hasta lo que en realidad hizo. En un capítulo subsecuente Mullan escribe en detalle sobre las ambigüedades del proyecto, desde sus inicios. “Todos llegamos al Colectivo”, relata, “con muchas preconcepciones sobre lo que el Colectivo sería”. Estas múltiples “preconcepciones” contribuyeron a la tensión interna dentro del grupo, desde el principio.

Mullan rememora: el colectivo empezó cuando él y otros dos compañeros, que también realizaban sus prácticas profesionales en el

Hospital, Stein y Bárbara Blase, lo concibieron al juntar a una masa crítica de residentes e internistas políticamente activos en una locación central: el Hospital Lincoln. Con el fin de reflejar el empuje político del Colectivo propusieron llevar a cabo un esfuerzo coordinado de reclutamiento por parte del personal residente y la revisión del programa de pediatría. Con esta idea se acercaron a otros dos internistas: Dave Stead y Charlotte Phillips, quienes eran los únicos dos miembros del personal educados en los Estados Unidos. Stead y Phillips habían elegido al Lincoln por sus principios políticos. Phillips aportó considerable experiencia en la organización, ya que había ayudado a diseñar y a llevar a cabo los proyectos de verano del SHO del área de Cleveland y los proyectos de investigación económica y de acción del SDS, en los que los estudiantes eran mandados a comunidades pobres para organizar a los trabajadores. El grupo se dirigió a Henry Barnett y Lewis Fraad, director y director asistente del Departamento de Pediatría del Colegio de Medicina Einstein, quien finalmente supervisaba el Departamento del Lincoln. A pesar de que Fraad aprobó el plan del grupo, la autoridad final descansaba en Arnold Einhorn, el director de pediatría del Hospital, quien era visto por gran parte de la comunidad y muchos trabajadores como aislado y autoritario. Sin embargo, Einhorn sorprendió al grupo con su aprobación, aunque Mullan sospechó que el prospecto del reclutamiento de treinta miembros del personal residente educados en los Estados Unidos fuera una de sus motivaciones.

La creación del programa bajo estos auspicios oficiales reflejó tensión entre el reformismo liberal y el radicalismo, tal como lo hicieron las actividades propuestas. Mucha de la retórica en su folleto de reclutamiento de cuatro páginas se parecía a la de los proyectos de verano del SHO. El folleto hablaba de los internos y residentes que se habían “aislado y vuelto incapaces de actuar en modos socialmente efectivos en sus situaciones laborales”. Las promesas de “diseminación del conocimiento

del hospital a la comunidad y la iniciación de esfuerzos simultáneos para combatir la pobreza social y física” sonaban conocidas. Sin embargo, otras secciones sugerían divergencias importantes de los días del SHO, la cita del teórico revolucionario y anticolonialista Franz Fanon en la portada, lo hacía obvio. Se trataba de un ensayo sobre Algeria bajo el gobierno francés, Fanon acusaba a los doctores de complicidad con el proyecto imperialista y escribía:

En la situación colonial, ir a ver al doctor, al administrador, al guardia o al alcalde son todas acciones idénticas. La sensación de alienación de la sociedad colonial y la desconfianza de sus autoridades están siempre acompañadas por un sentimiento casi mecánico de desapego y sospecha, incluso en aquellas cosas que son positivas y provechosas para la población.

Los organizadores del colectivo declararon que necesitaban “ser parte de la solución, en lugar de parte del problema” y “afirmar (afirmaban) que estamos en capacitación para servir a la comunidad y comprometidos a largo plazo con los problemas del ghetto urbano”. Estos nuevos sentimientos parecían un producto de la reflexión acerca de los proyectos de verano y su naturaleza a corto plazo. El programa Lincoln, tan sólo por su permanencia durante todo el año, trascendía de modo significativo los proyectos de verano del SHO. Asimismo, prometía cambios estructurales dentro del Departamento, incluyendo continuidad en la atención, en la que el paciente veía al mismo médico en cada visita y en la clínica para pacientes externos.

El programa también ofrecía “capacitación con un énfasis en la generalidad, no la especialización: una reacción en contra de la tendencia hacia la especialización en la medicina”. Una nueva “materia optativa comunitaria” requería que los participantes pasaran tiempo fuera del Hospital, difundiendo información sobre salud. A pesar de que tiene unos matices parecidos al SHO, la diferencia en

la perspectiva se vuelve aparente después de hacer una comparación detallada de la retórica. Los folletos del SHO para los proyectos de verano contenían frases como: “uno de los principales objetivos de estos proyectos es el de *brindar a los estudiantes* experiencia directa en el manejo de estos problemas”, lo que se enfocaba en los beneficios que la participación tendría para los estudiantes y su consciencia política. En contraste, la propuesta Lincoln enfatizaba “un compromiso compartido con la comunidad” y “el transferir conocimiento técnico a las personas”.

En julio de 1970, el Colectivo Lincoln empezó su trabajo con una nueva rotación. Sin embargo, tal como rememora Mullan, desde el principio, sus planes se vieron envueltos en la agitación política del Hospital. Por algunos meses, un grupo comunitario llamado el “Comité Piensa Lincoln” había estado operando una mesa de quejas en la entrada del hospital, en parte para simbolizar la falta de transparencia en la distribución de responsabilidades en el Hospital. Mientras tanto, algunos trabajadores de salud comunitaria que habían sido parte de la toma de 1969 habían formado el *Health Revolutionary Union Movement (HRUM)*, un grupo cercano a los *Young Lords*. Además, tan sólo días después de la toma por un día, ocurrió otro evento dramático que involucró la muerte de una joven paciente puertorriqueña: Carmen Rodríguez, quien había recibido un aborto inducido por solución salina (un método particularmente riesgoso en el caso de mujeres con condiciones cardíacas). El residente (y a veces miembro del colectivo), Michael Smith se enteró al consultar los registros médicos de la paciente de que durante la intervención Carmen había estado resollando y le había sido administrado un tratamiento para el asma, mismo que empeoró su condición. Los doctores que habían supervisado y llevado a cabo su aborto, concluyó, parecían no haber estado enterados de la condición cardíaca de la paciente, ya sea debido a su falta de acceso al historial médico o porque no revisaron sus

antecedentes de manera detallada antes de su admisión.

Las discusiones se generaron rápidamente, los médicos del departamento de obstetricia, forzados por el enojo comunitario, llevaron a cabo una Conferencia Clínico-patológica (un proceso generalmente privado, usado por los médicos para identificar los motivos del fracaso de una intervención médica). En esta Conferencia pública, llamada “conferencia del pueblo” por algunos miembros del Colectivo, los doctores del área de ginecología y obstetricia trataron de explicar la muerte de Rodríguez. La mayoría de los asistentes, incluyendo Mullan, hallaron la presentación confusa. Dirigidos por HRUM, la agitación alrededor del director del departamento, Joseph J. Smith, duró algunos meses más. Las protestas llegaron a su cúspide el 24 de agosto de 1970, cuando 30 miembros del HRUM y los *Young Lords* ocuparon la oficina de Smith y lo escoltaron a su carro, ordenándole que no regresara.

La eventual salida de Arnold Einhorn, quien había aprobado el programa del Colectivo en primer lugar, le dio el toque final al tumultuoso verano. Las declaraciones de apoyo al HRUM y a los *Young Lords* por parte del Colectivo y el número de sus miembros participantes en el volanteo, había incrementado la animosidad de Einhorn. Debido al clima político en el Hospital, a finales de julio doce pediatras, no miembros del colectivo, renunciaron a su puesto. Al final del año el rencor de Einhorn en contra del Colectivo había creado una atmósfera en la que no era posible trabajar; él había dejado de hacer presentaciones académicas. Sin embargo, para su sorpresa, Barnett y Fraad decidieron transferirlo del Hospital Lincoln al Jacobi Hospital, en vez de desalojar al Colectivo. A pesar de que les fue permitido permanecer en el Lincoln, muchos de sus miembros, por una variedad de motivos, empezaron a cuestionar las tácticas del HRUM y de los *Young Lords*, una ambivalencia que se

volvió un tema central durante el tiempo restante del Colectivo en el Lincoln.

El análisis que hace Mullan sobre esta ambivalencia forma el último -y quizá el de mayor peso- tercio de su libro *White coat, clenched fist* (Bata blanca, puño en alto). El Colectivo, que durante su primer año consistía de alrededor de 30 miembros, era políticamente un pastiche en términos de sus objetivos de programación, conducta e ideología. Mullan se consideraba a sí mismo miembro del ala más moderada, sin embargo, otros querían acelerar los compromisos del Colectivo con otros grupos del “Tercer Mundo”, especialmente el HRUM. Rápidamente, un “Comité de Acción Dura”, cuyos miembros se percibían a sí mismos políticamente más adelantados que los demás, se reunieron por separado durante un fin de semana para definir las relaciones con tales grupos. En diciembre de 1970 surgió un nuevo vínculo importante entre el Colectivo y los grupos circundantes, que decían representar a los trabajadores y a la comunidad: la relación monetaria. Para febrero del 1971, el colectivo destinaba de manera regular \$150-250 mensuales a los llamados grupos “Tercer Mundo”: las Panteras negras, los *Young Lords*, el Espíritu de Logos (una clínica de recuperación por drogas en el Bronx) y el HRUM, en el que cada miembro contribuía con apenas \$50 mensuales al presupuesto del Colectivo. Había indicadores de que muchos miembros del Colectivo sentían ambivalencia hacia estos grupos. En mayo de 1971, hacia el final de su primer año de existencia, sus miembros estaban atrasados 3 o 4 meses en los pagos y se generó discusión alrededor de estas cuotas después de que un *Young Lord* solicitó dinero para una fianza, para lo que el colectivo asignó \$1000 adicionales. Otros episodios similares ocurrieron durante su existencia-fluctuación entre sentimientos de ambivalencia y de obligación hacia grupos externos. Por ejemplo, Peter Schnall, conocido como uno de los miembros más radicales del SHO, no

obstante, sentía que las demandas de grupos externos sumaban de manera creciente al “viaje de culpa” del Colectivo y sus miembros, todos ellos blancos. En su libro, Mullan batalla sobre este tema de manera repetida, en algún punto escribe:

obviamente, queríamos comportarnos de manera diferente, como resultado, hicimos lo imposible para no imponernos y poder aceptar el liderazgo de las grupos indígenas.

A pesar de que el Colectivo batalló con estas cuestiones políticas, hizo varios cambios institucionales dentro del Lincoln para mejorar la atención. Estos cambios se debieron, en mucho, a la voluntad de Helen Rodríguez (la nueva directora de pediatría) de trabajar con el Colectivo y al poder que tenía para implementarlos. Uno de éstos era la continuidad a la atención. En una conferencia académica, Rodríguez explicó esta política de la siguiente manera:

Las clínicas de continuidad son una parte muy importante del programa porque esperamos a través de ellas capacitar a los jóvenes médicos en la responsabilidad continua de la atención a los pacientes. Esta política desanima aquellos contactos anónimos y casuales que generalmente tiene el personal con los pacientes en las poblaciones pobres y en las instituciones gubernamentales. El médico es motivado a tomar responsabilidad por un paciente como si fuera el médico privado de la familia; los pacientes tienen los números telefónicos de los doctores y les pueden llamar a su casa.

El otro cambio médico mayor que el Colectivo impulsó de manera exitosa fue el Sistema Weed de “seguimiento de historiales con orientación en problemas”. Este sistema fue formalizado a finales de los años 60s por Lawrence Weed, entonces profesor en la Universidad de Vermont. Durante la siguiente década este sistema remplazó lentamente al de tablas en el que los doctores registraban síntomas de manera descuidada, sin indicar su fecha de

origen o si habían sido resueltos y cuándo. Por contraste, el sistema Weed requería que los doctores enlistaran meticulosamente estos detalles brindando, por lo tanto, un retrato médico mucho mejor y más completo. El Lincoln fue uno de los primeros hospitales en implementarlo eventualmente en toda la institución. Weed asoció su sistema a la continuidad en la atención, ya que sentía que si un solo doctor se encargaba de la misma tabla por el mayor tiempo posible, habría más posibilidades de que lo hiciera de modo apropiado y con detenimiento.

Durante el primer año la introspección (y lucha interna) persistieron, sobre la relación exacta del Colectivo con los trabajadores del Hospital y con la comunidad. Por ejemplo, poco tiempo antes de una nueva rotación de personal en julio de 1971, Hank Abrons ofreció una fiesta para el Colectivo en la casa de su madre, en Conneticut, rápidamente planeada. De entre todos los asistentes tan sólo Denise Bertrand era trabajadora del Hospital, con asistencia frecuente a las juntas del Colectivo. Todos los otros invitados eran doctores blancos, quienes después de una rápida junta para la planeación, concluyeron que el avisar a los trabajadores tomaría demasiado tiempo, con el que no contaban. Sin embargo, después de la fiesta, en una reunión cargada emocionalmente, los miembros concluyeron que “el racismo de la decisión se les escapó en la junta pasada”. El secretario de la junta resumió: “todos sabían que estaban ejerciendo el privilegio de clase, pero no hablaban de eso”. A finales de agosto del 71 había ocurrido la rotación del personal residente y la salida de la mitad del Colectivo (incluyendo algunos de sus miembros fundadores). Después de la ansiedad que caracterizó al principio del verano, muchos miembros del Colectivo expresaron su frustración por la falta de progreso político claro. Uno d los secretarios en la junta del 10 de agosto de 1971 escribió sobre “sentimientos de que algo falta en el Colectivo este año, sensaciones de insatisfacción y frustración, esperanzas no cumplidas y acciones no llevadas

a cabo, sobre el Colectivo como un concepto escurridizo y quizá ilusorio... ¿Quiénes somos? ¿Qué somos? ¿Qué estamos haciendo? ¿Qué estamos haciendo aquí...? ¿Estamos siguiendo? ¿Estamos lidereando...? ¿Somos reyes filósofos o trabajadores, hacedores de actas? ¿Activistas o actores...? Se alcanzó el consenso de tratar de nuevo”, concluía la entrada.

Dos semanas más tarde se reunieron el HRUM y el Colectivo para discutir su futuro, en su presentación al Colectivo miembros del HRUM “se disculparon por haber fracasado en brindar mayor liderazgo” y declararon que habían sufrido de una escasez grave de personas en los últimos meses...” Al mismo tiempo, insistían en que “brindarían liderazgo” al Colectivo. Un miembro resumió:

Señalaron que los doctores están limitados por su posición de clase, especialmente cuando se intenta trabajar en un hospital del Tercer Mundo. El hecho de que somos miembros de la clase reinante con privilegios especiales nos separa de los trabajadores en el hospital. Sentían que a menudo éramos culpables de tener una actitud de colonizadores.

El HRUM argumentaba que lejos de tenerse que “retirar a casa” el Colectivo necesitaba quedarse, ya que poseía habilidades esenciales y tecnología que pocos sabían cómo operar, necesarias para el verdadero “control comunitario y de los trabajadores”, que eventualmente sería implementado. A pesar de que la mayoría de los miembros del Colectivo estuvieron de acuerdo, muchos otros, como Mullan, tenían dudas en cuanto a la noción de “tomar liderazgo” de otro grupo, particularmente por sus recientes experiencias como líderes de un movimiento estudiantil vibrante.

Estas dudas crecieron conforme, de manera gradual, el HRUM impuso su amalgama de política anti-imperialista, marxista-leninista-maoísta sobre el Colectivo. En enero de 1972 removió a sus miembros blancos y los transfirió

a la Alianza Revolucionaria por la Salud (*Health Revolutionary Alliance, HRA*), que incluiría bajo sus ojos a los miembros del Colectivo más radicales. La HRA mandó a Hal Osborn a vender el periódico del HRUM y los *Young Lords* al Hospital Greenpoint en Brooklyn y a otros hospitales de los barrios blancos de la clase trabajadora, como parte de su “desarrollo de ideas proletarias y de la clase obrera” lo que para algunos miembros del Colectivo restó personal en el Lincoln, hecho especialmente grave debido a la reciente disminución de personal residente (hace poco tiempo, hablando con Osborn, me comentó que había empezado a tener dudas acerca de esta tarea). En una junta del Colectivo, en marzo del 71, algunos miembros hicieron preguntas sobre la existencia de “tensión” entre los grupos del Tercer Mundo y el Colectivo. Un debate sobre si se debía ayudar a recabar \$6,000 para la fianza de un *Young Lord* hace tres años encarcelado, reflejaba la creciente incertidumbre entre algunos miembros con respecto a su relación con grupos foráneos. También exhibió la falta de una opinión política uniforme que desde el principio había plagado la toma de decisiones y había hecho difícil un acuerdo sobre un propósito común. Algunos miembros, frecuentemente atacados por su “individualismo” o moderación política, como Mullan, apoyaban siempre de manera ardiente las demandas externas. Sobre la cuestión de la fianza, por ejemplo, Mullan demandó que el Colectivo “se dejara de tonterías” y que cada miembro “fuera forzado a pagar”.

Eventualmente, la relación con el HRUM se marchitó por una variedad de razones. En primer lugar, el HRUM y los *Young Lords* sufrieron desacuerdos internos y cambios de líderes clave. Su demanda de “control comunitario y de los trabajadores” resultó ser mucho menos clara en la práctica. A pesar de los eventos de 1969 y 1970, la comunidad no continuó movilizándose de un modo tan militante y persistente como se había anticipado; quizá porque los hospitales no eran instituciones con las que la comunidad

interactuara del diario, a diferencia de, por ejemplo, las escuelas. Además, siempre fue poco claro qué era exactamente “la comunidad”, más allá de una construcción oportuna invocada por grupos pretendiendo hablar por ella. Las relaciones interpersonales dentro del Colectivo empeoraron conforme estas cuestiones políticas continuaron sin resolverse. Aquellos participantes estimados demasiado moderados fueron acusados de ejercer “individualismo”, entre otras caracterizaciones. En cambio, los miembros más radicales eran vistos como demasiado diferentes al HRUM/HRA, a expensas del Colectivo. Esta dicotomía, por supuesto, no era rígida, y mientras los miembros del Colectivo pudieron haberse inclinado hacia un lado u otro, ocasionalmente se sentían divididos entre ambos.

Con lo que respecta al concepto de “control comunitario y de los trabajadores”, a pesar de todas sus ambigüedades, estaba lejos de una quimera completamente irrealizada. Hacia el final del primer año, el Colectivo empezó una Asociación de Padres de Pediatría con el Departamento, que aprendería acerca de los problemas de los niños, tomaría parte en los debates, y lo más importante, se le permitiría tener voz en la selección del personal. Durante las entrevistas, los padres podrían hacer preguntas a los candidatos. En algún punto, dos niños de 10 y 11 años de edad también participaron. Los Comités gobernantes fueron asimismo reestructurados y los padres, los enfermeros y los trabajadores motivados a atender, igualmente se les permitió hacer quejas en contra de los doctores durante las sesiones de “crítica y autocrítica”. Por ejemplo, en una de esas sesiones, una enfermera comentó que “algunos doctores (tenían) una mala actitud y (eran) difíciles de leer”. Otros se quejaron de la tendencia de los doctores a ingresar a pacientes aunque no parecieran enfermos. Estas juntas, en las que los enfermeros y los trabajadores podían atacar abiertamente a sus supervisores, sin miedo a ser reprendidos, representaban un intento histórico de nivelar las diferencias de

estatus entre el personal. Su intención era la de “ignorar las jerarquías profesionales”, como era establecido en el primer folleto del Colectivo.

Incluso, conforme el Colectivo comenzó a esfumarse en el año de 1975, la mayoría de los que había formado parte desarrolló una nueva conciencia política durante su participación (Mullan lo dejó en 1972). Además, obtuvo un nuevo entendimiento en cuanto a los privilegios que implica el ser un médico blanco en un hospital municipal y que había sido expuesta a los sombríos, incluso mortales, efectos del racismo institucionalizado en la salud.

En el transcurso hicieron modestos y mayores cambios en el funcionamiento médico del Lincoln, lo que tuvo como efecto la toma de responsabilidad de los pacientes y la participación de los usuarios. En un año, el Departamento de Pediatría recibió por parte de la ciudad una valoración de casi 30 puntos más arriba que el promedio. De todos modos, no se podía negar que las condiciones generales del Hospital eran aún graves, mucho de lo cual se encontraba fuera del control del Colectivo. Algunos recortes obligatorios del número de pacientes por sala ocurrieron a la largo de su presencia, como también lo hicieron también los recortes anuales en el presupuesto, que tenían como telón de fondo una crisis urbana fiscal amenazante que, finalmente, tomaría un giro devastador en la salud pública general de la ciudad de Nueva York.

A mediados de 1973, Peter Schnall y Al Ross le escribieron al nuevo director ejecutivo del Lincoln, J.C. Galarce, una lista de más de cuarenta insuficiencias. “En la lista no está todo incluido y ésta no es en absoluto excesiva o lujosa”, escribieron Schnall y Ross. “Parece ser un esbozo escueto de lo que la mayoría de la gente siente que es necesario para brindar condiciones laborales y atención sanitaria aceptables”. A finales de 1974, el Hospital Lincoln perdió brevemente su acreditación después de una inspección de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales. Las

razones citadas incluían las malas condiciones de las instalaciones y la sobrepoblación.

Dos declaraciones de miembros del Colectivo hicieron surgir preguntas provocativas acerca del éxito o fracaso de éste. La primera fue formulada por parte de Ellie Graham durante una discusión acerca de los cupones para comidas. Ella explicó que no veía la relación entre “la revolución personal y la mundial...” su cuestionamiento no era nuevo. Una variante de éste ya había surgido en los tiempos de los Proyectos de Verano, cuando los estudiantes preguntaron si era suficiente el que un desarrollo político, interno y personal ocurriera, aunque el estado de la atención sanitaria, a largo plazo, permaneciera siendo pobre. Esta pregunta era igualmente aplicable para el Lincoln, dada su condición general, incluso después de algunas mejoras internas. Acaso no era, de hecho, la consecuencia más grande del Colectivo no el cambio en el Lincoln o en el sector de atención a la salud, sino la transformación personal? ¿Era esto suficiente?

La segunda declaración, vino de Mike Steinberg, en un artículo en *The Sciences* en el Lincoln. Steinberg observó:

No es suficiente cambiar sólo un hospital o el sistema médico, para cumplir las necesidades de salud y vivienda de toda la gente del país necesitamos un cambio más fundamental del gobierno en la sociedad. El tener una forma de

control comunitario y de trabajadores en este Hospital y el proveer buenos servicios sería tan sólo simbólico si la gente sigue en viviendas miserables, si no tiene trabajo y se ve obligada a vivir de la asistencia social.

Steinberg cuestionó no nada más si la reorganización dentro de una sola institución era suficiente, sino también si la alteración por separado del sistema de atención sanitaria era satisfactoria. ¿Es posible discutir de manera independiente la evaluación del sector salud sin hacer un examen de la sociedad en la que existe?

Estas dos citas, creo, capturan la esencia del trabajo de Mullan. Al terminar, uno tiene la sensación de que continúan haciéndose estas preguntas y de que sus respuestas siguen cambiando. Para darle crédito, el libro evita declaraciones morales simplistas acerca de la política en la era de Mullan, los eventos que vivió y la gente que conoció.

En cambio, uno encuentra a un narrador tremendamente introspectivo y autocrítico cuya voz matizada debe ser leída dentro y fuera del sector salud.

Con su reimpresión a cargo de *University of Michigan Press* y *Medicina Social*, espero que más generaciones puedan descubrir y debatir los importantes temas que el autor destaca.

