EDUARDO MENÉNDEZ

MORIR DE ALCOHOL
Saber y hegemonía médica

CEHCE
Centro de Estudiantes
FULP de Humanidades y Ciencias de la Educación FUA
48 e/ 6 y 7 tel: 4236671 int. 47

FOTOCOPIADORA
CEHCE
Antropología
Folio 181 S/F —
D/F 9

ALIANZA EDITORIAL MEXICANA

Consejo Nacional para la Cultura y las Artes

MÉXICO, D.F.

Capítulo III
EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO. ESTRUCTURA, FUNCIÓN Y CRISIS

De pronto el alcoholismo nos recuerda que la salud de la gente es inevitablemente un problema político.

G. EDWARDS, 1987

Planteado el problema del "alcoholismo", así como las limitaciones que la práctica médica ha evidenciado, trataremos de ubicar aquel en un doble contexto: teórico y empírico. Primero intentaremos demostrar que las *limitaciones* no son un fenómeno coyuntural y episódico, sino resultado de las condiciones del desarrollo de la práctica, el saber y la teoría médica. Y segundo, describir y analizar las principales actividades y estrategias realizadas por el Sector Salud en México referidas al problema del "alcoholismo" durante el lapso 1950-1988.

En este capítulo se describirán las características y funciones básicas, así como la situación de crisis por la que atraviesa el denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH), haciendo referencias a su relación con otros modelos de atención a la salud, pero radicando nuestro análisis exclusivamente en el primero.

Por MMH entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Durante el desarrollo de las sociedades capitalistas conviven varias

prácticas y saberes de atención a la enfermedad, pero el MMH construye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención, lo cual en la práctica social se resuelve en procesos de transformación de las otras prácticas y saberes curativo-preventivos, que cada vez en mayor medida constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias, constituidas a partir de la hegemonía obtenida por el Modelo Médico.

Este proceso opera en los países capitalistas metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente y en los denominados "socialistas de Estado". Al reconocer las diferencias y las características idiosincráticas respectivas en los niveles económico, político y económico, proponemos que en todos los contextos se genera conflictivamente la expansión del MMH y que dicho conflicto supone en la *mayoría* de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y las otras prácticas y saberes. Más aún, planteamos que en los niveles de decisión, ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económico-política y se refuerce la hegemonía del sistema, inclusive determinando y reorientando las actividades médicas particulares.

Esta expansión es posible porque la organización social, ideológica y económico-política que impera sobre las prácticas médicas, y sobre el conjunto del sistema tiende a generar, más que la exclusión de los otros saberes y prácticas ("médicos"), la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica y técnica al Modelo Médico.

En consecuencia, el análisis global del MMH no puede reducirse a sí mismo; su descripción y análisis debe realizarse junto con el de los saberes y prácticas que subordina; y además, tendría que ser ubicado dentro del proceso de construcción histórica de esas relaciones. En función de los objetivos de este trabajo no realizaremos este tipo de análisis. Sólo presentaremos información en términos del MMH y haremos referencias a la necesidad de incluir dichas relaciones en un esquema de desarrollo histórico.[1]

La utilización del concepto de modelo nos permite colocar metodológicamente entre paréntesis los procesos históricos, no para ignorarlos sino para poder formalizar nuestro análisis. Por "modelo" vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos, incluido el hegemónico, entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados

[1] Quisiera informar, no obstante, que tanto para el desarrollo de la práctica médica para Yucatán (1890-1979) como para las políticas del Sector Salud mexicano respecto del "alcoholismo"(1890-1988) hemos intentado dar cuenta de la expansión histórica del Modelo Médico Hegemónico y de las relaciones generadas con las otras prácticas y saberes.

rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas —incluidos los "curadores"—, sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.

Desde esta perspectiva, tales conceptos se manejan en un alto nivel de abstracción, ya que al ser construcciones metodológicas, no pueden explicar cada una de las situaciones históricamente determinadas, y sólo actúan como referencia teórica de dichas situaciones. Los caracteres y funciones del modelo proponen un primer nivel explicativo que, para su entendimiento procesal, debe ser *necesariamente* articulado con la descripción y análisis de situaciones específicas.

El instrumento "modelo" incluye la complejidad de los procesos a estudiar, y cuestiona desde el inicio la posibilidad de explicaciones "maquiavélicas", remitiendo el análisis a las estructuras. Según algunos autores esto puede ser riesgoso en términos metodológicos, porque puede conducir a la eliminación o secundarización del sujeto en relación con los procesos, y porque puede también conducir a forzar la construcción de modelos únicos y a no reconocer u opacar metodológicamente las diferencias. Tanto estos, como otros "peligros metodológicos" no pueden ser desechados, pero frente a ello, además de proponer un continuo (auto) control epistemológico, debe asumirse que sólo la referencia a situaciones históricamente determinadas posibilita la explicación de los problemas específicos a partir de los modelos. Además, la formulación de modelos debe implicar la posibilidad de proponer submodelos; los modelos deben ser contrastados y la historicidad debe operar como continuo corrector.[2]

Si bien cada modelo se constituye mediante rasgos considerados estructurales, ello supone la constancia de los mismos, además de una concepción según la cual los modelos no podrán ser construidos sino a través de dichos rasgos. Esto supone asumir que es sólo en el mayor nivel de abstracción donde esos rasgos estructurales emergen como absolutos, ya que en la

[2] Cualquier análisis del desarrollo de la medicina científica desde el siglo XVIII, por más superficial que sea, puede constatar la emergencia de corrientes teóricas y de orientaciones prácticas que aparecen diferenciadas del MMH. Así la homeopatía, los psicoanálisis, la denominada antropología médica alemana, la balneoterapia, etc., y otras "alternativas" como la quiropracia o la acupuntura, podrían establecer formas de pensar y actuar sobre la enfermedad que constituirían "opciones" al MMH. Pero la existencia de estos saberes y prácticas no supone que hayan cuestionado en los hechos al MMH. Más aún, varios de ellos han sido "apropiados" por dicho modelo, y otros, como en el caso de la medicina antropológica, se fueron diluyendo como opción en la década de 1950. Esto no significa, por otra parte, que el MMH no se modifique, ni tampoco que se reproduzca indefinidamente; lo único que expresa es un proceso de hegemonía que se mantiene hasta la actualidad pese a su evidente crisis. Greenwood (1984) propone una diferenciación entre medicina "intervencionista" y "naturalista", las cuales constituirían dos formas características del desarrollo de la medicina occidental que estarían en continuo conflicto. Desde mi perspectiva, la medicina naturalista constituiría una tendencia subalternizada. Vuelvo a subrayar que en el análisis utilizo el concepto de modelo.

aplicación a procesos específicos, según el contexto, se acentúan unos rasgos más que otros o los rasgos expresan excepciones puntuales. Pero no son las excepciones, ni las particularidades lo que subrayamos metodológicamente en este nivel de análisis.[3] Las particularidades y variantes serán analizadas específicamente para la situación mexicana a través de las estrategias, prácticas y representaciones médicas.

Debe indicarse que si bien los caracteres estructurales serán enumerados y algunos analizados en forma particular, dichos caracteres deben ser pensados en términos de potenciación. Es decir, no es sólo el rasgo sino el efecto de estructura el que da la pauta de la intervención metodológica del modelo.

Los modelos están planteados a partir de una perspectiva metodológica relacional, que supone procesos de hegemonía/subalternidad entre los mismos, y que halla en el término "transacciones" el concepto con el cual se puede describir y explicar al conjunto de relaciones que operan potencialmente. Las transacciones suponen siempre procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos (Menéndez 1981: 376-382). Este enfoque intenta remplazar la perspectiva posicional dominante por otra que no radica en los sujetos sociales el eje de las explicaciones, sino en el conjunto de relaciones que estructural y también azarosamente se establecen entre los sujetos sociales. Esta no es una perspectiva "nueva"; es una antigua propuesta teórica reiteradamente planteada y continuamente "olvidada".

Tanto el concepto de modelo como las transacciones son construcciones que no expresan en sí las particularidades situacionales. Por otra parte, el concepto de hegemonía, pensado incluso al interior de cada modelo, no supone la exclusión de otras tendencias, sino justamente la subalternidad de las mismas. Hegemonía no significa unanimidad, sino justamente hegemonía.

En función de los objetivos de este texto, reconocemos tres modelos básicos, el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención. Si bien nuestro análisis se centrará en el primer modelo, necesitaremos no obstante hacer referencias a los otros dos, dado el enfoque metodológico propuesto. Esta perspectiva permitirá, por ejemplo, observar la relación de subalternidad establecida por el Modelo Médico respecto de la que en la actualidad constituye la principal estrategia antialcohólica, y que fue desarrollada a partir de la autoatención; me refiero a Alcohólicos Anónimos.

Para efecto de una presentación ordenada de la información, enumeraremos sucesivamente los caracteres estructurales de cada uno de los tres modelos y propondremos un análisis relacional, para después detenernos en el análisis de la estructura, la función y la crisis del MMH.

[3] La ponderación de ahistoricidad y asocialidad, por ejemplo, no niega que lo histórico o lo social puedan ser utilizados, pero la cuestión radica en el peso real de su utilización. Dentro de nuestro sistema conceptual no debe confundirse presencia o tendencia con hegemonía.

MODELOS MÉDICOS Y RELACIONES HEGEMÓNICAS

Modelo Médico Hegemónico. Esta construcción supone el reconocimiento de tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: *a)* biologismo; *b)* concepción teórica evolucionista/positivista; *c)* ahistoricidad; *d)* asocialidad; *e)* individualismo; *f)* eficacia pragmática; *g)* la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); *h)* orientación básicamente curativa; *i)* concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; *j)* práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; *k)* relación médico/paciente asimétrica; *l)* relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); *m)* concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; *n)* el paciente como responsable de su enfermedad; *o)* inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores de acciones de salud; *p)* producción de acciones que tienden a excluir al "consumidor" del saber médico; *q)* prevención no estructural; *r)* no legitimación científica de otras prácticas; *s)* profesionalización formalizada; *t)* identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, *u)* tendencia a la medicalización de los problemas; *v)* tendencia inductora al consumismo médico; *w)* predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; *x)* tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica.

Estos caracteres corresponden inicialmente a la práctica médica individual y privada dominante durante el siglo XIX y la mayor parte del actual. El desarrollo económico-político conducirá a procesos de concentración y organización privada y estatal de las actividades médicas a partir de la década de 1930, y esto tanto a nivel de las instituciones de atención médica como de la denominada industria de la salud. Ello implica el surgimiento de nuevas organizaciones que conserven la mayoría de los rasgos estructurales, y supone también la emergencia de otros rasgos como expresión de las nuevas formas organizativas:

En los dos submodelos corporativos podemos distinguir los siguientes rasgos estructurales: *a)* estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas; *b)* tendencia a la centralización y planificación; *c)* burocratización; *d)* disminución y evasión de la responsabilidad; *e)* dominio excluyente de los criterios de productividad; *f)* profundización de la divi-

sión técnica del trabajo; *g)* creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos; *h)* creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación.

Aunque en este capítulo no analizaremos los submodelos, debe señalarse que uno de los rasgos estructurales del MMH, que se subrayan en el submodelo corporativo público es el preventivismo, así como el reconocimiento de la importancia del "medio ambiente". Sin embargo, y esto debe ser recalcado, ese énfasis, no implica que el preventivismo sea hegemónico, dado que en *todos los contextos* aparecerá subordinado a lo curativo.

Modelo Médico Alternativo Subordinado. En este modelo se integran las prácticas reconocidas generalmente como "tradicionales". Pero esta calificación no sólo connota una suerte de "pasado" cargado de valores, sino que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero que no sólo no proceden del "pasado", sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH, y que sintetizan y transforman a las llamadas prácticas tradicionales.

Ahora bien, la razón de agrupar en este modelo tanto estos saberes médicos como a la medicina curanderil urbana, o a fenómenos como la dianética o las prácticas espiritistas, radica en que varias de ellas son claramente derivadas del MMH, y porque las otras prácticas y saberes reciben cada vez más influencia de dicho modelo hegemónico. Teóricamente puede llegar a ocurrirles el mismo proceso de apropiación que se produjo con la quiropracia o con la homeopatía.

A partir de esto, es necesario reconocer que en este modelo se agrupan prácticas que presentan rasgos no homogeneizables y que algunas no integran la totalidad de los rasgos estructurales a señalar. Al manejar el concepto de modelo, asumimos que tal vía no implica la necesidad de recuperar el proceso global de cada práctica, sino de construir justamente un modelo que pueda dar cuenta de las mismas. Desde esta perspectiva, hay que señalar que el eje de esta "agrupación" radica en que dichas prácticas constituyen opciones institucionales que el MMH engloba y a las cuales subordina ideológicamente.

Los caracteres básicos de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas -las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia-, tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión del "saber y prácticas curativas" de los otros y tendencia reciente a la mercantilización.

De esta numeración se deriva que el modelo alternativo subordinado presenta una serie de rasgos idénticos o similares a los reconocidos en el

MMH; más aún, supone la existencia de rasgos que *tienden* a la identificación. Estos operan integrados con otros caracteres considerados como conflictivos y hasta incompatibles respecto del MMH.

Un análisis procesal debería ayudar a determinar los rasgos compatibles y la función alternativa que cumplen. Aparentemente los caracteres más destacados en este sentido son la intensidad comparada de la eficacia simbólica y la sociabilidad, así como la intención globalizadora. Ajeno a entrar en la discusión de que el MMH *también* presenta fuertes rasgos de eficacia simbólica, y en consecuencia implicación de sociabilidad (caso de psicoanálisis, según Levi Strauss, o el planteamiento universalista de los símbolos, según Turner), lo cierto es que se necesitaría un análisis dinámico de esta opción. La información comparada de que disponemos apunta sin embargo a señalar que los caracteres de complementación y subordinación y no de oposición, son los que tenderían a determinar este modelo.[4]

Nuestra revisión para México del uso de los saberes y prácticas populares pone en evidencia, para todos los contextos sociales y étnicos de los cuales tenemos información, dos hechos importantes: *a)* la escasez de prácticas populares de atención y solución al problema que estamos analizando; y *b)* la limitada eficacia de las mismas ya sean referidas al "alcoholismo", a la cirrosis (hígado picado) o a las condiciones de la posborrachera (cruda, goma).

Modelo de Autoatención. Denominamos así el modelo basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios. En éste no interviene directamente un curador profesional. Esta auto-atención supone desde acciones "conscientes" de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipo de determinado grado de complejidad (véase Menéndez, 1982a y 1990). La autoatención permea la estructura de toda la sociedad y es su primer nivel real de atención. Este modelo está en la base de todos los anteriores y su estructuración se fundamenta en sus funciones curativas-preventivas y, sobre todo, socioeconómicas. Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso, y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de una participación simétrica y homogeneizante; legitimidad grupal y comunal; concepción basada en la experiencia; tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas:

[4] Este modelo es el menos elaborado teóricamente por nosotros, y es el que presenta mayores dificultades a causa de la gran diversidad de prácticas y saberes que operan en los diferentes grupos sociales y étnicos. Esto supone una provisoriedad teórica a ser revisada; pero ello, por el momento, no implica que el proceso señalado en términos genéricos no se cumpla para este modelo.

tendencia sintetizadora; tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.

Debe ser subrayado, tanto en lo genérico como en lo particular, que la autoatención constituye una práctica social estructural orientada directa, y/o indirectamente, a asegurar la reproducción biológica y social a partir de las unidades doméstico-familiares. La autoatención se funda en dos hechos básicos: *a)* la frecuencia, la recurrencia y la continuidad de episodios de enfermedad, daños, o problemas que afectan a los miembros de los grupos primarios y de manera particular a las unidades domésticas; y *b)* la necesidad de estos grupos de establecer acciones inmediatas que den una solución, por lo menos provisoria, a dichos episodios. Debe recordarse que estos episodios, ya sean agudos o crónicos, son parte constitutiva de la vida cotidiana.

La autoatención es una estructura que no puede ser erradicada, aunque sí limitada. Justamente su limitación arbitraria puede conducir a reducir o directamente relegar su importancia decisiva. El MMH, al cuestionar la autoatención, sobre todo respecto de la automedicación, reduce de hecho la posibilidad de un primer nivel de atención autónomo y eficaz, en función de la necesidad de seguir manteniendo su hegemonía. Esta dinámica no será analizada en este capítulo, sino que sólo es señalada en relación con una concepción alternativa de la atención primaria.

Debe indicarse que el proceso que opera entre la práctica médica y las actividades de autoatención han sido reconocidos por las diferentes orientaciones teóricas, subrayando en general la tendencia a la exclusión generada por la práctica alopática. Así, Mechanic *et al.* (1976), analizando el problema de la autoayuda y sus implicaciones para los servicios de salud, concluyen:

> La estructura económica de la medicina y su organización auspician muy poco el uso efectivo de los recursos de ayuda comunitaria. Los médicos obtienen poco éxito respecto del alcoholismo, drogadicción y obesidad, pero no están bien informados acerca de los grupos potenciales de ayuda que existen en la comunidad, por ejemplo AA. El modelo médico dominante no tiende a movilizar los recursos comunitarios. Esta movilización podría reducir el afán en la atención primaria y concentrarse en problemas que requieren un cuidado médico.

Justamente el caso del "alcoholismo" ha dado lugar al, tal vez, más importante y extendido grupo de autoayuda, el de Alcohólicos Anónimos. Este grupo será analizado tanto en lo general, como referido a la situación nacional.

Los factores dinámicos que operan en la articulación y transformación de los procesos que dan lugar a la constitución de estos tres modelos se centran inicialmente en la dinámica del submodelo individual instituido en los países de capitalismo metropolitano en los siglos XVIII y XIX. La institu-

cionalización de este modelo acompaña el desarrollo económico-político de las capas burguesas que justamente se apropian directa o vicariamente del poder entre 1750 y 1880. Todos los caracteres del MMH están saturados en niveles consciente/no consciente por concepciones ideológicas de esta burguesía en ascenso, de la cual forman parte los nuevos sectores de la pequeña burguesía independiente a la que pertenece la mayoría de los médicos. Este modelo supone en consecuencia una serie de características que son isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista.[5]

Es durante el periodo constitutivo cuando este submodelo formula y consigue imponer su concepción excluyente respecto de las prácticas operadas por el modelo alternativo. Pero esta exclusión se dará básicamente en términos ideológicos y funcionará en forma secundaria en términos técnicos y profesionales. El MMH necesita imponer su hegemonía, ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad, aun cuando sólo pueda ser consumido por un sector relativamente pequeño de la población. Será básicamente este submodelo el que se haga cargo inicialmente del proceso de hegemonización. Dada su identificación con los estratos dominantes y la apropiación de la enfermedad como mercancía, y en función del proceso señalado, será el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación alternativas. La legitimación, para estigmatizar al modelo alternativo, la obtiene de manera parcial de las funciones de control social e ideológico del conjunto de los estratos sociales que potencialmente puede cumplir. Estas funciones se manifiestan a través de la práctica profesional "privada" y luego pública, y justamente será esta acción profesional la que oculte a los conjuntos sociales las funciones de control y legitimación que cumple el MMH. Los conjuntos sociales, aun los más explotados, ven en la práctica médica el paradigma científico, que, además, en el caso de la clase obrera organizada (sobre todo la de orientación socialista) se potenciaba con los criterios positivistas que cada vez tendían a imponerse más en sus concepciones ideológicas.

Tanto la clase obrera como los dueños de los medios de producción y el Estado, requieren, por razones contradictorias y complementarias, una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia; es decir, que contribuya a la reproducción y a la

[5] Su racismo será biológico y/o cultural, y expresará no sólo una función ideológica de dominación sino también las limitaciones científicas del mismo. Al respecto es importante revisar los libros de texto mediante los cuales los médicos aprendieron su profesión durante la segunda parte del siglo XIX y primeras décadas del XX. Un exponente "clásico" lo constituyen los manuales de *Anatomía descriptiva* y *Anatomía patológica* de Testut y colaboradores, en los cuales generaciones de médicos latinoamericanos aprendieron anatomía. Hasta la década de 1950 fue el manual más utilizado en las escuelas de medicina de la mayoría de nuestros países, sin que dicho texto fuera expurgado de las concepciones racistas que lo saturan.

3

productividad de la mano de obra. El movimiento obrero y el Estado, o para ser correctos, algunos sectores de la clase dominante, plantean la necesidad de una "medicina pública" que se haga cargo eficientemente de las funciones que no cumple el profesional privado. Si bien desde mediados del siglo XVIII asistimos al desarrollo de una perspectiva estatal de la salud, fue a mediados del siglo XIX cuando el Estado en algunos países capitalistas comenzó a hacerse cargo sistemáticamente de acciones asistenciales y de acciones sobre el medio, que posibilitan una vía de desarrollo, control y legitimación del sistema dominante. Como se señaló, algunos de los países capitalistas "avanzados" fueron los que primero establecieron estas "políticas de salud", pero también las mismas operaron en algunos países de capitalismo dependiente, sobre todo en América Latina. El contraste entre legitimación ideológica y acciones prácticas de salud se hizo más evidente en nuestros países, donde la estigmatización de las prácticas alternativas no puede ir más allá de la sanción ideológica, pues son las condiciones mismas de los conjuntos sociales subalternos las que de hecho estimulan el desarrollo de las prácticas opcionales.

Este proceso se dará según las condiciones de desarrollo capitalista de los diferentes contextos; así, allí donde ese desarrollo lo posibilite, la relación entre expansión ideológica y expansión técnica será mayor. Esto lo hemos podido analizar en el caso yucateco.

No obstante las diferencias señaladas, el desarrollo capitalista conducirá, en todos los contextos, a la emergencia del submodelo corporativo público, que tenderá a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área salud. Será este desarrollo, junto con la emergencia ulterior del submodelo corporativo privado, los que harán surgir nuevos rasgos estructurales e incrementar tendencias secundarias del submodelo individual privado. Así, la "sociabilidad" de la enfermedad y de la cura serán opacadas por un desarrollo epidemiológico que tiende a "naturalizar" dicha "sociabilidad". Esta función tiene una racionalidad interna, fundamentada en el proceso económico-político en que opera, pues la incorporación de lo social sólo puede darse dentro de ciertos límites, más allá de los cuales se pone de manifiesto la concepción y producción sectorial y estratificada de la sociedad, así como la causalidad social tanto de los padecimientos, como de la atención médica.

La emergencia de los submodelos coporativos supone la posibilidad de conflictos entre los mismos y respecto del submodelo individual privado; pero el proceso conduce a una complementariedad de los primeros en algunos contextos, a la hegemonía absoluta del submodelo corporativo público en otros, y a la paulatina o drástica subordinación del submodelo individual, que puede conducir a su eliminación.

Esta situación de conflicto, complementariedad y subordinación, puede

ser percibida en la relación del MMH con los otros dos modelos. Ya hemos señalado que la expansión del MMH era excluyente en términos ideológicos y fundamentamos dicha exclusión en su identificación con la racionalidad científica y en un proceso de profesionalización legitimado por el Estado. También señalamos que en la mayoría de los países de capitalismo dependiente dicha exclusión no puede operar en la práctica. Ni el número de profesionales médicos, ni el de paramédicos, ni las características del mercado, ni las políticas de inversiones en salud conducen, salvo excepciones, a la localización de estas prácticas en amplias zonas y respecto de determinados sectores sociales. Aquí, de hecho, dominan los otros dos modelos, aun cuando la hegemonía a nivel nacional se plantea excluyentemente en términos del MMH. Así, para México, un trabajo producido a principios de la década de 1960 y en el cual colaboraron Álvarez Amézquita y Bustamante, sostenía que para esos años el principal problema de atención médica en México lo constituía la vigencia de los "curanderos" y otros curadores similares que se estimaban en 185 000, aproximadamente (Schendel, 1968). Ahora bien, debe subrayarse que la extensión y permanencia de los dos modelos no hegemónicos no es producto de resistencias contraculturales; salvo en contados casos, se mantienen y reproducen por su relativa eficacia, por su reconocimiento social y por ser frecuentemente los únicos y/o los más baratos con que pueda contar cierta parte de la población.

La expansión de los submodelos corporativos público y privado se verificará en la emergencia y/o acentuación de las tendencias ya enumeradas, como en la extensión de sus prácticas hacia áreas y sectores subalternos. En el primer caso se hace evidente una tendencia a la concentración monopólica, un aumento de las pautas de burocratización, la emergencia y la escisión cada vez mayor entre investigación y práctica clínica, y la tendencia creciente a la medicalización. En el segundo caso la expansión se expresará a través de formas directas e indirectas, de las cuales la más importante será el desarrollo de la medicina farmacológica, a la que accederán en forma creciente los estratos subalternos, incluso los más aislados, tanto en términos ecológicos como sociales.

Como ya se señaló, el MMH se instituyó a partir de los estratos sociales urbanos, incluida la clase obrera. Tanto la ruptura de los mecanismos de atención comunal/familiar, generada por el desarrollo del proceso productivo, como la pérdida parcial de la eficacia simbólica y la urgencia de curar las enfermedades de los trabajadores "libres", como las necesidades de control y productividad del sistema dominante, avalan la expansión y hegemonía del MMH. Esto es claramente perceptible en Yucatán, donde los trabajadores de la transformación del henequén y los obreros del transporte de la fibra son los que más tempranamente obtuvieron servicios de atención médica "científica", ganados, por otra parte, como una conquista social.

Fueron también los trabajadores ligados a la explotación henequenera, en este caso la producción directa de fibra, los que después lograron una asistencia global por parte del Estado (Servicios Rurales Corporativos). Las demandas de los sectores laborales de mayor desarrollo organizativo y con mayor incidencia en el crecimiento del producto interno (PIB); las necesidades del sector empresarial privado y del estatal, así como la búsqueda de legitimación de un Estado "populista" que busca fundar un nuevo consenso ideológico, se expresan en la expansión del MMH (Menéndez, 1981).

En el conjunto del caso mexicano, esta expansión se aceleró desde la década de los cincuenta y en los mecanismos directos (servicios de salud) y en los indirectos (venta de medicamentos de patente; medicalización de los modelos alternativos). La expansión supone la subordinación y marginación ideológica y práctica de los otros modelos, aun cuando en el caso mexicano algunas prácticas presentan una extraordinaria capacidad de permanencia (las parteras empíricas). Pero tal permanencia debe ser relacionada con los procesos transaccionales que operan entre los tres modelos; en ellos se da una transformación conjunta a partir de la incorporación dinámica, por los "modelos subordinados", de cada vez mayores elementos prácticos e ideológicos del MMH.

En el caso de Yucatán, hemos documentado cómo los curadores "tradicionales" utilizan ya desde la década de los treinta medicina de patente en sus prácticas curativas, incluso para enfermedades "tradicionales". Estudios realizados sobre curadores "tradicionales", aun en pequeñas comunidades de menos de 1 000 habitantes, evidencian la existencia de tiendas de medicamentos de patente en las mismas para la década de los cincuenta, y la frecuente prescripción de los fármacos por parte de estos curanderos.

Esto se hace aún más manifiesto respecto de la expansión del MMH sobre el modelo de autoatención. Para la década de los treinta hallamos en el medio rural yucateco el uso de fármacos en las pautas de automedicación; en los cuarenta se incorpora tempranamente el uso de la penicilina, y ya para la década de los cincuenta se habla de una "lluvia de medicamentos" sobre la población en general, incluidas las áreas rurales. Señalemos que esta "lluvia" supuso la utilización de drogas psicotrópicas (que incluso son prescritas por curadores "tradicionales"); los datos indicarían que para Yucatán el inicio del aumento de expendios de medicamentos se dio a partir de los cuarenta, crece lentamente en las décadas posteriores, e incrementa su desarrollo en los setenta. Durante este periodo penetró profundamente la campaña contra el paludismo en Yucatán, al igual que en otras áreas nacionales, y no sólo generó acciones de saneamiento sino que formó personal local para la detección de casos y para el desarrollo de acciones antipalúdicas. Se estima que en México alrededor de 50 000 personas fueron adiestradas para la puesta en marcha de dichas tareas en las comunidades.

La expansión del MMH sobre los otros modelos se realizó a partir de las funciones ya señaladas, y de una función que, iniciada en la década de los treinta, cobró un aceleramiento espectacular en los sesenta y setenta; nos referimos a la "industria de la salud" y su importancia económica para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas. Pero junto con estas funciones, deben tomarse en cuenta las de eficacia real y simbólica que las prácticas de la medicina científica evidencian también a partir de la década de los treinta. El descenso de las tasas de mortalidad en algunos países de capitalismo dependiente es correlativo a la expansión directa o indirecta del MMH, sobre todo en las primeras etapas del descenso. Además, más adelante cumplirían funciones de "mantenimiento", al disminuir la letalidad de la morbilidad, por una parte, o por la disminución y el control de estados crónicos de "malestar". El autocontrol social y psicológico con *Diazepan* o *Librium* tiene tanta importancia como la contención oscilante del paludismo o el abatimiento de la letalidad de padecimientos respiratorios agudos con antibióticos. La hegemonía del Modelo Médico trata de mantenerse aun a pesar de la actual situación de crisis. Esto se manifiesta en la apropiación de la quiropracia, la acupuntura o la homeopatía, y en el intento de control y subordinación mediante los "planes de extensión de cobertura". Debe subrayarse que este proceso de hegemonización no se da en forma mecánica ni unilateral, ya que supone conflictos y la eventualidad de un cuestionamiento radical al Modelo Médico Hegemónico.

La expansión del MMH se caracteriza entonces por: *a*) el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud, y por una función cada vez más directa del Estado; *b*) el desarrollo de un proceso de profesionalización, que puede ser diferenciado en dos etapas: una correspondiente al profesionalismo liberal, referida casi exclusivamente al médico, y una segunda, que corresponde al desarrollo de los submodelos corporativos y que supone la emergencia de un tipo de profesional ligado directamente al control, la planificación y la administración; *c*) el desarrollo de una tendencia en las prácticas curativas que van desde las actividades artesanales de bajo costo, a una organización industrial de la atención médica que supone un constante incremento de los costos en salud; *d*) el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos respecto de la eficacia simbólica dominante en las primeras etapas; *e*) la ampliación de la medicalización y la demanda de las prácticas de este modelo por cada vez mayores sectores de la población, incluido el conjunto de las clases subalternas.

Modelo Médico Hegemónico: caracteres estructurales

Del conjunto de caracteres enumerados sólo describiremos algunos, tanto para observar la estructuración de este modelo, como para poder relacionarlo después con el problema del "alcoholismo".

El rasgo estructural dominante es el biologismo, que es el factor que *garantiza* no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo que no aparecen pensadas las consecuencias que tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho, el biologismo subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros posibles niveles explicativos. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que en un momento dado muy posiblemente determinan lo fenoménico de la enfermedad.

Lo biológico no sólo constituye una identificación sino que es la parte constitutiva de la formulación médica profesional. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y posgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos.

El biologismo del MMH, entonces, se expresa no sólo en la práctica clínica, sino —y esto es de notable relevancia— en la práctica epidemiológica. Dado que, al igual que el enfoque preventivista en general, esta práctica *debe* tener como unidad de trabajo a los conjuntos sociales, considero que es donde con mayor significación puede destacarse la dominancia de este rasgo. El biologismo puede ser encontrado en la globalidad del trabajo epidemiológico, pero se manifiesta a través de dos características que me interesa destacar; la primera, que luego retomaré, se expresa en que la investigación epidemiológica se maneja con series de corta duración histórica. La segunda subraya que la epidemiología utiliza como principales variables a aquellas que más fácilmente puede ligar a procesos biologizados: sexo y edad. Ello no quiere decir que no utilice variables como localización, ocupación, niveles de ingresos o estratificación; más bien, la conclusión es, primero, que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso y que respecto a las otras existe en la mayoría de los casos sólo una propuesta descriptiva en la cual se pierde el contenido dinámico social de las mismas. Esto ocurre no sólo con la localización, sino que ha ocurrido de varias maneras con la "variable" estratificación social. Así, la epidemiología estadunidense usó y todavía utiliza con mayor frecuencia indicadores raciales y "étnicos" que indicadores sociales para referirse a la estratificación social. Pero además, la estratificación social no sólo ha sido la "variable" de menor uso comparativo, sino que cuando se usa se la reduce a mera posición.

Al proponer esto no ignoro la urgencia epidemiológica de detectar grupos de riesgo para poder actuar eficazmente. Lo que quiero subrayar es que la *naturalización* de los procesos tiende a simplificarlos y a opacar parte de las determinaciones. Como un ejemplo reciente tenemos el caso ya señalado del concepto "estilo de vida", generado a partir de las ciencias sociales como un concepto intermedio entre el estrato social y el sujeto. Lo que inicialmente fue planteado como un concepto global, el trabajo epidemiológico lo fue reduciendo a simple indicador de riesgo, eliminando su capacidad explicativa.

No es casual que el modelo preventivista, que con algunas modificaciones domina tanto en la práctica médica de países capitalistas, como de los socialistas de Estado, sea el de Laevell y Clarck, es decir, la propuesta de Historia Natural de la Enfermedad. Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico, y no un hecho social, histórico; la enfermedad evoluciona y no tiene historia. Otro de los rasgos estructurales del MMH es justamente su ahistoricidad.

Ya señalé que la epidemiología trabaja con series históricas de corta duración. Se dice que esta modalidad es producto de la desconfianza en la veracidad de los datos, y de la necesidad no sólo de explicar los procesos actuales sino sobre todo de solucionarlos. Sin negar la validez parcial de estas afirmaciones, creo que el trabajo con series históricas cortas evidencia el dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia. Es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales.

Este enfoque ahistórico evita o limita observar la importancia de los procesos no biológicos. Lo ahistórico y lo biológico suponen la persistencia de una epidemiología recurrentemente coyuntural. La ignorancia de las series históricas largas impide incluir los procesos históricos sociales que operan sobre el proceso salud/enfermedad y que no puede ser reducido a un análisis coyuntural, por más importante que sea la necesidad de encontrar soluciones.

Lo que estoy afirmando puede observarse en las explicaciones epidemiológicas y demográficas dominantes respecto de la tendencia de la mortalidad en América Latina. Como ya hemos indicado, en la mayoría de los países latinoamericanos la mortalidad general y la mortalidad infantil descendieron en forma acelerada durante las décadas de los cuarenta y cincuenta. Las interpretaciones dominantes hallan la causalidad de ese descenso básicamente en la aplicación de tecnología médico-sanitaria. Debe subrayarse que no existen investigaciones epidemiológicas que demuestren esta causalidad, y lo que sí existe es un discurso reiterado que no

puede mostrar sus fuentes documentales, ni menos las investigaciones que avalen dicha conclusión. La carencia de un análisis histórico facilita suponer que fue la eficacia médica la determinante en dicho proceso.

El biologismo y la ahistoricidad hallan su confirmación gracias a otro rasgo: la asociabilidad. Debo recordar que al manejarme con el instrumento modelo, el comentario de cada uno de sus rasgos debe ser aceptado en términos pedagógicos, en la medida en que es el efecto de la estructura el que da su capacidad explicativa al modelo, y no el análisis particular de cada rasgo.

Proponer que uno de los rasgos estructurales del MMH es la asociabilidad puede aparecer como paradójico, en la medida en que durante los años sesenta y setenta hubo un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica. Pero no debe confundirse la discusión sobre lo "social" con su incorporación real al aprendizaje y a la práctica médica. Si bien han existido en escuelas de medicina de América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y/o episódica. Incluso experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde los primeros años de aprendizaje médico, se discontinuaron o redujeron el tiempo de dedicación.

El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir en un nivel que el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico, pero no lo reconoce en su propia práctica. Hechos tan evidentes, como que gran parte de la automedicación con fármacos la ha aprendido la población del equipo de salud, y en particular del médico, tienden a ser ignorados o negados. Gran parte del uso erróneo de los fármacos los conjuntos sociales lo aprendieron de los propios médicos. Luego, al generarse modificaciones en la práctica médica, tanto en función de nuevas investigaciones como de observar la resistencia del agente o del huésped, dichas modificaciones no fueron comunicadas como equivocación o cambio técnico, por parte del médico, sino que fueron trasmitidas como error popular. Este es un proceso que considero interminable.

Lo social, reitero, constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma. La propia formación médica, al igual que la investigación médica, aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus importancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera.

Aunque sean datos obvios, debe ponerse en primer plano el hecho de que el médico hace su aprendizaje sobre la enfermedad y la muerte a partir de cuerpos muertos y vivos de personas pertenecientes a los estratos subalternos. La desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional; es decir, se procesa desde la interioridad y no desde procesos externos a su práctica. Esto no sólo opera en la práctica aplicada, sino también en la investigación. Los sujetos que reiteradamente son usados en la investigación son obtenidos en asilos, orfelinatos, cárceles, hospitales públicos para indigentes, cuarteles, etcétera.

Al plantear estos casos no lo hago desde una consideración ética, no porque no pudiera hacerse, sino porque lo que me interesa es ponderar la red de relaciones sociales e ideológicas que la práctica médica genera y que no destaca objetivamente como tal, pues tiende a pensar su práctica en términos casi exclusivamente técnicos.

El análisis de los otros rasgos daría resultados similares mientras que el análisis de conjunto daría un efecto de estructura, según el cual tanto la práctica clínica como la epidemiológica aparecen limitadas estructuralmente para poder pensar y actuar sobre determinados problemas de salud/enfermedad.

Puede ser que mi descripción de los rasgos estructurales parezca poco relacionada a determinadas instancias, por ejemplo a la dimensión económico-política. Pero el análisis histórico social de la constitución de este modelo describe su formación a través de cuatro dimensiones: económico-política; institucional; teoría, saber y práctica médica, e ideología. Es justamente dicho análisis el que permite observar cómo determinadas prácticas médicas pueden ser analizadas autónomamente, mientras que el estudio de otras sólo es posible a través de la referencia a las determinaciones "externas".

Quiero reiterar que el MMH, tal como lo planteo, no corresponde exclusivamente a la práctica clínica curativa, sino también a la práctica epidemiológica y preventivista. Lo señalo porque en determinados discursos existe una referencia constante a procesos que, según mi análisis, sólo están incorporados en forma subalterna a la práctica médica: una cosa es que el Sector Salud invoque constantemente la importancia de la medicina preventiva y otra verificar cuáles son los recursos que en realidad invierte en este tipo de medicina, comparados sobre todo con lo que invierte en medicina curativa. Ya señalamos que en 1986 en México el Sector Salud sólo invirtió el 7% de su presupuesto en acciones preventivas; esto es una constante y no un hecho excepcional.

Los caracteres enumerados no son fijos, sino dinámicos; dicha dinámica responde a los cambios generados tanto en los niveles de la sociedad global como en las condiciones autónomas de la propia teoría y práctica médicas. Además, la presencia de determinados caracteres no supone desconocer que pueden ser manejados en forma diferencial en el nivel manifiesto y en el nivel profundo; o si se prefiere, que el discurso médico puede apropiarse de un carácter, mientras que su práctica lo orienta en forma notoriamente distinta. La institucionalización y reproducción del MMH requiere un continuo proceso de reconocimiento/desconocimiento de determinados rasgos,

5

como el de sociabilidad. Determinadas orientaciones médicas —en particular las corrientes de medicina social— invocan esta dimensión que el MMH niega continuamente en su práctica.

Esta negación de lo social aparece como paradójica, sobre todo en la etapa de la institucionalización del modelo. Durante este lapso, y en particular entre 1830-1890, en varios países europeos se desarrollaron procesos económico-políticos que repercutirían en la construcción de una perspectiva dominada por la relación "pobreza"/morbimortalidad. Toda una serie de trabajos daría cuenta de la situación de la salud obrera tanto a nivel de fábrica como barrial. La desnutrición, la tuberculosis, el alcoholismo, la prostitución, la mortalidad infantil, la mortalidad diferencial, dieron lugar a la propuesta de cambios radicales o reformistas, los cuales tuvieron un impacto directo en las condiciones de salud dominantes.

Fue a fines de este lapso cuando se generaron algunas modificaciones determinadas por las condiciones económicas que mejoraron objetivamente los niveles nutricionales y de salubridad de los estratos subalternos. Otras modificaciones se generaron en el ámbito exclusivamente sanitario, lo cual favoreció el control de determinados padecimientos. Este último tipo de actividades evidenció la intervención del Estado para modificar algunas de las condiciones negativas generadas por el propio desarrollo capitalista.

Estos cambios no modificaron sin embargo las relaciones diferenciales según estrato social en función de las condiciones de salud, ni tampoco eliminaron las condiciones de "pobreza" dominante en las clases subalternas urbanas, pero mejoraron los niveles de esperanza de vida. Así, paulatinamente el raquitismo y la tuberculosis dominantes en la salud de los trabajadores y de sus hijos fueron reduciéndose significativamente en países como Inglaterra; lo mismo podemos decir para toda una serie de padecimientos transmisibles y carenciales que, como describen McKeown, Rosen o Dubois, a la hora en que se implantaron los descubrimientos de la medicina bacteriológica ya estaban prácticamente erradicados en esos países europeos (véase Dubois, 1975; McKeown, 1976).

Cómo explicarnos la negación teórica de lo social por el MMH, cuando él mismo se instituyó en un periodo en que los procesos sociales no sólo aparecían como determinantes en la distribución diferencial de los padecimientos, sino como factor decisivo en el abatimiento de los daños. McKweon y Record (1962) han demostrado que el gran descenso de la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar que operó en Inglaterra entre 1840 y 1870 fue debido a mejoras en el nivel de vida, y sobre todo en la alimentación. Investigaciones similares para los Estados Unidos establecen lo mismo.

Esta interrogante se agudiza cuando recordamos que la segunda mitad del siglo XIX corresponde a la institucionalización de un tipo de acción médica que supuestamente define su práctica por tomar en cuenta no sólo

a los factores biológicos sino, en particular, a los procesos sociales, y cuya unidad de análisis lo constituye algún tipo de conjunto social. Nos referiremos a la salud pública que basaría sus actividades en el desarrollo de la epidemiología. Este proceso opera tanto en los países centrales como en determinados países periféricos; en el caso de México es durante el porfiriato y con la acción de Liceaga cuando se fue constituyendo esta perspectiva.

Pero, como se indicó, esta salud pública y en particular su epidemiología se caracterizaron por su tendencia a la biologización y a la deshistoriación de los problemas de salud/enfermedad. Más aún, generó un enfoque que continuamente tendía a la escisión de lo social, o a su reducción a condiciones que limitaban realmente su incorporación e intervención. Así, se redescubrió el problema de la enfermedad laboral, durante un periodo en que cambiaron las características del proceso productivo industrial; pero estos cambios no fueron incorporados a la perspectiva epidemiológica y en consecuencia no fueron tomados en cuenta cuando hubieran posibilitado una explicación específica al incremento y a la nueva modalidad de los padecimientos "laborales". Si bien los datos estadísticos evidenciaban la creciente problemática del "alcoholismo" en las clases subalternas, dicho problema fue tratado en términos policiales o de "enfermedad mental", y se le excluyó de un análisis de conjunto de la situación obrera. Paradójicamente algunos demógrafos y sociólogos del periodo lograron una mirada de conjunto, de la cual no participó la mayoría de la práctica médica y epidemiológica.

Creo que a través de lo señalado respecto de la actividad epidemiológica, se dibuja con cierta claridad la causalidad de esta aparente paradoja. De lo que estamos analizando surge que el Estado hace suyas algunas realizaciones directas de protección a la salud; esto no sólo se expresa en lo ya señalado, sino también en las políticas de seguridad social que algunos Estados establecerán en los inicios del periodo imperialista, y que tendrían un eco inmediato en varios de los países capitalistas avanzados. Pero no sólo el Estado, también las fuerzas sociales hegemónicas generaron modificaciones en función de sus propios intereses, como consecuencia de las presiones básicamente económicas que ejerció el movimiento obrero organizado. El Estado aparece como generador de las transacciones sociales necesarias "por encima" de las fuerzas sociales; mejor dicho, disuelve aparentemente la influencia de estas fuerzas, pero acepta las determinaciones que operan en la sociedad. Es decir, el Estado maneja lo social a partir de un nivel de realidad distinto que el MMH; mientras éste niega o margina las determinaciones sociales, el Estado las asume; no puede hacer otra cosa, y trata, en función de los procesos sociales determinantes y de la propia funcionalidad capitalista, de establecer las medidas sociales directas o indirectas sobre salud. No obstante estas diferencias en el manejo de lo

social, tanto el Estado, la sociedad hegemónica, como el MMH sintetizado en los conjuntos sociales, comparten algunos supuestos sobre lo social. Éste fue concebido como algo dado, "natural" y no conflictivo.

Es a partir de *esto* que plantea que lo social, para su *desarrollo*, para su *evolución* exige la división social y técnica del trabajo, y la práctica médica será asumida como una consecuencia de dicho proceso. Esta división técnica funcional a la sociedad capitalista fundamentará no sólo las diferencias no conflictivas, sino la autonomía de las prácticas. Esta autonomía, que en el proceso productivo no puede excluir las relaciones con la estructura social en su conjunto, fundamenta en el propio desarrollo de la práctica médica una autonomía casi absoluta respecto de la salud. Junto a la división técnica que fundamenta al mismo tiempo la autonomía médica y la estratificación social, aparecieron durante este periodo otros fundamentos de la estratificación basados en categorías biológicas, y que constituyen partes "no conscientes" del MMH. La estratificación social e ideológica generada en los países capitalistas utilizaría indicadores raciales, que en algunos países se tradujo (como en el caso de Inglaterra) en la utilización sistemática de indicadores *disquegenéticos* para establecer diferenciaciones en cuanto a puestos y jerarquías; los médicos formaron parte de esta "jerarquía". No es posible escindir el racismo dominante en las sociedades capitalistas del MMH; más aún, podemos decir que el biologismo del modelo se potencia para fundamentar las prácticas discriminatorias institucionalizadas en algunos contextos por las instituciones médicas.

Desde esta perspectiva, la continua recuperación de la dimensión biológica no sólo expresa una real posibilidad de crear instrumentos eficaces, sino que permite, por medio de los mismos, reforzar la identidad profesional. Así, en el caso del "alcoholismo", se retoma la posibilidad de una solución biológica. Desde la década de los setenta se han incrementado las investigaciones genéticas en el campo de la enfermedad mental y del alcoholismo en particular. Esto en sí no es preocupante; por el contrario, dado que deben impulsarse las diferentes perspectivas de investigación, lo preocupante es la ideología y las consecuencias que orientan frecuentemente en forma no consciente esta perspectiva.

Según algunos autores, la búsqueda de un origen biológico y la posibilidad de hallar una técnica eficaz pueden tener como consecuencia evitar la causalidad profunda de un problema y, por ello, no intervenir sobre su etiología real. La "profundidad" biológica puede operar exclusivamente sobre lo manifiesto.

> Mi actitud hacia el modelo médico es de rechazo. Tiene éste una opinión pesimista y derrotista de la humanidad que nos niega toda responsabilidad sobre nosotros mismos y que define el problema psiquiátrico como si fuera biología humana; no trata a la gente en su contexto social (Freden, 1986 [1982]: 34) [y agrega:] El tratamiento médico [contra la depresión], cuando mucho, propone un alivio temporal. Permite a la gente, al menos durante un tiempo, manejar su decepción o pérdida, pero a menudo oculta lo que en realidad sucede y deja al paciente en un estado de apatía. Nadie ha tratado de ahondar en su vida diaria, de ayudarle a dar un mayor significado a su existencia; en lugar de esto, se le dice posiblemente que "todo pasará con el tiempo" (*idem*: 34).

Al igual que respecto del "alcoholismo", la ideología y técnica médicas diferencian cuadros de origen biológico y cuadros de origen social, sin poder encontrar los indicadores técnicos de esta escisión. Pero además este modelo tiende a disolver algo que es común a *todos* los padecimientos, aun los de causalidad exclusivamente biológica. Me refiero al hecho de que las enfermedades producen sentidos y significaciones subjetivas y colectivas que operan de diversa manera sobre el proceso salud/enfermedad.

Las enfermedades, los padecimientos, tienen sentidos y significados. ¿Cómo surgen, qué los mantiene y cuestiona, cómo se modifican e intervienen en las estrategias de solución? No son preguntas externas al Sector Salud. Tanto las enfermedades "científicas" como los síndromes de filiación cultural son sociales en la medida en que operan en conjuntos sociales que construyen significados, que operan dentro de relaciones de "contagio social", de incidencia desigual según la pertenencia social o cultural, de acceso diferencial a los servicios. Que el origen inmediato sea biológico, que las consecuencias sean físicas, no invalidan este obvio punto de partida.

Hemos enumerado toda una serie de caracteres del Modelo Médico que se refieren a la asimetría, la desigualdad técnica y cultural, etc. La relación médico/paciente supone que la violencia simbólica del equipo de salud interviene institucionalmente, al igual que las respuestas de los conjuntos sociales. Es dentro de esta institucionalización que opera la dimensión biológica, así como las otras dimensiones.

El énfasis en el conjunto de los caracteres, y en particular del biologismo, no pretende excluir ni restar importancia a la dimensión biológica; ello sería insensato, inútil e irracional. Lo que planteamos es la necesidad de construir un enfoque unificado donde lo biológico no constituya el rasgo hegemónico, sino que sea parte de una perspectiva general que lo incluya.[6]

[6] Subrayamos que no pretendemos excluir ni subordinar a la dimensión (carácter) biológica, sino plantear la continua biologización de la práctica y teoría médicas. Proponemos la necesidad de trabajar con niveles de análisis articulados; pero esta propuesta no aparece viable ante la hegemonía de lo biológico. Cuando Albee (1983) en un Seminario sobre Atención Primaria y Salud Mental describe la tendencia creciente de la biologización en la psiquiatría de los Estados Unidos, plantea la paradoja de que dicha tendencia se desarrolla en un país donde se estima que hay unos 34 millones de personas consideradas con problemas de salud mental, lo cual si realmente asumimos la causalidad biológica "constituiría un desastre genético". Pero lo concluido por Albee no pretende establecer una absurdidad, sino señalar la tendencia real de la psiquiatría de su país. No excluimos en consecuencia a lo biológico, sino que cuestionamos su pretendida exclusividad en la interpretación del proceso salud/enfermedad.

MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO: FUNCIONES

En el proceso descrito varios factores sociales aparecerán como contradictorios al MMH, lo cual conducirá a éste a no incluirlos, y en consecuencia a ignorar algunos determinantes del estado de salud de la población. En determinadas coyunturas esta situación necesita ser "superada" por el Estado, que se hace cargo de acciones sociales o resuelve impulsar prácticas por medio del aparato médico-sanitario, aun cuando una parte del saber y de la ideología médica estén en desacuerdo con las mismas (el caso del programa de planificación familiar en México). Esto no supone ninguna escisión o contradicción, sino la localización subordinada del aparato médico-sanitario en la estructura de poder, que en la práctica puede aparecer diferenciado del MMH, pero que estructuralmente no se oponen entre sí. Más aún, el MMH asume la misma ideología que la sociedad dominante respecto de la estructura social, pues tiende a verla como no conflictiva, competitiva, "naturalmente" estratificada, etc. El proceso social será considerado como evolutivo orgánico, y el MMH estructuralmente tenderá a opacar los procesos socioeconómicos y culturales que condicionan los sistemas diferenciados de salud.

Descrita la estructura del MMH, ahora presentaremos una síntesis de sus funciones, y que deben ser referidas no sólo a las instituciones médicas, sino también a las relaciones de ésta con el Estado y con los conjuntos sociales.

El MMH cumple una serie de funciones que podemos agrupar en tres tipos: *a*) el que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; *b*) un segundo tipo que se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación, y *c*) un tercer tipo en que incluimos la función económico-ocupacional.

En un nivel manifiesto las funciones no sólo dominantes, sino aquellas con las cuales casi exclusivamente se identifica el personal de salud, son las de curación y prevención; pero también los conjuntos sociales identifican a la práctica médica con estas funciones y sobre todo con la curativa. La función de mantenimiento únicamente ha sido reconocida en los últimos años. Considero que no hace falta desarrollar el significado de las dos primeras funciones, en cambio sí voy a aclarar lo que denomino función de mantenimiento.

Como señalé, durante las décadas de los cuarenta y cincuenta se generó un fuerte descenso de las tasas de mortalidad en la mayoría de los países latinoamericanos. Durante los sesenta se produjo un notorio desaceleramiento de esta tendencia que en algunos países expresaba el aumento significativo de las tasas de mortalidad infantil, como fue el caso de México entre 1966 y 1970. Este proceso fue atribuido a condiciones económicas negativas, a la desigualdad creciente, al incremento de la situación de pobreza y "marginalidad", etc. Y es respecto del incremento de la tasa de mortalidad que, por lo menos parcialmente, se plantearon proyectos de extensión de cobertura que permitieran limitar los efectos del sistema dominante. Esto lo analicé para Yucatán, donde durante la década de los setenta se generó una notable inversión en medicina curativa a través de un crecimiento espectacular de la oferta de servicios estatales de salud, que intentó paliar la grave situación socioeconómica.

Durante la década de los setenta asistimos al desarrollo de la crisis más profunda y prolongada desde la crisis de 1929-1932. Y es justamente durante esta década y la siguiente que se generan algunas experiencias que permiten entender la función de mantenimiento. De los casos latinoamericanos, probablemente el más provocativo sea el chileno, que logró abatir en forma notoria las tasas de mortalidad general y mortalidad infantil, colocando a Chile como tercer país con más bajas tasas de MI en Latinoamérica, luego de Cuba y Costa Rica.

Debe indicarse que el "mantenimiento" no necesariamente supone una mejora en las condiciones generales de vida ni, por supuesto, una modificación estructural de la situación de salud-enfermedad. El "mantenimiento" requiere la necesaria continuidad en la aplicación de estrategias, ya que si se reducen los recursos o las medidas de supervisión es posible que la tendencia retome las características antes dominantes. Esto implica, en consecuencia, una determinación política por parte del Sector Salud. La práctica médica puede ser usada en forma aparentemente incongruente con las líneas políticas dominantes en un país. Pero si dicha práctica puede ser eficaz, y sobre todo barata, como ocurre con las actividades de atención primaria, la "incongruencia" es resuelta a través de su apropiación política.

La medicalización de las tensiones psicosociales y de los desórdenes mentales mediante el uso de fármacos ha cumplido una notoria función de mantenimiento, que debe ser directamente relacionada con la creciente farmacodependencia de los conjuntos sociales; proceso que, no podemos olvidar, se inicia desde la infancia y no sólo con "pegamentos", sino con tónicos anitusígenos y drogas para niños "hiperkinéticos".

El Sector Salud puede contribuir a mantener situaciones de vida con una baja inversión, lo cual es compatible con el proceso de explotación vigente. Pero la práctica médica puede ser usada en otra modalidad de mantenimiento que ha operado en casi todos los países de América Latina. Me refiero a una actividad frecuente, el *mantenimiento* del torturado para que siga hablando.

En función de este análisis resulta secundario que en el primer caso opere gran parte del Sector Salud y en el segundo sólo unos pocos médicos. El factor determinante es el cumplimiento institucionalizado de estas funciones.

Las funciones agrupadas en los tipos *b* y *c* se expresan a través de actividades curativas y preventivas. Más aún, es este proceso el que permite que la práctica médica las lleve a cabo, puesto que no aparecen manifiestamente como funciones de control o de normación, sino como actos técnicos. Es esta opacidad y no conciencia la que facilita su reproducción ideológica a través de la práctica y saber médicos.

Las funciones del tipo *b* son las que más han sido descritas por los científicos sociales, y es dicha etnografía de la práctica médica la que ha dado lugar a las críticas más sagaces y pertinentes; su análisis ha conducido a proponer a la medicina como un aparato no sólo ideológico sino político de Estado, como una compleja institución donde el control se integra a la legitimación, y donde la normación de conductas exige incluso el "invento" de nuevas categorías nosológicas.

Debe recordarse que tanto la teoría de la desviación desarrollada en particular por el interaccionismo simbólico, como la constituida por el marxismo, las propuestas foucaultianas o una parte de lo que se denominó antipsiquiatría, tomaron como objeto privilegiado de su análisis y teorización a la enfermedad, al hospital, y al equipo de salud.

La investigación antropológica y sociológica ha documentado cómo a través de la higiene, las pautas de nutrición, los comportamientos "activos" infantiles, etc., la práctica médica trasmite pautas de comportamientos consideradas correctas. En este proceso se complementan las instituciones médicas y los grupos familiares. Una situación extrema de estas funciones la constituye el denominado proceso de criminalización de la víctima, que encuentra en el "alcoholismo" una de sus principales expresiones.

Estas funciones, por otra parte, tienden a radicar en la subjetividad procesos y consecuencias que deben ser buscados en la estructura, o por lo menos en la relación estructura/sujeto.

> Los puntos planteados contienen ciertas implicaciones de tipo moral y práctico para quienes participan en actividades relacionadas con la salud. Primero he afirmado que la ideología predominante incluye la imputación de la culpabilidad a individuos y grupos específicos en la manifestación de la enfermedad y la conducta arriesgada. En segundo lugar se puede argüir que los llamados "profesionales de la salud" se han arrogado la facultad de determinar la moralidad de diferentes tipos de conducta y que también tienen acceso a un conjunto de conocimientos y recursos que pueden aplicar "legitimadamente" a la eliminación o a la modificación de esas conductas. (En tercer lugar) es posible sostener que gran parte de la intervención en la esfera de la salud constituye una fracción del patrón general de ordenación social (McKinlay, 1982 [1974]: 47-48).

Este proceso de medicalización se ha expresado por medio de la expansión de la cobertura médica a cada vez más áreas del comportamiento, convirtiendo algunos problemas ("alcoholismo") en enfermedad, u opacando la determinación económico-política de determinados cuadros de enfermedad ("la contaminación"). Este proceso, denunciado persistentemente en la década de los setenta y desde la propia práctica médica institucionalizada (Terris, Dubois, McKewon, Cochrane), sigue incrementándose.

El proceso de medicalización tiene que ver con una doble tendencia convergente; por una parte la creciente complejidad de la vida cotidiana y la ampliación del campo de las "desviaciones", y por otro el desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar y normar las "desviaciones". Freidson ha descrito en forma notable ambos procesos convergentes, que conducen en los hechos a legitimar desde el Estado a la práctica médica como la única habilitada para operar sobre el proceso salud/enfermedad. "La característica más estratégica y apreciada de la profesión médica, su autonomía, se debe por ende a la relación con el Estado soberano con respecto al cual no es realmente autónomo" (1978; 39). Freidson analiza las relaciones profesión médica/Estado en varios contextos nacionales para concluir que en Inglaterra, Estados Unidos o la Unión Soviética el Estado ejerce control sobre la profesión médica no en el nivel teórico, sino en el de la organización social y económica del trabajo médico (1978: 40).

Conrad y Schneider (1980) han descrito y analizado la medicalización a nivel general, y algunos problemas en particular, entre los cuales está el "alcoholismo". Concluyen su análisis sosteniendo que dicho proceso ha dificultado encontrar soluciones para los problemas que la práctica médica medicaliza. La medicalización constituye un obstáculo para reducir la incidencia de determinados "padecimientos".

Esta descripción de las funciones del MMH que, como hemos señalado, constituye uno de los principales aportes de la antropología y de la sociología, ha sido cuestionada y rechazada por varias razones. Considero que Strong (1979) sintetiza en forma sistemática los caracteres antagónicos de esta discusión. Según este autor, los puntos básicos que señalan los críticos al MMH son los siguientes: *a)* la tendencia a que los problemas sean tratados en forma profesional, lo cual incrementa los intereses ocupacionales y la burocratización; *b)* la tendencia profesional a monopolizar los problemas y a excluir a la población; *c)* la tendencia a controlar la naturaleza del problema y a proponer criterios propios que se imponen como criterios técnicos; *d)* tendencia a expandir la incidencia del problema y redefinición ampliada del mismo; *e)* tendencia indefinida del proceso de medicalización; *f)* tendencia a percibir la etiología de los problemas en términos individuales, opacando la causalidad social y los procesos históricos; *g)* que gran parte de los problemas medicalizados son expresión de fuerzas y procesos sociales; *h)* que la población tiende a ser convertida en "adicta" del sistema médico (Strong, 1979b, 1979c).

Enumeradas las críticas, Strong plantea que las mismas incurren en

7

varias distorsiones respecto del desempeño real de la práctica y saber médicos. Las principales distorsiones serían las siguientes: *a)* la tendencia a criticar la práctica médica a través de los errores y fracasos en campos como enfermedad mental, de los cuales se sacan generalizaciones no correctas; *b)* se cuestiona la invasión de campos por la actual práctica médica, y se sacan conclusiones negativas sobre las consecuencias (uno de estos campos es el ginecológico, pero los ejemplos contrastantes pertenecen a otras sociedades, de las cuales la información no es siempre confiable); *c)* se plantea la medicalización de problemas como el del alcoholismo, pero se puede fácilmente comprobar que hay médicos escépticos respecto de la eficacia de los tratamientos; *d)* hay una tendencia en dichas críticas a subestimar los éxitos técnicos obtenidos por la medicina; *e)* se sobrestima la "adicción" de la población a la medicina, y *f)* no se subraya lo suficiente el hecho de que el moderno Estado capitalista puede controlar a la expansión médica.

Si bien varias de las acotaciones de Strong son parcialmente correctas, no discutiremos aquí el conjunto de sus conclusiones. Sólo nos interesa señalar que Conrad y Schneider (1980b) cuestionaron varias de las aseveraciones de Strong, y sobre todo una de ellas, la que sostiene que la crítica al MMH se hace a partir de pocos y no significativos ejemplos (masturbación, neurastenia). Según estos autores, el caso del alcoholismo planteado por Strong y por ellos mismos evidencia este proceso de medicalización, ya que este problema que, en 1975 constituyó en los Estados Unidos la principal causa de hospitalización –46% de los pacientes internados lo son por alcoholismo– se caracteriza porque las instituciones médicas lo siguen considerando una enfermedad, pese a que en el "tratamiento médico" intervienen escasos médicos.

Debe subrayarse que el desarrollo de estas funciones no debe ser referido exclusivamente al "Estado", como parte del proceso de concentración socioeconómica y política, sino que estas funciones deben ser pensadas para las relaciones Estado/conjuntos sociales, adquiriendo las mismas formas particulares según sean dichas relaciones.

El actual énfasis crítico en la hipertrofia de Estado y la necesidad del desarrollo de sectores, grupos e instituciones "intermedia", constituye una de las líneas dominantes del pensamiento sociológico desde Durkheim hasta nuestros días, pero esta tendencia, como quedó claramente establecido en la línea teórica Durkheim-Merton, no supone pensar que la "descentralización" no sigue reproduciendo al sistema por medio del cumplimiento de las funciones indicadas; lo que indica es que la reproduce a través de sectores intermedios.

Esto es casi una perogrullada, pero hay que recordarlo, porque la trivialización de las discusiones actuales pareciera radicar una suerte de garantía en la pulverización de las estructuras en beneficio de los sujetos.

Como sabemos, la expresión de mayor visibilidad del control médico se dio por medio del "hospicio psiquiátrico" en sus variantes capitalistas y socialistas de Estado. Pero su eliminación, "la liberación de la locura" generada por proyectos neoconservadores, como de Reagan, no implicó que el MMH no siguiera medicalizando, controlando, normando, sino que realizaba esas funciones pero a través de otras vías institucionales.[7]

El tercer tipo de funciones se refiere a uno de los campos más investigados, el de las industrias de la salud y de la enfermedad. Estas son "industrias" de notable dinámica económica, que además han generado una demanda de mano de obra comparativamente alta. En los países capitalistas centrales, el sector servicios es el que crea el mayor número de nuevos empleos; y es el Sector Salud uno de los que más contribuyen a esa dinámica. En los Estados Unidos dicho sector es el segundo generador de puestos de trabajo.

Este es un punto particularmente importante en el análisis de las estrategias de tipo preventivo, en la medida en que la mayoría de las mismas puede ser llevada a cabo en forma eficiente con un mínimo de intervención médica. El preventivismo, sobre todo cuando el perfil epidemiológico está dominado por padecimientos infecciosos y parasitarios, requiere una cuota personal relativamente reducida en cuanto a su complejidad técnica y profesional.

El costo de la atención médica; el costo en equipos, fármacos, recursos humanos, etc., configura una parte creciente del PBI, reforzada constantemente por la orientación "curativa" del MMH. Ya en 1972 Cochrane concluía en un análisis sobre la eficiencia médica que la mayoría de la inversión médica se destinaba a diagnósticos y tratamientos, cuya eficacia era por otra parte dudosa. Esto en el caso del alcoholismo es paradigmático, puesto que en países como los Estados Unidos el costo global ha pasado de 25 000 millones de dólares en 1971 a 125 000 millones en 1983. Y este aumento se genera sin que se evidencie una mayor eficacia en el sistema curativo.

Posiblemente hayan sido el desarrollo de la industria químico-farmacéutica y la extraordinaria expansión de la medicina farmacológica los casos más analizados desde esta perspectiva, incluso para América Latina. Pero los factores económico-ocupacionales no sólo debieran considerar la producción directa de medicamentos y de servicios o la generación de empleo, sino incluir a los productores de enfermedad. Es decir, a las consecuencias negativas generadas para la salud colectiva por un desarrollo económico que no incluye dichos costos en su propio proceso productivo, y al señalar esto no me estoy refiriendo sólo a los alimentos chatarra, o a tabaco y alcohol, sino al complejo productivo global. Como señala Mishan, en el

[7] Para un análisis de este proceso en sociedades capitalistas centrales, véase Castel *et al.*, 1980.

costo de un producto no se incorpora el costo social que éste genera. Así, en el costo de un automóvil no están incorporados los costos de construcción y mantenimiento de carreteras; de utilización de hospitales y de servicios policiales y jurídicos; de polución ambiental y problemas de tráfico; de muertes por accidentes, etc. "Una legislación que penase muchos efectos nocivos... haría que se revisasen los precios de muchos bienes y servicios hasta que se cubrieran los costos sociales..." (Misha, 1979:1969): 111).

La relevancia de estos tres tipos de funciones no debe reducir el MMH a un simple aparato ideológico de Estado, o a proponer que su papel básico actual sea el de contribuir a la reproducción económica a través del proceso salud/enfermedad. Las actividades médicas, mediante el conjunto de las funciones analizadas, contribuyen en forma significativa a la reproducción socioideológica y económica, pero a partir de la identificación y utilización eficaz de las prácticas curativas, y en menor medida de las preventivas.

Las actividades curativas que dominan la teoría y práctica médicas, y que se expresan en la estructura y funciones analizadas, constituyen el núcleo transaccional de las instituciones médicas, que establecen la posibilidad de identificación y pertenencia profesional, aun cuando las mismas no den una solución estructural al problema tratado. La teoría y práctica médicas "saben" que existen causales estructurales no biológicas respecto de algunas de las principales causas de mortalidad, pero también "saben" que sus posibilidades institucionales de intervenir sobre lo estructural son limitadas.

El problema del MMH no radica en asumir estas limitaciones al identificarse sólo con las funciones curativas, sino en usarlas como su principal y por lo general única función intencional. La curación y la prevención exclusivamente biológicas excluyen en la práctica la posibilidad de alternativas preventivistas.

Para algunos autores, como McKinaly, la prevención aparece estructuralmente subordinada en el MMH, pues la determinación productiva no sólo genera enfermedad, sino que imposibilita determinadas estrategias preventivas. Desde esta perspectiva, las funciones económico-ocupacionales deben ser relacionadas con uno de los rasgos básicos del modelo: la mercantilización. Esta categoría supone que tanto en términos directos como indirectos las instituciones médicas están determinadas por el mercado. Esta mercantilización alcanza formas diferenciales, pero en todos los casos tiende a convertir los resultados de una relación técnica en un producto dominado por lo reparativo; mientras que la intervención preventivista puede oponerse a la producción económica a partir del proceso salud/enfermedad, las actividades curativo-reparativas reproducen al capital sin demasiadas modificaciones. La desregulación económica, impulsada por un proceso donde el mercado pretende ser el único (?) determinante, posee la tendencia de fortalecer aún más el dominio de relaciones mercantiles dentro del SS.

Los términos "deshumanización" o "despersonalización", que suelen utilizarse para describir la relación institución médica-paciente aluden en gran medida a este proceso de mercantilización vivido por la población según las condiciones de su relación con los servicios de salud. No son sólo los sistemas de prepago, los seguros médicos, la publicidad para autovenderse como profesional, lo que opera en los conjuntos sociales para ser mediadas por el dinero sus relaciones con la práctica médica. Las huelgas médicas, los conflictos donde el eje lo constituyen los bajos salarios del equipo de salud, la carencia de recursos materiales básicos para atender los padecimientos dado el desfinanciamiento del SS, tienden a establecer un marco de relaciones mercantiles respecto del proceso salud-enfermedad. El precio de un accidente laboral o de transporte; el costo y comercialización incluso clandestino de órganos para trasplante; la compra de sangre, etc., deben ser incluidos en este contexto mercantilizado.

Las tendencias hegemónicas político-económicas actuales hallan posiblemente en el proceso salud-enfermedad la expresión más negativa de las consecuencias de este tipo de concepciones ideológicas.

> Un sistema que no conoce otra ley más que la del mercado, que por sí misma es completamente amoral, basado en la ley de la oferta y la demanda, y en la consecuente reducción de cualquier cosa a mercancía, con tal que esta cosa, llámese dignidad, conciencia, el propio cuerpo, un órgano del propio cuerpo, el voto... encuentre quien esté dispuesto a comprarla. Un sistema en el que no se puede distinguir entre lo que es indispensable y lo que no es. Partiendo de la soberanía del mercado, ¿cómo se puede impedir la prostitución y el tráfico de drogas? ¿Con qué argumento se puede impedir la venta de los propios órganos? Y por lo demás ¿los partidarios del mercado no sostienen que la única manera de resolver el problema de la penuria de los riñones para trasplantar es la de ponerlos en venta?... En una entrevista, H. Boll dijo: "Si no existe una fuerza capaz de oponerse al materialismo del mercado, no importa de qué tipo sea la fuerza, religiosa, política, ideológica, entonces nos venderemos a nosotros mismos e incluso a nuestros nietos" (N. Bobbio, 1990: 17).

La crisis del Modelo Médico Hegemónico

El MMH comenzó a ser cuestionado en la década de los sesenta, y la crítica alcanzó su máxima expresión en los setenta. Las críticas al modelo surgieron inicialmente en los países capitalistas centrales, y luego fueron asumidas por los países dependientes. Dichas críticas evidenciaron toda una serie de procesos negativos, que ordenaré en dos apartados. El primero, en el cual se enumeran los cuestionamientos emergidos en los países centrales; y el segundo, que se refiere en particular a la situación de los países latinoamericanos.

Los principales cuestionamientos que integran el primer apartado son los siguientes:

a) aumento del costo de la atención de la enfermedad, que debe ser relacionado con el intento de reordenamiento financiero de los gobiernos conservadores, que pretenden intervenir reduciendo en lo posible el financiamiento de la seguridad social, incluido el SS; *b)* aumento constante del consumo de fármacos, y en particular de sustancias que pueden ser nocivas para la salud. La carencia de una vigilancia técnica realmente eficaz que no sólo evidencie las limitaciones del "poder médico" respecto de la dinámica industrial, aun en los países de alto nivel de desarrollo, sino también la incidencia de los medicamentos en el gasto público. Esto es una creciente amenaza para el equilibrio de los presupuestos nacionales; en algunos países centrales el consumo llegó a representar cerca del 10% del PBI en los años setenta; *c)* incremento de la "intervención médica" en los comportamientos sociales. La normalización de determinadas prácticas: extirpación de amígdalas en los treinta y cuarenta, cesáreas desde los sesenta; el impulso al consumo de leches maternas y la construcción de nuevos padecimientos, como la hiperquinesis infantil, desde los cincuenta, etc., expresan el incremento de las funciones de control, normación y económico-ocupacionales; *d)* incremento de la iatrogenia negativa; *e)* cambios del perfil epidemiológico, el cual evidencia la eficacia limitada de la práctica médica y la importancia creciente de las funciones "secundarias"; *f)* el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma; *g)* la comprobación de que algunas técnicas sencillas y baratas operadas por la comunidad pueden ser más eficaces que la utilización de técnicas complejas, sofisticadas y costosas, y ello para algunos de los principales problemas que afectan a la población; *h)* el "redescubrimiento" de que el Sector Salud es primordialmente curativo; *i)* el reconocimiento de los denominados "productores de enfermedad", localizados en la industria de alimentos, tabacalera, alcoholera, químico-farmacéutica, etc., y la subordinación política del Sector Salud a dicha industria de la enfermedad; *j)* el reconocimiento, primero localizado en la acción psiquiátrico-psicológica y luego en la práctica médica general, de que junto a las actividades intencionales curativo-preventivas se desarrollan actividades de control social e ideológico; *k)* el descubrimiento de que pese al descenso de las tasas de mortalidad, y al incremento de la esperanza de vida, se ha generado un notorio estancamiento y en algunos casos incremento de la mortalidad en varones en edad productiva; *l)* el descubrimiento del mantenimiento de la desigualdad social ante la muerte, aun en los países con medicina socializada. Prácticamente la totalidad de la investigación epidemiológica que maneja criterios de estratificación social verifica que los estratos más bajos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad; *ll)* en los setenta se evidencian las limitaciones, o

directamente el fracaso de la intervención médica y psicológico-psiquiátrica respecto de los principales problemas de "salud mental": alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidio, homicidio, etcétera.

En los países de capitalismo periférico se ha planteado también la existencia de una crisis de este modelo, pero no con el énfasis investigativo de los países centrales. Entre nosotros la crítica fue también más tardía, —década de los setenta—, y reitera problemáticas previamente puestas en evidencia, e incorpora otras consideradas como secundarias a nivel central.

Los principales indicadores de la crisis en América Latina han sido los siguientes:

a) el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad en la década de los sesenta, así como la notable persistencia de las muertes "evitables" en el perfil epidemiológico; *b)* el mantenimiento y, en algunos contextos, el incremento del problema del hambre articulado con la reducción de la lactancia materna previamente inducida por el Sector Salud; *c)* luego de casi dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de fines de la década de los setenta; *d)* continuo incremento de la mortalidad por accidentes que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte; *e)* mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidio, que colocan a América Latina en un lugar comparativamente destacado dada la notable incidencia de la misma sobre todo en jóvenes y adultos menores de 35 años; *f)* incremento continuo de la drogadicción; lo mismo puede decirse sobre el alcoholismo, con el agravamiento de que éste directa o indirectamente constituye una de las causales de muerte de mayor incremento; *g)* incremento de viejos problemas que aumentan su virulencia, en particular tuberculosis pulmonar y enfermedades venéreas; *h)* crisis de financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social, cuyas expresiones más notorias son: Argentina y Uruguay; el pronóstico estima que la crisis se agravará; *i)* el agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad. Los sistemas de drenaje, de aprovisionamiento de agua potable, de control de basuras y de contaminación se deterioran, colocando a varias ciudades de Latinoamérica entre aquellas con mayores posibilidades de "colapso urbano".

La crítica al MMH y el señalamiento y análisis de la crisis provinieron de diferentes orientaciones teórico-ideológicas. No todos plantearon la crisis como estructural, ya que algunos se desarrollaron a partir de la recuperación modificada del MMH.

Las principales orientaciones críticas que nos interesa señalar son las siguientes:

a) las generadas desde dentro del propio MMH, y que buscan modificar la orientación hegemónica impulsando las prácticas preventivistas; la OMS

y a UNICEF durante los setenta y ochenta son la expresión más significativa de esta orientación y son estas organizaciones las que han impulsado en un nivel internacional las estrategias de atención primaria (AP); *b*) desde posiciones expresamente "anticientíficas" se generó una crítica radical, aunque reaccionaria, hacia el MMH; éste aparece como una de las máximas expresiones de la racionalidad tecnológica impuesta al mundo por la sociedad occidental y que necesita ser superada; en su crítica al MMH esta orientación ha recuperado la "pobreza" de la medicina popular y ha impulsado parcialmente experiencias de AP; *c*) desde una perspectiva económica neoliberal se ha desarrollado una de las críticas de mayor éxito en términos políticos e ideológicos. Partiendo de indicadores como la ineficiencia y el aumento constante de los costos, ha propuesto una revisión en términos costo-beneficio de la orientación del MMH. Su eje no lo constituye la hegemonía de lo curativo, o la irracionalidad tecnológica, sino el derroche, la irresponsabilidad y sobre todo la necesidad de privatizar al Estado; *d*) desde una perspectiva radical se han desarrollado cuestionamientos teóricos y experiencias "alternativas" que se han movido en un amplio espectro que va desde lo económico-político hasta lo cultural. Sus propuestas responden a una gama de posibilidades que van desde el reforzamiento de una AP en manos del Estado hasta las experiencias más radicalmente autogestionarias.

Por razones de muy diversa orientación teórica y política, la AP es considerada como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del MMH, entre otras cosas porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta del Sector Salud organizado para enfrentar su crisis tanto en eficacia como en términos de gasto público. Para Latinoamérica la principal y casi única estrategia de AP referida al "alcoholismo" la constituye Alcohólicos Anónimos.

Lo propuesto hasta ahora en forma intencionalmente esquemática constituye el contexto necesario para analizar el desarrollo de las estrategias contra la enfermedad de una triple relación: el Sector Salud, los profesionales médicos y los conjuntos sociales estratificados.

Durante los sesenta, como señalé, se descubre que la caída de la tasa de mortalidad general se desacelera en la mayoría de los países de América Latina, pese al incremento en el costo de la atención a la enfermedad. En los setenta esto se correlaciona primero con el mantenimiento de la situación de subdesarrollo dependiente y, segundo, con el desarrollo de una prolongada y profunda crisis económica que afecta negativamente los niveles de vida de los conjuntos subalternos. Pese a la tendencia decreciente, se observa que la esperanza de vida de los países de alto desarrollo capitalista duplica y hasta triplica la de algunos países africanos y asiáticos. Por otra parte, el MMH se sigue identificando con una medicina de alta complejidad, basada en la curación y donde el segundo y el tercer nivel son

cada vez más sofisticados y costosos y que corresponden al nuevo perfil epidemiológico dominante en los países centrales.

Es justamente durante este proceso que surge (o mejor dicho, resurge) la concepción de la AP basada en la articulación comunidad/Sector Salud para poder actuar en situaciones de pobreza, crisis prolongada y en la forma más eficaz y barata posibles. Es entonces cuando se recupera el uso de medidas simples y en su mayor parte conocidas, como el conjunto de las estrategias básicas agrupadas en la sigla GOBI-FFF, que evidencian en la práctica su enorme capacidad para limitar la mortalidad infantil en la medida en que sean aplicadas sistemáticamente.

Estas medidas fueron pensadas para el conjunto de países dependientes, en la mayor parte de los cuales no existía personal de salud, en particular médicos y enfermeras, o existía en forma muy reducida. Tanto por esta situación como por razones de tipo ideológico-técnico y/o por planteos preocupados por abatir costos, la participación comunitaria fue considerada decisiva para una aplicación exitosa de las estrategias de AP.

El médico o la enfermera diplomada, y esto debe ser claramente planteado, constituyen en términos teóricos figuras secundarias para un programa de AP: un rol técnico de referencia. Que en varios programas latinoamericanos ello no ocurra así, constituye una contradicción con la concepción ideológica y técnica que avala el impulso de las estrategias de AP. Espero que los fundamentos de esta afirmación hayan quedado claros en mi análisis. Pero además, la "secundariedad" del personal profesional puede observarse recurrentemente en el desinterés, inconstancia, rotación de este personal, respecto de los programas de AP.

El éxito de estos programas está basado en el trabajo comunitario y en la *supervisión médica* constantes, así como en el desarrollo de la tecnología sanitaria simple que pueda ser comprendida y usada con autonomía por la comunidad. Múltiples investigaciones han evidenciado el aprendizaje y correcto uso de estas estrategias por parte de los conjuntos sociales. Por razones de mercado, la industria químico-farmacéutica ha diseñado productos cada vez más sencillos para favorecer la autoadministración y, por supuesto, la reproducción ampliada del capital.

Se ha generado en consecuencia una suerte de doble ruta. Una que corresponde a los caracteres estructurales del MMH y que se expresa en una práctica médica dominantemente curativa, costosa, de eficacia reducida para el nuevo perfil epidemiológico, basada en la práctica médica y sobre la cual se han generado las principales críticas técnicas, ideológicas y económicas. Aquí el médico actúa a partir de su saber técnico y ensaya por lo menos parte de su entrenamiento profesional. Es decir, tiende a reconocerse como profesional médico con eficacia relativa y autoridad técnica.

La otra trayectoria desarrolla un enfoque preventivista respecto de las patologías que más afectan la mortalidad en los países dependientes. Sus

9

principales acciones son de AP, incluido el saneamiento del medio ambiente y se considera que el eje de dichas actividades debiera ser la comunidad. Ésta es una "medicina" barata, simple y eficaz respecto de esas patologías y en la cual el médico no se reconoce ejerciendo la complejidad de su saber técnico. La posibilidad de solución aparece depositada más en las prácticas sociales que en su saber diferenciado.

En sociedades en las cuales el personal médico es escaso, la "nueva" trayectoria no genera conflictos; pero en sociedades con alta producción de profesionales y creciente desocupación, la AP emerge como una alternativa ambivalente. Por una parte puede ser una forma de obtener ocupación, pero implica baja remuneración y una supuesta descalificación en la práctica de su saber profesional. El médico considera que da una "medicina de segunda" a "pacientes considerados de segunda". Para toda una serie de autores, incluso médicos, las estrategias de AP son la forma en que el Estado abarata costos a partir de reducir inversiones, entre ellas la de los salarios de los profesionales médicos. Paradójicamente, sus críticas son usadas tanto por los médicos desocupados, como por un sector de la sociedad que plantea que la solución está en la "privatización" de los servicios estatales.

La AP, y ya lo hemos analizado en varios trabajos (Menéndez, 1981, 1982a, 1983, 1990), debe estar basada en el grupo familiar y la comunidad y debe constituir formalmente —como de hecho lo constituye— el primer nivel de atención. La práctica médica debiera operar como segundo y tercer niveles de atención.

Esta propuesta no niega la práctica médica ni idealiza los conjuntos sociales, sino que asume radicalmente tres hechos de diferente significación: *a)* la mayoría de los padecimientos más frecuentes pueden ser eficazmente atendidos en el nivel de los grupos primarios, y la eficacia es aún mayor cuando se eleva el nivel de vida de los conjuntos sociales; *b)* debe tenderse a reforzar realmente la autonomía de los grupos intermedios respecto del Estado y/o de la sociedad dominante, sobre todo a partir de concepciones autogestionarias, y *c)* deben cuestionarse las prácticas que directa o indirectamente favorecen el control social e ideológico sobre los conjuntos sociales.

Ya señalé que la autoatención debiera ser reconocida como lo que es, el primer real nivel de atención. Esto supondría que el Sector Salud debiera utilizar esta estructura en sus programas de actividades, pero a partir de que reconozca su autonomía relativa. Ello implicaría colocar a la práctica médica en un nivel de asesoría, de promoción y de asumir sus funciones en los niveles secundario y terciario. Esta posibilidad se contradice, no obstante, con la expansión hegemónica del MM y con las necesidades ocupacionales del personal de salud.

Es respecto de estos hechos que deben ser analizados fenómenos, que si bien ocurren y adquieren carácter de gravedad, no pueden ser desprendidos

de los objetivos básicos que deben plantearse respecto de las relaciones MMH/sociedad.

Si en la década de los sesenta toda una serie de corrientes críticas, en alguna de las cuales me incluyo, cuestionaba la medicalización y psiquiatrización-psicologización crecientes de la sociedad, resulta paradójico e incongruente que ahora asumamos dichas funciones como correctas o por lo menos necesarias, en función del creciente desempleo de médicos y de psicólogos.

Ahora bien, si la crisis del MMH —básicamente la AP— la referimos al problema del "alcoholismo", observamos que pese al incremento de *todos* los indicadores negativos, prácticamente no existen en la mayoría de los países latinoamericanos actividades del Sector Salud planificadas respecto de dicho problema, salvo las ya citadas de los grupos de AA. Por otra parte, debe señalarse que los grupos de AA se constituyeron no sólo al margen del Sector Salud, sino que en América Latina hasta la década de los setenta fueron explícita o calladamente rechazados por una parte de la práctica, saber y teoría médicas.

En consecuencia, debe reconocerse que respecto de una de las principales causas de mortalidad para varios países de Latinoamérica —el alcoholismo— y pese a la reorientación oficial del saber médico oficial hacia la atención primaria, éste no ha desarrollado actividades eficaces en este nivel. Las estrategias de AP aplicadas respecto del "alcoholismo" en algunos países como Colombia, Chile, México o Argentina, fracasaron salvo en lo referente a los grupos de AA. El "alcoholismo" coloca al MMH ante los límites ideológicos y prácticos de su crisis, pues debe recordarse que para los grupos de AA la medicina no debe ser incluida en su propia organización "alternativa".