

**MODELO MEDICO HEGEMONICO.  
MODELO ALTERNATIVO SUBORDINADO.**

**MODELO DE AUTOATENCION.  
CARACTERES ESTRUCTURALES \***

EDUARDO L. MENÉNDEZ

1. En este trabajo se tratará de desarrollar una interpretación de la articulación que opera actualmente entre los modelos de atención médica, lo cual supone describir los caracteres estructurales de los modelos diferenciados, así como analizar el proceso de expansión conflictiva y contradictoria del modelo médico hegemónico y discriminar la posibilidad de las alternativas de autoatención.

Dados estos objetivos, se hará una descripción y análisis que seguirán el siguiente ordenamiento: a) planteamiento del problema y acotaciones metodológicas para su estudio; b) caracterización de los modelos de atención médica; c) dinámica del proceso de expansión del modelo médico hegemónico; d) el desarrollo estructural de formas de "autoatención" en salud; e) la crisis del modelo médico hegemónico respecto del problema del "alcoholismo"; f) el desarrollo y legitimación de formas de autoatención para y por los "alcohólicos"; g) fundamentación teórica e ideológica de las alternativas de autoatención gestionarias.

Se debe subrayar que este análisis tiene una verificación parcial a nivel de investigación directa en el estudio que sobre la expansión de los servicios de salud entre 1880 y 1970 realizamos en el estado de Yucatán (E. L. Menéndez, 1981 b) y en la actual investigación que estamos desarrollando sobre "El proceso de alcoholización" en colaboración primera con la Escuela

\* Artículo publicado en Cuadernos de la Casa Chata, N° 86, México.

de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y ulteriormente con el Instituto Nacional de la Nutrición.

2. La idea central de nuestro estudio es que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico (de ahora en adelante MMH intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictos y/o complementarios del MMH.

Este proceso opera en los países capitalistas metropolitanos, en los países del capitalismo dependiente, así como en los de "socialismo real". Al reconocer los caracteres diferenciales e idiosincráticos que en los niveles económico, político e ideológico operan en las situaciones particulares, proponemos que en todos los contextos la expansión del MMH se genera conflictivamente 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 los alternativos. Más aún, planteamos que en los niveles de decisión ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas ó parapúblicas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económico y político y se refuerce la hegemonía del sistema por encima de las necesidades particulares de las prácticas médicas que operan en el MMH.

Estos procesos pueden generarse porque la organización social, ideológica y político-económica que opera tanto sobre las prácticas médicas, como sobre el conjunto del sistema, tiende a producir más que la exclusión de los sistemas alternativos, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al MMH.

En los últimos años (década de los 60 en adelante), primero en algunos países capitalistas metropolitanos, básicamente en Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia e Italia, y ulteriormente en países de capitalismo dependiente y en algunos países socialistas, se ha dado una voluminosa y creciente producción científica e ideológica que describe, analiza y cuestiona la eficacia

y eficiencia de las prácticas de la medicina denominada científica, y que llega incluso a recuperar como más eficaces a las prácticas alternativas.

Los principales cuestionamientos pueden ser agrupados en los siguientes *items*:

- a) aumento del costo de la atención a la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo, y secundariamente en el costo del personal. Esto ha conducido, por lo menos en países capitalistas, a crisis en los sistemas de seguridad social;
- b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud;
- c) aumento correlativo de la "intervención" médica, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las quirúrgicas, que en algunos casos está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como la forma estandarizada de atención (caso de las cesáreas);
- d) aumento correlativo de la iatrogenia, así como de la ineficacia;
- e) predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma;
- f) la ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización) y la reducción real de las áreas de eficacia;
- g) la carencia de relación, por lo menos en algunos casos, entre el aumento de los costos, la epidemiología dominante y el control de la misma;
- h) carencia de relación entre todos estos procesos y un panorama epidemiológico, que en todos los contextos aparece determinado básicamente, por la producción social y económico de enfermedad.
- i) el reconocimiento, primero referido a la acción psiquiátrica y luego a la práctica médica en general, de que

junto con las funciones intencionales de curación, dichas prácticas cumplen funciones de control social e ideológico;

- j) el reconocimiento de que ese modelo, en su práctica, contribuye a la reproducción económica de los sistemas, así como también a legitimar soluciones ocupacionales.

Las explicaciones respecto de estos hechos son diversas y en varios casos aparecen como contradictorias; si bien estos cuestionamientos son planteados por algunas de las principales autoridades técnicas y académicas (Cochrane, Dubois, Mckweon, Newell), también tienden a ser reconocidas parcialmente por algunas de las instituciones políticas y salubristas dominantes. Existe cada vez más consenso sobre la crisis de un modelo que tiende a ser denunciado tanto desde el Estado, como desde organismos de base; desde grupos radicales hasta inclusive corporaciones médicas nacionales e internacionales. Si bien la crisis y el cuestionamiento son reconocidos, la percepción de los mismos y las soluciones posibles no sólo no son homogéneas, sino que por el contrario aparecen como conflictivas y hasta antagónicas según sean los sectores que se hagan cargo del cuestionamiento de la crisis.

Nosotros reconocemos la incidencia de la crisis del MMH, así como la mayoría de los cuestionamientos específicos, y esto es perceptible tanto en el estudio sobre el caso global yucateco como, sobre todo, en los resultados de la investigación de las relaciones entre la práctica médica y el "alcoholismo".

2.1 Nuestro análisis del proceso enunciado supone la construcción de un marco teórico-ideológico del cual sólo enumeramos algunas características básicas que operan con mayor visibilidad en nuestro trabajo, para posibilitar por lo menos, una lectura más ordenada.

- a) Este análisis constituye una aproximación esquemática, aunque global que necesita ser referida a casos específicos; en nuestro caso dichas referencias son Yucatán y nuestra actual investigación sobre el proceso de alcoholización;
- b) nuestra enumeración y discriminación de los modelos, es tipológica (términos casi sinónimos); esta aproximación

metodológica cumple funciones de ordenamiento pero no ignora que los modelos son construcciones y que solamente la dinámica histórica y social es la que da cuenta de los procesos de transformación operados;

- c) si bien en este trabajo se hace referencia a condiciones capitalistas dependientes y metropolitanas, a procesos de desarrollo desigual, a una estructura clasista abstracta; dichas referencias deben ser relacionadas necesariamente con situaciones históricamente determinadas. La utilización de categorías clasistas como proletario o campesino han sido demasiado utilizadas frecuentemente como "tipos" (aun por autores asumidos como marxistas), en los que se elimina la dinámica que los conjuntos en beneficio de una estructura maniquea o mecánica;
- d) los modelos médicos propuestos son instrumentos en los cuales la dinámica de los procesos que representan está puesta, por así decirlo, entre paréntesis; pero todos los modelos estudiados, aun el denominado frecuentemente como "tradicional", son considerados como dinámicos y en proceso de transformación;
- e) desde esta perspectiva, la crisis del MMH, así como sus consecuencias, son percibidas como procesos sociales en los cuales se descartan las concepciones que perciben lo "anterior" o "ulterior" como lo "mejor" tanto en términos tipológicos como históricos;
- f) los modelos propuestos no constituyen construcciones "en sí", sino que deben ser referidas a las fuerzas sociales y políticas que se hacen cargo de las mismas.
- g) en el análisis utilizaremos reiteradamente algunos conceptos e instrumentos que requieren un mínimo de precisión o por lo menos de referencia técnica.

Por "modelo" vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica,

técnica, ideológica y socioeconómica de los "curadores" (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Cada uno de los modelos estará caracterizado en el párrafo siguiente. El concepto de medicalización refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización. Hegemonía es utilizado en la conceptualización gramsciana, pero que en nuestro enfoque se articula con el concepto de transacciones (ver E. L. Menéndez, 1981 b). El concepto de proceso de alcoholización refiere a los procesos de ingesta de alcohol de los conjuntos sociales, a partir de la consideración de dicho proceso como socioideológicamente determinado, sin que esta consideración implique evaluaciones negativas o positivas respecto del mismo (ver E. L. Menéndez, 1982).

2.2 Para los efectos de este trabajo se reconocen tres modelos básicos:

- a) Modelo médico hegemónico.
- b) Modelo médico alternativo subordinado.
- c) Modelo médico basado en la autoatención.

#### 2.2.1 Modelo Médico Hegemónico.

Este modelo supone el reconocimiento de tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo. Eficacia pragmática. La salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas "curadoras", profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas

a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación.

Los submodelos corporativos se caracterizarían, además, por la estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica; por el burocratismo, por la consecuente disminución de las responsabilidades, y por la dominación de los criterios de productividad. El modelo corporativo público presenta a su vez algunos caracteres particulares: la tendencia al enfoque preventivista, la tendencia a actuar sobre “el medio” y no sobre los individuos, aunque “naturalizando” a dicho “medio”, así como la tendencia a constituir subprofesionales controlados, y liderar las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud.

### 2.2.2 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 solo no proceden del “pasado”, sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH, y que sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales.

Además, aquí se incluyen prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta fechas recientes al margen del sistema médico “occidental”, como la medicina ayurvédica o a la acupuntura y herbolaria chinas. Leslie ha demostrado que estos sistemas se organizaron profesional y hasta académicamente mucho antes que el sistema occidental, y que cumplieron también funciones de cura y control.

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 derivados del MMH, y porque las 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 quiropraxia 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 incluso algunas no integran la totalidad de los rasgos estructurales a señalar. Al respecto, debemos decir que al manejar el concepto de modelo, asumimos que esto 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 alternativas institucionales que el MMH ha tendido a estigmatizar, pero que en los hechos tiende a subordinar 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 de los otros de su “saber y prácticas curativas”, y tendencia reciente a la mercantilización.

De esta enumeración se deriva que este modelo 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 discriminar cuáles constiuyen los rasgos no compatibles y a ver qué función alternativa 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 implicancia de sociabilidad (caso del psicoanálisis según Levi Strauss o el planteamiento universalista de los símbolos según V. Turner), lo

cierto es que se necesitaría un análisis dinámico de esta alternativa. La información comparada de la que disponemos apunta sin embargo a señalar que los caracteres de complementación y subordinación, no de oposición, son los que tenderían a determinar este modelo.

### 2.2.3 Modelo de atención basado en la autoatención.

Denominamos así al modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parental o comunal, y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención supone desde acciones "conscientes" de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad (ver E. L. Menéndez, 1981 a y 1981 b).

Este modelo es estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención de la misma. Este modelo está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no solo curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para los grupos en que opera.

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 tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.

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 institucionalización 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 pertenec la mayoría de los médicos.

Este modelo supone en consecuencia una serie de caracte-

rísticas que son isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista<sup>1</sup>.

Es durante el período constitutivo cuando este submodelo formula y consigue imponer su concepción excluyente respecto de las prácticas operadas en el modelo alternativo. Pero esta exclusión se dará básicamente en términos ideológicos y funcionará secundariamente 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; aún cuando solo pueda ser consumido por un sector relativamente pequeño de la población. Será básicamente este submundo 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 este submodelo el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación alternativas. La legitimación para estigmatizar al modelo alternativo la obtiene parcialmente por las funciones de control social e ideológico que potencialmente puede cumplir respecto del conjunto de los estratos sociales. 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 ideológicos positivistas que cada vez tendían a imponerse más en sus concepciones ideológicas.

Tanto la clase obrera como los dueños de los medios de pro-

<sup>1</sup> Su "racismo" será biológico y/o cultural, y expresará no solo una función ideológica de dominación sino también las limitaciones científicas del mismo. Al respecto, es importante revisar los libros de texto, sobre todo de "Anatomía descriptiva" y de "Anatomía patológica", a través de los cuales los médicos se formaron durante la segunda parte del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. Un exponente claro lo constituye el "clásico" manual de Testut (luego Testut y Latarjet) en el cual aprendieron anatomía generaciones de médicos franceses y latinoamericanos. Hasta la década de los 50 fue el manual más utilizado en las escuelas de medicina de la mayoría de los países latinoamericanos. Este manual está saturado de concepciones "racistas" que sin embargo pasaron como científicas en el proceso formativo profesional.

ducción y el Estado, requieren, por razones contradictorias y complementarias, de una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia, es decir, que contribuya a la reproducción y a la productividad de la mano de obra. Tanto el movimiento obrero como el Estado, o para ser más 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, será a partir de mediados del siglo XIX cuando el Estado de algunos países capitalistas comience a hacerse cargo sistemáticamente tanto de acciones asistenciales como de acciones sobre el medio, que posibiliten una vía de desarrollo, control y legitimación del sistema dominante. Como se señaló, serán algunos de los países capitalistas "avanzados", los que primero establezcan estas "políticas de salud", pero también las mismas operarán en algunos países de capitalismo dependiente, sobre todo en países de América Latina. El contraste entre legitimación ideológica y acciones prácticas de salud se hará más evidente en nuestros países, donde la estigmatización de las prácticas alternativas no puede ir más allá de la sanción ideológica, dado que son las condiciones mismas de los conjuntos sociales subalternos las que de hecho estimulan el desarrollo de las prácticas alternativas.

Por supuesto que 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 respecto del caso yucateco.

No obstante las diferenciaciones 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 posterior del submodelo corporativo privado, los que harán emerger nuevos rasgos estructurales e incrementar tendencias secundarias del submodelo individual

privado. Así, la ‘sociabilidad’ de la enfermedad y 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, ya que la incorporación de lo social solo 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 corporativos 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, fundamentando dicha exclusión en su identificación con la racionalidad científica y en un proceso de profesionalización legitimada por el Estado. También señalamos que en la mayoría de los países de capitalismo dependiente dicha exclusión no puede operar en los hechos prácticos de atención médica. Ni el número de profesionales médicos, ni paramédicos, ni las características del mercado, ni las políticas de inversiones en salud conducen, salvo concepciones, a la localización de estas prácticas en amplias zonas y respecto de determinados sectores sociales. Aquí, de hecho, dominan los otros dos modelos, aún cuando la hegemonía a nivel nacional se plantee excluyentemente en términos del MMH. Así, para México, un trabajo producido a principios de la década de 1960 y en el cual colaboraron J. Alvarez Amézquita y M. E. Bustamante sostenía que todavía 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 (G. Schendel, 1968). Ahora bien, debe subrayarse que la extensión y permanencia de los dos modelos no hegemó-

nicos no es producto de resistencias contraculturales, salvo en contados casos; sino que los mismos se mantienen y reproducen por su relativa eficacia, por su reconocimiento social y por ser frecuentemente los únicos con que cuenta una parte de la población.

La expansión de los submodelos corporativos público y privado se verificará en la emergencia y/o acentuación de tendencias ya enumeradas, como en la extensión de sus prácticas a áreas y sectores subalternos. En el primer caso se evidencia una tendencia a la concentración monopólica, un aumento de las pausas de burocratización, la emergencia y el acentuamiento ulterior de la escisión 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 cual accederán los estratos subalternos, inclusive los más aislados, tanto en términos ecológicos como sociales.

Como ya se señaló, el MMH se instituye a partir de los estratos sociales urbanos, incluida la clase obrera<sup>2</sup>. 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 necesidad de salud de los trabajadores y de restauración de la misma, como las necesidades de control y productividad del sistema dominante, avalan la expansión y hegemonía del MMH. Esto es claramente perceptible en la situación yucateca, donde son los trabajadores de la transformación del henequén y los obreros del transporte de la fibra los que más tempranamente obtienen seguridad en la atención mé-

<sup>2</sup> Una expresión de esta situación, y en particular de las referencias a la clase obrera, la tenemos en la "lucha" profesional emprendida por médicos y farmacéuticos contra el opio en el país capitalista de punta de mediados del siglo XIX, Inglaterra. A partir de la segunda mitad de ese siglo esta lucha se acentuó hasta lograr que los profesionales tuvieran el control absoluto sobre la prescripción y venta de dicha droga. Como actualmente sabemos, el mayor consumo de opio no se daba entre las clases dominantes o entre "los artistas e intelectuales", sino en la clase obrera, para la cual cumplía varias funciones, entre otras curativas. Los análisis actuales reconocen que la mortalidad por consumo de opio era muy baja, para el lapso 1848-1869 se calcula en 5 a 6 personas por millón de habitantes, una cifra casi inexistente si se compara con la mortalidad por cirrosis. El control del opio básicamente apuntaba a asegurar el monopolio profesional, sobre todo respecto de la clase obrera.

dica "científica", exigida por otra parte por ellos como una conquista social. Serán también los trabajadores ligados a la explotación henequenera, en este caso la producción directa de fibra, los que después obtengan 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 (PBI), 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.

En el caso mexicano en su conjunto, esta expansión se acelerará desde la década de los 50 en adelante, tanto en los mecanismos directos (servicios de salud) como indirectos (venta de medicamentos de patente; medicalización de los modelos alternativos). Esta expansión supone la subordinación y marginación, no solo ideológica, sino práctica de los otros modelos; aún cuando en el caso mexicano algunas prácticas presenten una extraordinaria capacidad de permanencia (nos referimos a las parteras empíricas). Pero esta 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 30, medicina de patente en sus prácticas curativas, incluso para enfermedades "tradicionales". Estudios realizados sobre curadores "tradicionales", aún en pequeñas comunidades de menos de 1.000 habitantes, evidencian no solo la existencia de tiendas de medicamentos de patente en las mismas para la década de los 50, sino la frecuencia de la prescripción de los fármacos por parte de estos curanderos.

Esto se hace aun más manifiesto respecto de la expansión del MMH sobre el modelo de autoatención. Para la década de los 30 hallamos en el medio rural yucateco el uso de fármacos en las pautas de automedicación; la década de los 40 incorpora tempranamente el uso de la penicilina, y ya para la década de los 50

se habla de una "luvia de medicamentos" sobre la población en su conjunto, incluidas las de las áreas rurales. Señalemos que esta "luvia" 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 da a partir de los 40; crece lentamente en las décadas posteriores, para incrementar su desarrollo en los 70. Es durante este período que la campaña contra el paludismo penetra profundamente en Yucatán, al igual que en otras áreas nacionales, y no solo genera acciones de saneamiento sino que forma personal local para la detección de casos y para el desarrollo de acciones antipalúdicas. Se estima que en México alrededor de cincuenta mil (50.000) personas fueron adiestradas para la puesta en marcha a nivel comunal de dichas tareas (ver E. L. Menéndez, 1981 b).

La expansión del MMH sobre los otros modelos se realiza a partir de las funciones ya señaladas, y de una función que iniciada en la década de los 30 cobra una aceleramiento espectacular en las décadas de los 60 y 70; nos referimos a la importancia económica que tiene la "industrias de la salud" 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 30. 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 cumplirán 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 través de la actual situación de crisis. Esto se manifiesta no solo en la apropiación de la quiropraxia, la acupuntura o la homeopatía sino en el intento de control y subordinación a través de los denominados "planes de extensión de cobertura". Debe subrayarse que este

proceso de hegemonización no se da en forma mecánica y unilateral, ya que supone conflictos y la eventualidad de un cuestionamiento radical al MMH.

- 2.4 La expansión del MMH se caracteriza entonces por:
- el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud, y por una función cada vez más directa del Estado;
  - 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;
  - 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;
  - el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos respecto de la eficacia simbólica dominante en las primeras etapas;
  - 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.

Si bien la expansión del MMH ha entrado actualmente en crisis, la misma debe ser leída a través de dos hechos: a) el reconocimiento de una determinada eficacia en el control efectivo o potencial de determinados problemas epidemiológicos; b) el reconocimiento de que el proceso señalado ha conducido a la transformación dialécticamente irreversible de los otros modelos.

#### BIBLIOGRAFIA

- Aguirre Beltrán, G., 1965: *Los programas de salud interpretados en la situación intercultural*, I. N. I., México.
- 1973: *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, I. N. I., México.
- Barofski, I., 1978: "Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care", en: *S.S.&M.*, 12 A: 369-76.

- Berlinger, G. y otros, 1974: *Crisi della medicina. Proposte de iniziativa politica di massa*. Editori Riuniti, Roma.
- Caro, G., 1972: *La medicina impugnada. La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista*, Laia, Barcelona.
- Cochrane, A. L., 1972: *Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health Service*. The Unifield Provincial Hospital Trust, London.
- Collado, R., 1976: *Médicos y estructura social*, F. C. E., México.
- Corea, G., 1977: *The Hidden Malpractice: How American Medicine Mistreats Women*, Jove, New York.
- Dobkin de Ríos, M., 1971: *Curanderismo con la soga alucinógena (ayahuasca) en la selva peruana*, A.I. 31 (3): 575-91.
- Dunnell, K. y Cartwhigh, A., 1972: *Medicine Takers, Prescribers and Hear-dess*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Fee, E., 1975: "Women and Health Care: A comparison of theories", en: *I. J. H. S.*: 5 (3): 397-415.
- Finkler, K., 1977: "El cuidado de la salud: un problema de relaciones de poder", A.I. 37 (2): 435-55.
- Foucault, M., 1976: "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en: *Educación Médica y Salud*, 10 (2): 152-70.
- 1977: "Historia de la medicalización", en: *Educación Médica y Salud*, 11 (1): 3-25.
- Freidson, E., 1977: *La profesión médica*, Península, Barcelona.
- Fuchs, V. R., 1974: *Who Shall Live?*, Basic Books, New York.
- Hyde, G., 1979: *El servicio de sanidad soviético. Estudio histórico y comparativo*, Akai Editor, Madrid.
- Illich, I., 1975: *Némesis Médica. La apropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona.
- Leslie, Ch. (Edit.), 1976: *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Univ. Calif. Press, Berkeley.
- Mckeown, Th., 1976 a: *The Modern Rise of Population*, Academic Press.
- 1976 b: *The role of medicine. Dreaan, mirage or nemesis?*, The Nuffield Provincial Hospitals Truts, London.
- Menéndez, E. L., 1978: "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en: F. Basaglia y otros, *La Salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, Nueva Imagen, México.
- 1979 a: *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Nueva Imagen, México.
- 1980: *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional"*, Cuaderno N° 32 de la Casa Chata, México.
- 1981 a: "La automedicación y los medios de comunicación masiva", en: *Cuadernos Médico-Sociales*, N° 15: 23-32, Rosario (Argentina).
- 1981 b *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- Navarro, V., 1978: *La medicina bajo el capitalismo*, Grijalvo, Barcelona.
- Newell, K. W. (Edit.), 1975: *La salud para el pueblo*, O. M. S., Ginebra.
- Olatunde, A. y otros, 1979: *Self Medication: Benefitss, Precautions and Dangers*. The Mac Millan Press, Hong Kong.
- Press, I., 1971: "The Urban Curandero", en *A. A.* 73 (3): 741-56.
- 1978: "Urban Folk Medicine: A Functional Overview", en: *A. A.* 80 (1): 71-84.
- Rabin, D. L. y Busch, P. J., 1974: "The use of medicine: historical trends and international comparisons", en: *I. J. H. S.* 4 (1): 61-88.
- Robinson, D. y Henry, S., 1977: *Self-Help and health, mutual aid for modern problems*. Martín Robertson, London.

- Ruitembek, H., 1970: *The New Groups Therapeutic*. Aron Books.
- Schendel, G., 1968: *Medicine in Mexico. From Aztec to Betatrons*. Univ. of Texas, Austin.
- Schutz, W., 1978: *Todos somos uno. La cultura de los encuentros*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Sepúlveda, O., 1966: "Research on Behavioral Science and Medicine in Latin America", en: *The Milbank Memorial Fund. Quart.* 44 (2): 52-72.
- Solien de González, N., 1965: "Medical beliefs of the urban folk in Guatemala", en: *A.I.* 25 (3): 321-28.
- Sommers, H. M. y Sommers, A. R., 1962: *Doctors, Patients and Health Insurance*. Doubleday, New York.
- Velimirovic, B. (Edit.), 1978: "La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza". *Public. Científica* N° 359, O. P. S., Washington.
- Viesca, C., 1979: "Problemática y vigencia de la medicina tradicional", en: *Estudios del Tercer Mundo* 2 (4): 635-44.
- Wallis, R. y Morley, P. (Edit.), 1976: *Marginal Medicine*. The Free Press, New York.
- Waitzkin, H. y Waterman, 1974: *The exploitation of illness in capitalism society*. Bobbs Merrill, New York.
- Zola, I. K., 1978: "Medicine as an Institution of Social Control", en: J. Ehrenreich (Edit.), *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. Monthly Review. Press: 80-100.