

I Jornadas de Investigadores y Estudiantes del ICSE: Producir conocimiento en el contexto de crisis. Instituto de Cultura, Sociedad y Estado. Universidad Nacional de Tierra del Fuego AelAS (ICSE-UNTDF), Ushuaia y Río Grande (Tierra del Fuego), 2019.

El modelo médico hegemónico en cuestión. El centro de salud Nº 3 en Rio Grande (Tierra del Fuego).

Quiroga, Franco Julián.

Cita:

Quiroga, Franco Julián (2019). *El modelo médico hegemónico en cuestión. El centro de salud Nº 3 en Rio Grande (Tierra del Fuego). I Jornadas de Investigadores y Estudiantes del ICSE: Producir conocimiento en el contexto de crisis. Instituto de Cultura, Sociedad y Estado. Universidad Nacional de Tierra del Fuego AelAS (ICSE-UNTDF), Ushuaia y Río Grande (Tierra del Fuego).*

Dirección estable:

<https://www.aacademica.org/i.jornadas.de.investigadores.y.estudiantes.del.icse.producir.conocimiento.en.el.contexto.d.e.crisis/4>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eaMt/rBs>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>.

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>.

EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO EN CUESTIÓN. EL CENTRO DE SALUD N° 3 EN RIO GRANDE (TIERRA DEL FUEGO)

FRANCO JULIÁN QUIROGA¹

RESUMEN

En 1978 se realizó en Alma-Ata, Kazajistán (URSS) la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. El motivo principal de la conferencia fue poner en el centro del debate el concepto “Atención Primaria de la Salud”. El punto sobresaliente, producto de la conferencia, fue entender la salud como parte de un bienestar físico-mental-social, contraponiéndose a la visión de salud como ausencia de enfermedad. Esta es la muestra de cuál era la disputa que hizo nacer a la conferencia de Alma-Ata, la discusión con el Modelo Médico Hegemónico (MMH), siendo su expresión la medicalización de la vida.

Propongo abordar el Centro de Salud de Atención Primaria N° 3 del barrio Austral, Rio Grande – TDF, como institución que se encuentra en tensión dos prácticas médicas opuestas –salud comunitaria y MMH- en un contexto de vulnerabilidad social. Para ello he realizado entrevistas abiertas a Leonardo (médico generalista) y Diana (médica generalista-jefa de área) para conocer en sus prácticas cotidianas cómo conviven con la tensión entre ambas prácticas médicas. Desarrollaré un recorrido descriptivo desde una mirada organizacional para luego identificar el entramado de relaciones sociales desiguales, es decir, de relaciones de poder.

PALABRAS CLAVES: MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO – SALUD COMUNITARIA –
MEDICALIZACIÓN

¹ Estudiante ICSE- UNTDF. Correo electrónico: quiroga.franco90@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En 1978 se realizó en Alma-Ata, Kazajistán (URSS) la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, con participaciones de 134 países, 67 organismos internacionales y ONG – entre ellos Unicef y la Organización Mundial de la Salud-, con la ausencia de China. El motivo principal de la conferencia fue poner en el centro del debate el concepto “Atención Primaria de la Salud”. Esto se debía a que, como menciona Tejada de Rivero –organizador de la conferencia-, la palabra *atención* abría la (mala) interpretación de considerarla como mero servicio médico-paciente (activo-pasivo) y la palabra *primaria* como referencia a un servicio de bajo nivel, o para pobres; cuando en Alma-Ata se “consideraba como primario a lo esencial, nuclear, fundamental, sustutivo y prioritario” (Tejada de Rivero, 2018: 362).

El punto sobresaliente, producto de la conferencia, es entender la salud como parte de un bienestar físico-mental-social, contraponiéndose a la visión de salud como ausencia de enfermedad. Esta es la muestra de cuál era la disputa que hizo nacer a la conferencia de Alma-Ata, la crítica al Modelo Médico Hegemónico (MMH).

Se entiende por MMH “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes y ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.” (Menéndez, 1988:1)

La salud vista como falta de enfermedad deviene en una de las características fundamentales del MMH, el biologicismo. Esto hace que toda manifestación patológica tenga como único fundamento la cuestión biológica y que quede suscripta al ámbito de lo privado, relegando aquellas causas que resultan de la cuestión social. El ejemplo paradigmático será la medicalización de la vida.

En este escrito propongo abordar el Centro de Salud de Atención Primaria Nº 3 del barrio Austral, Rio Grande – TDF², como institución que se encuentra en tensión entre dos prácticas médicas opuestas –salud comunitaria y MMH- en un contexto de vulnerabilidad social. Para ello he realizado entrevistas abiertas a Leonardo (médico generalista) y Diana (médica generalista-jefa de área) para conocer en sus prácticas cotidianas cómo conviven con la tensión entre ambas prácticas médicas. Desarrollaré un recorrido descriptivo desde una mirada organizacional para luego identificar el entramado de relaciones sociales desiguales, es decir, de relaciones de poder.

² El trabajo de campo se realizó durante el primer cuatrimestre de 2018, en el marco de la materia Sociología de las Instituciones brindada por la profesora Karina Giomi. Agradezco las observaciones de la profesora, como también las realizadas por Paula Gigliotti, siempre atenta a mis consultas. Por último agradezco la muy buena predisposición de Leonardo y Diana, del CAPS Nº 3.

I

3

[La crítica al Modelo Médico Hegemónico] cuestiona la institución como función y ahí es cuando se tropieza con todas estas estructuras que son invisibles y visibles".

Leonardo - Médico Generalista

El Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) Nº 3 se ubica en las calles Oroski y Karukinká del barrio Austral, ciudad de Río Grande - Tierra del Fuego. A grandes rasgos, el barrio Austral es uno de los barrios más poblados de la ciudad como también uno de los más complejos en cuanto a sus problemáticas sociales. El barrio Austral (antiguamente zona de relleno sanitario) se encuentra delimitado geográficamente por el Río Grande (conectado por el puente Gral. Mosconi), razón por la cual nutre su otro nombre como Margen Sur. De esta manera, suele distinguirse a la Margen Sur como todo lo que está del otro lado del puente y al barrio Austral como la parte vieja, la cual resulta la zona formalizada en cuanto a servicios, contrario al resto donde se encuentran asentamientos informales y chacras. El CAPS Nº 3 se encuentra en lo que sería la zona formalizada junto al colegio primario Nº 4, cerca de una plaza y un gimnasio de box municipal.

Partiendo desde una perspectiva organizacional Schlemenson sostiene que "la organización constituye un sistema socio - técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socio - económico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación." (1988: 1)

En este sentido, el CAPS Nº 3 consta de cinco consultorios, los cuales se reparten entre odontología, kinesiología, psicología, extracción de sangre y medicina general. A su vez, cuenta con una cocina, dos baños (acordes para movilidad reducida), depósito, sala de máquinas, sala de espera, administración y enfermería (vacunación y nebulización). Por el lado del personal el centro de salud cuenta con dos médicos generalistas (incluyendo jefa de área), tres agentes sanitarios, cuatro administrativos, dos personas en limpieza, cuatro enfermeras, un kinesiólogo, una odontóloga y un psicólogo; un total de dieciocho personas trabajando en el centro de salud.

Respecto al plano reglamentario el centro de salud se encuentra enmarcado dentro del régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (Decreto Nacional N° 939/2000) promulgado por el entonces presidente de la nación Fernando De la Rúa. El decreto firmado en el año 2000, de forma resumida, señala:

Art. 2º— Serán objetivos del presente régimen los siguientes:

- b) Fomentar una gestión eficiente y racional de la salud.
- c) Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.
- d) Respetar las particularidades regionales y locales de los establecimientos bajo el sostenimiento y consolidación de una concepción federal de la salud.

Art. 5º — Los HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.

Art. 7º — El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA guiará su accionar a través de los siguientes lineamientos:

- a) Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad, a la población no cubierta por los restantes subsistemas de atención de la salud.
- b) Orientar un cambio del modelo de Atención de la Salud en todos sus niveles en el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 455/00.
- c) Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia.
- d) Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad.
- e) Participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población.

Respecto al Decreto N° 455/00, también firmado por el presidente Fernando de la Rúa, se puede tomar como eje principal:

“Afianzar la Atención Primaria de la Salud y el sistema de Médicos de Cabecera a nivel nacional como una estrategia fundamental para mejorar la eficiencia de la asignación del gasto, lo cual deberá traducirse a mediano plazo en el logro de indicadores de salud más ajustados a la inversión realizada”.

“Desarrollar y promover programas y acciones dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad bio-psico-social con el fin de controlar los riesgos evitables y de fortalecer los recursos tales grupos a la madre y al niño, al adolescente, a los pueblos indígenas, a las personas de edad avanzada, a las personas con capacidades diferenciales, a las poblaciones marginadas y de pobreza estructural y a todo otro grupo que por su condición quede incluido dentro de la presente definición”.

Retomando a Schlemenson, éste entiende que “toda institución encierra una idea que está referida a algo que puede ser creado para satisfacer necesidades de una audiencia externa y de esta manera también satisfacer necesidades de los miembros de la organización” (1988, p. 1). Así se define la función del centro de salud como:

“la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.” (Vignolio, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011)

También el decreto N° 939/2000 establece al centro de salud como el primer nivel de atención, definido como:

“El más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz”. (Vignolio, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011)

Esta recopilación de reglamentaciones y definiciones no son azarosas. Si observamos de manera detallada encontramos una de las tensiones notorias entre el MMH

y la salud comunitaria. Esta tensión es visible en la redacción de los artículos de los decretos mencionados. Por ejemplo, el decreto Nº 455/00 menciona “afianzar la Atención Primaria de la Salud y el sistema de Médicos de Cabecera a nivel nacional como una estrategia fundamental para mejorar la eficiencia de la asignación del gasto...”. Allí se expresa cómo una visión ligada a la reducción y racionalización de los costos se entrelaza con prácticas no directamente mercantilizadas, es decir, comunitarias.

Hay que tener en cuenta que las medidas tomadas sobre la atención primaria de la salud fueron tomadas en un contexto de crisis³. Y este punto es interesante ya que la atención primaria de la salud abordada en la Conferencia de Alma-ata fue pensada en términos progresistas, de ampliación de derechos; paradójicamente, en Argentina termina siendo utilizada no por su concepción original, sino porque efectivamente es una práctica menos costosa y eficiente.

En cuanto a su estructura jerárquica el CAPS tiene su propia dirección dentro del Hospital Regional de Rio Grande, sin embargo, es una entidad independiente en la toma de decisiones, lo cual, no quiere decir que no tenga contacto con el segundo nivel de atención –con el hospital-. Si bien formalmente los CAPS siguen los lineamientos del decreto Nº 939/2000, en la práctica resulta ser más complejo. Como menciona Diana: “*La idea que tenemos es que esta [la organización] sea totalmente horizontal, que cada integrante del equipo tiene su voz. Y que el médico no sea siempre el que tiene que resolver todos los problemas*”. O como dice Leonardo: “*Nosotros manejamos una regla que es la normatización centralizada y descentralización operativa. O sea, tiene que haber una norma que sea central y de esa norma cada centro de salud la descentraliza operativamente para poder llevarlo a cabo en su barrio. A diferencia del hospital que funciona de manera vertical*”. Esta mención de la verticalidad del hospital no es casual, ya que el hospital es el lugar de referencia del MMH, con prácticas verticales y jerarquías no discutibles (principalmente para el caso de los cirujanos) que pasan por encima la lógica de la salud comunitaria como forma colectiva y horizontal de promover la salud. Schlemenson (1988) sostiene que la estructura organizativa tiene como base conductas prescritas, es decir, un comportamiento esperado entre estructuras y roles. En este sentido, la salud comunitaria busca romper con esa rigidez en tanto roles y estructuras del centro de salud, como mencionan Leonardo y Diana, a través de la democratización en la toma de decisiones de sus integrantes.

³ Cabe mencionar que De la Rúa fue el último presidente en aplicar el estado de sitio el 19/12/2001.

II

"[Para el MMH] un sano es una persona que no ha sido lo suficientemente estudiada."

Maria L. Pfeiffer

Uno de los críticos a las miradas institucionalistas es Carlos Acuña (2010), quien entendió que la institución como variable explicativa subordinaba las otras variables del estudio social. Uno de sus aportes tiene que ver con el estudio de las instituciones “débiles”, donde el “mal” funcionamiento de lo formal puede ser mal interpretado como una señal de debilidad de la institución. El error de pensarla de esa manera, según Acuña, es no tener en cuenta que su debilidad puede ser efectiva para otro fin. Para el caso del centro de salud, su debilidad, en cuanto a las prácticas cotidianas de la salud comunitaria, resulta funcional al sostentimiento del MMH.

Pero en un plano más profundo, como señala Michel Foucault, “al analizar las relaciones de poder a partir de las instituciones, se expone uno a buscar la explicación y el origen de éstas en aquéllas, esto es, a explicar, en suma, el poder por el poder” (Foucault, 1988, p. 16); como también, Giorgio Agamben (2008), haciendo una relectura de Foucault, pudo explicar el cambio epistemológico propuesto por el francés al priorizar el estudio de los dispositivos concretos a través de los cuáles el poder penetra en los cuerpos mismos de los súbditos y que gobierna su forma de vida, contrario a los estudios juristas e institucionales sobre el poder.

Según Foucault (2016), durante el S. XVII y XVIII se pasó del peso del poder soberano sobre la muerte, a la administración de los cuerpos y al cálculo de la vida. Esto sería a través de dos vías; por un lado, la anatopolítica del cuerpo humano centrada en el aumento de las capacidades, de su utilidad y docilidad a través del poder de las disciplinas; y por otro lado, una biopolítica de la población, centrado en el control de procesos biológicos como los nacimientos, mortalidad, longevidad, etc. De esta manera el poder no se caracteriza por la capacidad de matar, sino de invadir todo intersticio de la vida, conformándose como bio-poder. Para Foucault esto será de suma importancia para el

surgimiento del capitalismo en tanto éste necesitaba de cuerpos dóciles y útiles que se integraran al modo de producción capitalista.

Una de las formas de bio-poder será la medicina en tanto forma que se inscribe en la totalidad de las relaciones sociales. En una de sus conferencias, Foucault (1977), expuso que la medicina moderna se establece como tecnología del cuerpo social, y no solo eso, sino que se establece como medicina colectiva, es decir, logra socializar su objetivo sobre el desarrollo de la fuerza productiva del capitalismo, el proletariado. Pero este interés por el cuerpo, la salud del proletariado, no llegará hasta el S. XIX.

El S. XIX también representa el momento donde la medicina se circunscribe bajo los lineamientos de la ciencia, como sostiene María L. Pfeiffer. Esto lleva directamente a su status como saber verdadero y confiable, objetivo. De esta manera, “la medicalización de la vida tiene que ver con una creencia fundamental y es que la medicina puede afectar todos los acontecimientos de la vida humana [...]. Esta creencia se sustenta en el supuesto de que la vida es básicamente una cuestión médica, en cuanto ha quedado reducida a su concepción biológica” (Pfeiffer, 2015, p. 31). De esta manera podemos captar la génesis del MMH, en la unión entre la medicina y la ciencia.

Desde la visión de la ciencia el cuerpo queda reducido a una serie de elementos biológicos que, ante una interrupción del equilibrio, será la ciencia (médica) quién aportará la solución para que esa serie de elementos biológicos vuelva a su estado normal. Menéndez ha sido muy crítico al respecto, al decir que “para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico” (1988, p. 3). Así la ciencia aparece como un saber meramente técnico, ahistórico y desideologizado. Si la enfermedad es vista como un producto biológico, se individualiza al sujeto atribuyéndole la causa en su ser privado, relegando toda explicación que se encuentre por fuera a los lineamientos del MMH, esto es, a las determinaciones socio-históricas.

La solución, entonces, propuesta por el MMH es la medicalización de los cuerpos atado a los intereses del capital. El claro ejemplo sobre la unión entre medicalización y capital es la industria farmacéutica que, a costa de los individuos, genera alevosas cantidades de dinero gracias a las investigaciones científico-médicas y a la enorme producción de medicamentos para restablecer la normalidad biológica del cuerpo a través del medicamento. Y en un contexto de vulnerabilidad social, como el CAPS N° 3, esto se

vuelve muy notorio. Martha E. Pernalete (2015) señala cómo la desigualdad en las enfermedades son reflejo de las desigualdades sociales en las que viven los individuos. Sobre este punto Diana comentaba que a los pacientes del barrio los percibe “*como una población muy demandante, con muchos problemas que necesitan la resolución inmediata. [...] Generalmente la persona se tiene que ir con una pastilla. Eso también es falta de educar. A veces pasa que acá le decimos “no te hace falta”, y se va a otro centro de salud y le dan algo para que se vaya conforme. Y a veces lo hacemos, nosotros le damos el término de placebo (los psicólogos le dirían fetiche), pero la idea es que no terminemos en eso, lo ideal sería educar. En ese sentido nos transformamos en recetadores. Pasa de que viene un paciente y te da una lista de los remedios que toma, sin embargo buscamos que nos cuente y nos explique por qué los necesita y de ahí ver si le hace falta o no*”.

La mención que hace Diana es fundamental para comprender la circularidad en la dominación que establece el MMH con los pacientes. Es decir, éstos, en un contexto de vulnerabilidad social, buscan en el CAPS la solución a su malestar. Y aquí surge el otro problema, ese malestar no es falso, sino que la raíz de ese malestar que tiene un carácter socio-histórico queda relegado al plano biológico. Y como hemos visto a lo largo del trabajo, la solución pasa por la “pastilla” que efectivamente es lo que buscaba el paciente, y que efectivamente le quitará su malestar, alimentando el tandem médico-receta-farmacia-capital.

CONCLUSIÓN

El CAPS Nº3 del barrio Austral se inscribe como institución que encierra una paradoja. Desde el punto de vista formal el centro de salud aplica bajo la perspectiva de la salud comunitaria. Sin embargo, en la práctica cotidiana entra en tensión este modelo con las visiones establecidas en el ambiente de la salud, el Modelo Médico Hegemónico; característico del segundo nivel de atención, el hospital.

Desde el plano organizacional las prácticas del MMH permean en la cotidianidad del CAPS convirtiéndolo, por momentos, en un mero anexo del hospital; siendo su “debilidad institucional” funcional al MMH.

En cuanto a la normativa se observa la tensión presente entre racionalización/reducción de costos frente a las prácticas colectivas de promoción de salud, propias de la salud comunitaria.

Por último, la pastilla como solución al malestar muestra cómo el MMH se niega la posibilidad de construir un saber colectivo. Es decir, circunscribir el saber al carácter biológico relega al sujeto la capacidad de conocer qué es lo que lo está afectando, al no tener la posibilidad de diálogo con el saber científico-médico. Por lo tanto, el hospital y el CAPS, en sus prácticas del MMH, terminan monopolizando la capacidad de responder al malestar “orgánico”. De esta manera, la intervención para con los sujetos deviene en la fragmentación del cuerpo, mirados desde la especialidad médica, relegando la visión de un sujeto integral en los términos de la salud comunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA, C., (2010). *¿Cuánto importan las instituciones? Gobierno, estado y actores en la política argentina*, Argentina, Buenos Aires: Siglo XXI.
- AGAMBEN, G., (2008). *De Signatura rerum. Sobre el método*. España, Barcelona: Anagrama. Cap.1.
- FOUCAULT, M., (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 50(3), Selección.
- FOUCAULT, M., (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, Vol. 11 (Nº 1).
- FOUCAULT, M., (2016). *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. Argentina, Buenos Aires: Siglo XXI.
- MENÉNDEZ E. L., (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Pág. 451- 464.
- PERNALETE R., M. E. (2015) Una reflexión acerca de la pobreza y la salud. *Salud de los Trabajadores*, Vol. 23 (Nº 1).
- PFEIFFER, M.L. (2015) Medicalización de la vida. *Revista Brasileira de Bioética*. Volume 11 - (Números 1-4).
- SCHLEMENSON, A. (1988) *Análisis organizacional y empresa unipersonal*, Argentina, Buenos Aires: Paidós.
- TEJADA DE RIVERO D.A., (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 64(3): 361-366.
- VIGNOLIO, J., VACAREZZA, M., ÁLVAREZ, C., SOSA, A., (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*. XXXIII (1): 11-14.