

MODELO MEDICO HEGEMONICO

(Ponencia)

PANELISTA :

Lic. Susana Belmartino

Historiadora. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario

Lic. Belmartino. — ¿Qué es un modelo? Significa hacer una determinada abstracción de la realidad que uno analiza; tomar de esa realidad los rasgos más salientes, como dominantes, de manera de encontrar una cierta racionalidad en la dinámica de esa realidad; tomar rasgos que no aparezcan como aislados, sino que aparezcan como en una dialéctica de reforzamiento de apoyarse los unos a los otros, y potenciarse, y al mismo tiempo esto termina en algún momento siendo eficaz para la función que esa práctica social debe cumplir; pero en determinado momento y contradictoriamente empieza a socabar esa eficacia, y es ahí donde podemos ver por qué del mismo modelo surgen las condiciones de su crisis.

En general, en este modelo médico hegemónico, se delimitan cuatro o cinco grandes rasgos. Se dice que parte de una concepción de la salud y de la medicina, que es individual y biologista; se dice que es tecnocrático, iatrogénico, medicalizante. El primer rasgo es fácilmente explicable, se parte de la necesidad de atacar la enfermedad en un órgano, en un aparato, se olvida por lo general al individuo como ser integral a esta necesidad de atacar la enfermedad lleva a una especialización, una fragmentación del conocimiento y del ser humano. Al mismo tiempo desvanece las relaciones de esos procesos de enfermedad con la sociedad en que el individuo que lo sufre está inserto, se ve la enfermedad como un hecho puntual que ataca a un individuo determinado cuyas causas son cognoscibles, pero se olvida que ese individuo está en

un medio, y que las condiciones y relaciones de estos también son causas de enfermedad. Se olvida que la salud y la enfermedad no son hechos separables, distinguibles en cada ser concreto, sino que forman parte de un proceso, de una suma de valores que es muy difícilmente distinguible, en estos términos antagónicos de salud y enfermedad. De esta concepción individual y biológica de la práctica, surge como resultado una excesiva especialización de la práctica, fragmentación del objeto de conocimiento y una negación de los factores sociales que influyen más allá de lo biológico e incluso de lo psicológico, en pro de la salud y enfermedad colectiva.

El segundo rasgo es que este modelo es definido como tecnocrático. Lo que se intenta definir es que se parte de una concepción de lo científico y lo técnico, como proceso que conduce inexorablemente al bienestar del hombre; se parte de una conceptualización de lo técnico como neutro, y se olvida en muchos casos las contradicciones que suele haber en la aplicación de procesos técnicos en determinadas condiciones sociales. Este carácter tecnocrático también surge de la configuración de un monopolio del saber, que utiliza un lenguaje que se define previamente como científico, en base a conocimientos que han sido probados y verificados empíricamente; de esa manera se establece una especie de decisión en el que sabe, por lo tanto está en condiciones de resolver los problemas de sus pacientes que no saben y deben someterse a la voluntad del médico, deben aceptar la visión que el médico propone de sus problemas sin tener ninguna posibilidad de apropiarse ni siquiera de una parte de ese conocimiento. Esta actitud tecnocrática, esta superioridad del médico sobre el paciente basada en el saber, configura una relación médico-paciente en la que el paciente está en una situación de sometimiento, de subordinación; el paciente se constituye como dependiente, el médico es quien va a solucionar su problema, es el que conoce su problema y el que asegura la posibilidad de salir de él.

Foucault dice: "No solo el mal científico es peligroso, sino que también el éxito de la ciencia puede ser peligroso para algún tipo de desarrollo social. El da dos ejemplos: el primero es el descenso del nivel de inmunidad de la población a partir de la generalización de los antibióticos; el segundo es este tema tan

debatido actualmente que es el de la manipulación de la información genética, que también puede utilizarse como ejemplo de lo que puede ser la técnica no neutralizada por una definición en términos de valores; la única manera de manejar la técnica de manera que no sea peligrosa es asignarla a una escala de valores que la sociedad tiene que definir para sus objetivos y prioridades. Pero hay un ejemplo mucho más reciente de este peligro de los éxitos de la ciencia, que son los efectos que tienen la utilización de estrógenos en la alimentación de pollos y de ganado; ha habido una cierta conmoción actualmente por el desarrollo sexual precoz de niños en algunos lugares de Centroamérica, que se asocian específicamente a este problema de la alimentación, y esto no es una cuestión banal, que las niñas estén en condiciones de concebir a los 9 ó 10 años es algo que va más allá de cualquier problemática en torno a sus costumbres sexuales, sino que trae toda una cantidad de consecuencias sociales que no se pueden dejar de lado. Por estas contradicciones que tiene este uso de la técnica como valor absoluto, supremo, es que se dice que el modelo médico además de iatrogénico, aliena al individuo del conocimiento de las causas, y de los procesos sociales asociados con sus procesos de salud-enfermedad; convierte al individuo en un ser sometido al veredicto técnico de un grupo de personas que monopolizan un saber, le niega al individuo y a los grupos sociales la posibilidad de controlar sus condiciones de salud-enfermedad, de actuar positivamente en defensa de esas condiciones.

Se dice que este modelo médico es medicalizante, ¿qué significa esto? Que en relación con la totalidad de las prácticas sociales, la medicina cada vez tiene en mayor medida un campo exterior (la medicina tomada en un sentido amplio); así cada vez invade la totalidad de las prácticas sociales, ya no es solo la enfermedad sino es también la psiquis; ya no solo son los criminales no imputables los que están enfermos, sino que también a los criminales imputables se les hace un diagnóstico de enfermedad; ya el parto ha dejado de ser un fenómeno natural, para convertirse en un hecho médico; y esto tiene una influencia muy grande sobre la eficacia simbólica de la medicina, que aparece como aquella ciencia o disciplina capaz de definir lo

que es sano y lo que es enfermo en una sociedad y en la medida en que define esto tiene la posibilidad de definir la desviación como enfermedad; también tiene la facultad de intervenir sobre la desviación y controlarla. Esta es una de las herramientas más poderosas y peligrosas que el saber médico tiene en sus manos en este momento. Esta medicalización también, aunque no en todos los casos, proviene de un énfasis en la prevención, de ahí vienen los chequeos periódicos, las pruebas de papanicolau de rutina; eso es medicalizante, y no siempre está asociado a una mercantilización de la práctica, a una fácil conversión de la salud en mercancía, esto aumenta los costos, aumenta la iatrogenia, aumenta las consecuencias sociales de este modelo.

Otro rasgo es que es fuertemente no igualitario, en la medida en que las condiciones de excelencia de la práctica se asocian cada vez más con la disposición de conocimiento especializado y con la disponibilidad de tecnología; es cada vez más no igualitario el acceso a esa práctica y a esa información que no solo ha dejado de ser igualitario para los pacientes, sino que cada vez en mayor medida está dejando de ser igualitario para los profesionales médicos; y esto probablemente es una de las contradicciones del modelo; hay una gama muy grande de profesionales que no tienen posibilidad de acceder ni a la especialización, ni a los recursos que el sistema tiene para pagar sus servicios.

A partir de que el modelo médico hegemónico, se implanta en grandes instituciones burocratizadas y a partir de que la medicina queda sometida al desarrollo técnico de otras ciencias, como la computación, entonces a su vez, los mismos médicos en países centrales fundamentalmente, están siendo expropiados de su saber y de las condiciones de su práctica por los grandes sistemas computarizados que están en condiciones de hacer una historia clínica, de hacer una revisión del paciente, de prescribir técnicas auxiliares, de hacer un diagnóstico e incluso hacer un pronóstico de la enfermedad que el paciente tiene; el médico, cada vez más a medida que el desarrollo técnico científico se haga cargo de las prácticas de la salud, está pasando a ser un intermediario entre esta tecnología, esta ciencia, controlado por grandes instituciones burocratizadas; y al paciente que debe someterse a esas revisiones y a esos chequeos.

La pregunta es cómo este modelo, si no es culpa de los médicos, si no es un resultado de los representantes colectivos, es un resultado de la forma como cada sociedad define sus expectativas y aspiraciones en torno al tratamiento de sus enfermedades; si hay un responsable de la manera en que este modelo médico se ha afirmado; si hay un responsable de que todo el mundo quiera ser médico, de que todo el mundo sienta la necesidad de ser pasado por un tomógrafo computado cuando tiene algún síntoma etiológicamente difícil de definir, es la forma como la sociedad en general acepta que es la manera por excelencia de resolver sus problemas y atender sus dolencias. Para entender el proceso, para entender cuál es el mecanismo que lleva a la afirmación de ese modelo como aceptado por la generalidad de la sociedad, tenemos que ir a las raíces, a la forma cómo este modelo se afirma y por qué. En general se habla de que la afirmación de este modelo se produce por la gran eficacia curativa de la medicina, en términos de lo que Milton Terris llama "la revolución epidemiológica". La primera revolución epidemiológica es la que termina de desarrollarse en los años '40, que a partir de los antibióticos y de los agentes quimioterápicos termina con el flagelo de las enfermedades infecciosas. La eficacia curativa de la medicina, en ese momento es tan grande, que aparece como la ciencia que puede llevar en un camino directo al bienestar del hombre. Esta eficacia se transforma en estos años, en eficacia simbólica a partir que se define una especie de derecho general a la salud; se define a la salud como un derecho humano por excelencia, y a partir del derecho a la salud de cada individuo, de una igualdad al acceso a la salud por parte de cada individuo, se concreta así la utopía igualitaria que permite en buena medida legitimar la práctica médica y las acciones de salud.

Junto con el fortalecimiento de esta defensa, de esta reivindicación del derecho a la salud, aparece un mecanismo relativamente complejo, en el que algo que se define como un derecho y por lo tanto debería estar respaldado o asegurado por un servicio no lo es. En vez de ser un servicio lo que la medicina presta a aquellos detentores del derecho a la salud, paulatinamente se va convirtiendo en una mercancía; y esto pasa por un sistema

que curiosamente o no, se arraiga a partir de los años '40, a partir de la segunda guerra mundial, que son los sistemas de financiación de la atención médica pagados por terceros.

Por otro lado es un mercado muy particular porque el paciente no tiene ninguna posibilidad de evaluar ni calidad, ni eficacia; el paciente solamente para su circunstancia de enfermedad individual, tiene la posibilidad de elegir el médico, pero una vez que lo eligió y que se sometió a las prescripciones de ese médico, no tiene ninguna posibilidad de comparar la manera como ese médico resolvió su problema, con otras maneras posibles resultantes de otras instituciones médicas de solución de los problemas de enfermedad. Esto es lo que configura a este mercado, como un mercado atípico; permitiendo, este sistema de seguridad, una generalización de la atención, una accesibilidad a la atención muy significativa que permite también el desarrollo de la medicina como una práctica rentable, permite que la práctica en sí misma se convierta en un área muy importante de valorización de capital. A partir de esos sistemas de financiamiento la medicina se convierte en un área muy importante de realización de capital, a partir de la producción de equipos médicos, de medicamentos, de clínicas y consultorios privados y a partir de la organización de sistemas de financiación de seguros privados, que van a dar cobertura a aquellos que la cobertura social no llega o sea insuficiente o que no responde a sus expectativas.

Todo esto contradictoriamente, al mismo tiempo que respalda el afianzamiento del modelo, va socavando los cimientos del modelo, que se van a ver cuestionados cuando aparezca lo que se ha llamado "la triple crisis" del modelo médico hegemónico. Se define en líneas muy generales, como crisis de costo, de eficacia y de accesibilidad. La más evidente es la crisis de costo, que ha llevado el porcentaje del producto bruto interno que la mayor parte de las naciones dedican a la atención de la medicina de alrededor de un 4 ó 5 % en los años '70 a un 10 ó 14 % en los años '80. Ha llevado a una preocupación muy grande por parte del gobierno para controlar la aplicación de la tecnología, no tanto por sus posibilidades iatrogénicas, sino porque la incorporación de tecnología ha resultado ser un elemento multiplicador del costo en términos, al parecer, muy difíciles de controlar. Si

la crisis es de costo, es necesario pensar que la mercantilización ha tenido alguna incidencia, y que la tecnificación también ha tenido alguna incidencia en estos costos.

Pero además, la crisis es de eficacia; si el modelo médico se mostró particularmente eficaz para solucionar el problema de las enfermedades de la pobreza, se ha mostrado dado su carácter curativo, mucho más ineficiente e ineficaz en la resolución de lo que se llama las enfermedades de la riqueza, de la civilización. El modelo médico no tiene respuesta al parecer inmediata, para todas las enfermedades crónicas y degenerativas que han empezado a sumar los índices de mortalidad en las naciones más desarrolladas; no tiene respuesta para el envejecimiento de la población, ni para todas esas enfermedades, que son por definición incurables, que necesitan más que curar a los enfermos, un sistema, una práctica que se dedique a cuidarlos; tampoco tiene respuesta para todas las enfermedades que se asocian con el stress, con la vida moderna. En esos términos se plantea una crisis de eficacia. Milton Teris define la necesidad de una segunda revolución epidemiológica, necesidad que seguramente está asociada con los modelos alternativos que ya se están planteando a partir de la conceptualización de crisis que está sufriendo el modelo médico hegemónico.

La crisis o los cuestionamientos al modelo médico hegemónico vienen, de que el énfasis se ha puesto no en la eficacia sino en la eficiencia; el énfasis no se pone en el resultado de la acción médica sobre el paciente, de la utilización de los recursos, no se evalúa los resultados sobre el paciente, sino que se evalúa al costo de la atención y la necesidad de dedicar recursos cada vez más controlados para resolver las necesidades crecientes por parte de la población.

La crisis de accesibilidad hay que pensarla en términos de una población que cada vez demanda más atención médica, por esto de que la medicina absorbe todos los niveles de la vida de la sociedad, pero también porque hay una mayor conciencia del cuerpo, de las necesidades del individuo, de las respuestas que a medicina puede dar a estas necesidades; y cada vez en función de la crisis de costo es más difícil garantizar el acceso de la población a la atención.

Hemos intentado definir muy brevemente el modelo, tratando de plantear las condiciones de su génesis, de su crisis, de cuáles son los elementos que desde el mismo modelo lo están cuestionando, porque costo, eficacia y accesibilidad son elementos que cuestionan al modelo desde el interior del mismo. El cuestionamiento no viene de una visión alternativa; la crisis tal como la he planteado viene del interior del modelo mismo, el que se revela incapaz de seguir reproduciéndose ya sea por la cantidad de recursos que la sociedad está dispuesta a dedicarle, por los problemas que el mismo modelo debería plantearse o se plantea solucionar y no llega ni siquiera a tocar por la misma iatrogenia que esta excesiva intervención produce, también por la demanda que este modelo ya no puede satisfacer.

¿Cómo se plantea la discusión de este modelo en la sociedad argentina de hoy? Respecto a esto hay un artículo muy viejo, que debe tener 5 ó 6 años, de Carlos Canitrot que es el que con más sencillas palabras plantea el problema, dice: "Lo que se plantea cuando se discuten los problemas de salud, es lo que debería ser alternativa de este modelo médico, son las políticas macro, y no se discuten las condiciones micro". La discusión pasa por términos políticos, de organización, económicos, pero no se discuten las modalidades y la adecuación entre las modalidades y las necesidades de la población. Se discute si el manejo de la salud tiene que estar en manos del Estado, o si tiene que estar en mano de corporaciones, o en manos de obras sindicales, y esas obras sindicales en manos de quién tienen que estar; se discute por ejemplo cuál es la mejor manera de utilizar los recursos, en términos de racionalidad de asignación de los recursos, de distribución de los recursos, de utilización de los recursos, de formación; se discute si tenemos que formar más o menos médicos, si tenemos que abrir carreras intermedias o no, qué vamos a hacer con los médicos que ya formamos y no podemos utilizar; también se discuten problemas en términos de redistribución del ingreso, si tenemos que hacer una medicina igualitaria, si tenemos que socializar la medicina para que a todo el mundo le lleguen los mismos servicios, la misma práctica; se discute el rol que tiene que tener el hospital público en esa medicina, qué rol tiene que tener los efectores públicos; se discute si hay que estimular

la iniciativa privada en medicina o no, si hay que dar créditos a los sanatorios, si hay que ayudarlos en la compra de tecnología o no. Todo esto forma parte de lo que Canitrot llama "la discusión en términos macro", la discusión de los grandes variables por las que pasa la distribución de poder. Lo que se discute cuando se plantean las políticas de atención médica y la seguridad social en la Argentina, es la manera cómo se articulan las relaciones de poder. Lo que se está discutiendo es si va a haber una redefinición de esas relaciones de poder en el interior del sector salud. Lo que faltaría discutir, es de qué manera se pueden adecuar la práctica médica y la actividad de las organizaciones de salud, a las necesidades efectivas de la población; son los modos de la práctica, no las condiciones macro lo que habría que discutir, es cuáles son las falencias de la práctica de salud que brindan las obras sociales, y no a quién tiene que pertenecer; además poner el centro de la discusión en cuáles son las virtudes o las falencias de la organización actual de la cobertura de salud, y cuáles son las raíces de esas falencias o virtudes para no volver a caer en el problema.

Público. — Qué rol juegan los medios de comunicación masivos, ya que prácticamente en todos hay un espacio dedicado a temas médicos, con lo que se logra una amplísima difusión de conocimientos, a veces inexactos, a veces más o menos ciertos por lo menos desde el punto de vista académico; pero que le dan a la población en general una sensación de saber medicina, que no me parece que sea muy real. Por un lado intentamos que toda la comunidad se haga cargo de su salud, esta difusión de conocimientos ¿ayuda a cambiar el modelo médico hegemónico?, o por el contrario la afianza; o la tercera posibilidad es que produzca una contradicción.

Usted mencionó como característica del modelo médico lo biólogo, la introducción de la psicología con todas sus corrientes, ¿cuestionó el modelo médico o se incorporó, hizo el biologismo de la mente, y dejó todo como estaba?

Lic. Belmartino. — Los medios de comunicación no difunden saber, lo que difunden es el deslumbramiento por determinadas modalidades de la práctica. ¿Qué es lo que se conoce a través

de los medios de comunicación?, las grandes operaciones, el impacto de la tecnología, la manera espectacular de cómo se salvan vidas; sin llegar a aclarar qué porcentaje de las vidas en peligro son esas vidas que se salvan por más valiosas que sean; sin llegar a aclarar qué porcentaje de los recursos que la sociedad tiene, se dedican a salvar ese porcentaje de vidas. No hay una posibilidad de que la población entienda que podría ser conveniente definir prioridades, saber si tenemos que dedicar nuestras prioridades a desarrollar tecnología de trasplante, o a que no haya más chicos desnutridos; esa podría ser una opción, hacia donde se van a canalizar la mayor parte de los recursos, sin que esto implique un desprecio o un abandono por el desarrollo técnico indispensable.

Dar a cada sociedad la posibilidad de definir auténticamente cuáles son su prioridades, no en términos actuales sino de futuro, debería haber una redistribución del saber médico, sería fundamentalmente para socavar las bases de este modelo. Para que haya algún proceso de redistribución del saber médico, tiene que haber lugares de encuentro de aquellos que son los detentadores del poder, con la población en general; donde la población vive y trabaja es el lugar ideal. Pero también tendría que haber algún tipo de cambio de actitud en la relación médico-paciente, que es indudable que algunos médicos ya la ponen en práctica, pero tendría que haber una mayor vocación por explicarle al paciente qué es lo que pasa, tratar de explicarle cómo ve el médico lo que le pasa al paciente de manera que el paciente se apropie también en alguna medida del control de su enfermedad; por supuesto que esto es imposible si el médico tiene que atender a veinte pacientes en una hora en un consultorio de hospital público.

Respecto a la psicología, fue un avance muy importante, sacar la preocupación centrada en el cuerpo y pensar que las emociones también tienen algún rol en la salud, en la posibilidad de crecer del individuo. Por eso decimos que el modelo médico es hegemónico, porque no solo es dominante, sino que permea a los modelos alternativos; es como si fuera un proceso de asimilación de todas las prácticas que se plantean como alternativas. En la medida en que el psicoanálisis se desarrolla como una práctica dirigida a los individuos y a la cual muy pocos pueden acce-

der, como una práctica muy costosa y muy difícil de generalizar en términos sociales, también de alguna manera se incorpora al modelo médico hegemónico.

Existe un importante movimiento dentro de los psicólogos que están empezando a trabajar en hospitales, con la comunidad. Conozco experiencias muy importantes en Córdoba, donde hay una residencia en salud mental que une en un equipo de trabajo a médicos, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras, trabajando en equipo con la comunidad. Esa sería una manera de como la psicología o la interdisciplinaria pueden empezar a cambiar las relaciones con la práctica, en ver cómo se utilizan los recursos, en qué sentido se orientan.

Público. — Pienso que no se pueden discutir las modalidades de la práctica, si no se discuten primero las relaciones de poder; no se puede definir una cosa, si no se define la otra.

Lic. Belmartino. — Creo que no me has entendido, estoy de acuerdo con vos. Lo primero tiene que ser la discusión de las relaciones de poder, pero no nos tenemos que quedar solo con eso, si tenemos que esperar a que cambien para empezar a cambiar la práctica; todo el proceso tiene que ser conjunto. Un ejemplo muy concreto: en la Argentina se está discutiendo la nueva ley de obra social, el centro de la discusión pasa por si esas obras sociales van a seguir perteneciendo a los sindicatos (cosa que a mí me parece muy justa) o van a pasar a depender del estado; pero nadie discute en qué medida las obras sociales en la Argentina, tal como se configuran a partir de los años'70, contribuyen a afianzar el modelo, en qué medida está práctica de las obras sociales de no desarrollar sectores propios y contratar con el sector privado, con las modalidades de contradicción de esto, han contribuido a reforzar el modelo médico hegemónico; nadie discute por qué las obras sociales no tienen obligatoriedad de establecer prácticas preventivas, o por qué hay muchas obras sociales que no las cumplen. Estoy de acuerdo que las relaciones de poder tienen mucho peso en la conformación de este sistema, pero hay que pensar también si junto a las relaciones de poder o al mismo tiempo, no se van estructurando representaciones colectivas que tienden a afianzar esas relaciones de poder. ¿Por

qué los beneficiarios de las obras sociales le exigen la cobertura de la tomografía, de la unidad de terapia intensiva, y no le exigen la atención del recién nacido gratuita hasta el primer año?

Las discusiones tienen que hacerse al mismo tiempo, no podemos quedarnos solo en si las obras sociales son propiedad de los trabajadores o no; sí, son propiedad de los trabajadores, pero quiero que discutamos de qué manera pueden servir mejor a esos trabajadores; si la organización actual del sistema de atención médica responde a las necesidades de los trabajadores o no.

Público. — La dinamización de la mente de los profesionales de la salud, tiene que estar acoplada a la dinamización de los sectores de la población en general.

Quisiera poner énfasis, en la educación política sanitaria de la población; en los sutiles mecanismos de desviación hacia las grandes causas de dependencia que tiene el pueblo, hacia una excesiva medicalización que en vez de acercarnos a la salud, nos lleva a mantener una convivencia permanente con la enfermedad.

Lic. Belmartino. — Se puede definir como un problema de educación. Pero ¿cómo se implementa esa educación para que sea efectiva? El nudo del debate actual sobre la problemática de la salud, pasa por cómo se organiza la discusión de manera que se produzca una redistribución del saber en torno a la salud, pero al mismo tiempo la posibilidad de que la población conozca y entienda la raíz de su problema, que tal vez no lo defina como nosotros pero que llegue a una propia definición de su problema, que sea capaz de expresarlo. Esto tiene algo que ver con la A. P. S., yo no sé nada de A. P. S., pero sé que muchos de sus modelos enfatizan el tema de la participación de la población; y esta es una de las vías más conflictivas, más peligrosas, porque hasta que no definamos qué se entiende por participación popular, hasta que no seamos capaces de poner en práctica mecanismos participativos que no sean autoritarios, paternalistas; que no pasen por pensar que el que pone en práctica el mecanismo es el que sabe lo que la población tiene que terminar pensando una vez que el mecanismo hizo todo su desarrollo. Buena parte de la A. P. S. es cómo redefinir los roles, cómo acercar la población a los médicos y viceversa.

Esta muletilla de la participación, es triste que sea muletilla porque es indispensable, pero finalmente se convierte en eso, cuando no se logra vincularla de una manera que cambie las relaciones de poder del sistema. En general se piensa en participación, como participación de cúpulas; todo el debate político en torno a esto está pensado en cómo las organizaciones sectoriales van a poder presionar sobre los órganos ejecutivos y legislativos del gobierno para redefinir los cambios necesarios en la sociedad argentina. En este momento, en la Argentina hoy no se garantiza la participación de las bases en la redefinición de estos problemas, sino que la participación queda referida a la intervención de cúpulas de organizaciones corporativas en la redefinición de los problemas argentinos. Esto es muy notorio en algunos documentos que están circulando sobre el problema; cuando la Confederación Médica, por ejemplo, reivindica con mucha justicia la necesidad de intervenir en las políticas de salud, habla del llamado del gobierno a participar; para la Confederación Médica participar significa, que sus dirigentes tengan un lugar de negociación en el Ministerio de Salud para redefinir las futuras políticas; y nadie dice: "Participar no es eso, participar es que las bases médicas definan la política futura, para que después la Confederación Médica la lleve al Ministerio". Ese es uno de los nudos que hay que empezar a desenredar en este momento y que el problema de la educación pasa también por desenredar ese nudo.

Público. — Trabajo en una obra social, estamos llevando a cabo con mucho esfuerzo y enormes dificultades un programa de prevención primaria en salud mental desde hace un año y medio. El obstáculo no ha sido solamente de encontrarnos cotidianamente con el modelo médico hegemónico, sino el de la falta de posibilidad de integrar experiencias micro, con experiencias macro. Esta experiencia que nosotros empezamos a implementar en el ámbito asistencial inicialmente, intentó integrar este ámbito con el social en una misma institución; con lo cual se enfrentó con enormes dificultades porque, por ejemplo el trabajo que se hace en los jardines maternos que dependen de nuestra institución, pertenece a un área gerencial que es ajena, al área gerencial asistencial. Los profesionales que trabajan allí tienen que coordi-

nar esfuerzos con dificultades enormes de integración; entrevista que se hace en el área de una gerencia se repite, con toda la manipulación e iatrogenia que esto supone, en las otras áreas. Estos son los primeros obstáculos que tuvimos que enfrentar.

Lo que quiero transmitir es la importancia de la articulación de lo micro con lo macro, que la he visto planteado en algunos casos como dicotomía; de articular modelos no paternalistas que realmente estimulen la participación, que rompan con el autoritarismo del profesional en la relación con sus asistidos o con aquellos a los que coordinan cuando las actividades no son directamente asistenciales. Estas experiencias son las que nos van a permitir desde lo micro, no exclusivamente apuntalar los cambios en lo macro, porque sino nos vamos a encontrar con la paradoja de que estamos proponiendo la participación de los trabajadores pero en realidad estamos repitiendo el modelo autoritario donde las cúpulas son las que deciden. Si cotidianamente empezamos con la autogestión de nuestro equipo de trabajo que a nosotros nos ha costado mucho, porque nos encontramos con enormes rémoras de los resabios autoritarios que seguimos manejando entre nosotros mismos, en la medida en que se haga carne en todo el pueblo la necesidad de romper con esto, va a dejar de pedirnos la práctica superespecializada, para exigir la psicoprofilaxis del embarazo, el parto y el puerperio.

Público. — Tal vez peco de autoritario al decir que al modelo médico hegemónico lo hemos usado mucho desde pediatría. Los pediatras, no por virtud personal sino por la realidad del contexto que los obligó a enriquecerse, fueron cambiando el modelo médico haciéndolo participativo. Es necesario definir bien a la participación, ser humilde y también reevaluarla, porque hay modelos participativos, que después no se reevalúan y se cree que para la A. P. S. son muy importantes y no lo son.

Lic. Belmartino. — Coincido con ustedes, en tanto la pediatría siga manteniéndose en un enfoque netamente clínico pero esta tecnificación de la neonatología no sé si no la van a hacer entrar en el modelo médico. La pediatría se salva, porque siendo una de las ramas más clínicas, no entra en esta problemática de la subespecialización, que no siempre tiene que ver con el co-

nocimiento médico, sino que a veces tiene que ver simplemente con el manejo de una técnica o la utilización de un aparato, como son todas las ramas de la ecografía; es ahí donde se empieza a afianzar en mayor medida el modelo médico hegemónico.

Público. — El enfoque del modelo médico hegemónico es muy válido, pero hay un proceso de saber, de sentir y de hacer que nos exige un poco de humildad, no podemos acceder a lo ideal de entrada; muchas veces la población cuando estamos trabajando en el área nos exige lo medicalista.

Lic. Belmartino. — He estado rastreando, por mi actividad de investigación, el problema de las mutualidades y encontré una cita de un médico de 1919. En ese momento uno de los problemas que se palpan en las mutualidades como muy serios, era el abuso en la prescripción de específicos; ya en el año 1919 pensaban que el médico que no había dejado una droga en la cabecera del enfermo, no había sido eficaz. Por eso aunque no desdeño la discusión de las relaciones de poder, debemos pensar por dónde pasan las expectativas de la gente. Esto tiene una larga historia, un arraigo muy profundo en la sociedad argentina y por lo tanto, no va a ser fácil cambiarlo; tenemos que empezar a transitar un camino con todas las dificultades que ese camino tiene.

