

MODELO HEGEMÓNICO,
MODELO ALTERNATIVO SUBORDINADO,
MODELO DE AUTOATENCIÓN.
CARACTERES ESTRUCTURALES

EDUARDO MENÉNDEZ*

En este trabajo se pretende desarrollar una interpretación de la articulación que funciona 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 con 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

* Tomado de: *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 1983 (Cuadernos de la Casa Chata, 86).

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 Yucatán¹ y en la actual investigación que estamos desarrollando sobre "el proceso de alcoholización", en colaboración primero con la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y posteriormente con el Instituto Nacional de la Nutrición.

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 conflictivos y/o complementarios del MMH.

Este proceso opera en los países capitalistas metropolitanos, en los países de 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, opinamos 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 o parapúblicas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económicos y políticos 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 después 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 intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos pretenden establecer determinado tipo de intervenciones como una forma estandarizada de atención (caso de las cesáreas).

d) Aumento correlativo de la yatrogenia, así como de la ineficacia.

e) Predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de ésta.

f) La ampliación ideológica y técnica de cada vez mayores 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 el panorama epidemiológico, que en *todos los contextos* aparece determinado básicamente por la producción social y económica de la 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

¹ E. L. Menéndez, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México, 1981.

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 corporaciones médicas inclusive tanto nacionales como 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 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 en los resultados de la investigación de las relaciones entre la práctica médica y el "alcoholismo", sobre todo.

Nuestro análisis del proceso enunciado supone la construcción de un marco teórico-ideológico del cual sólo enumeraremos algunas características básicas que operan con mayor visibilidad en nuestro trabajo, para facilitar 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, 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 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 que se elimina la dinámica de 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, 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 consideran 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 teórica.

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.² 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 esto implique evaluaciones negativas o positivas respecto del mismo.³

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 E. L. Menéndez, *op. cit.*

³ E. L. Menéndez, "Investigación del proceso de alcoholización en Latinoamérica", ponencia, X Congreso Internacional de Sociología, México, 1982.

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 de prevención, 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 a dirigir las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud.

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 sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales.

Además, aquí se incluyen prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta ahora al margen del sistema médico "occidental", como la medicina ayurvédica o 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 a 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 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 quiropráctica o con la homeopatía.

A partir de esto, es necesario reconocer que en tal 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 ello no implica la necesidad de recuperar el proceso global de cada práctica, sino de construir justamente un modelo 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 pretendido 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 excluir a 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. Éstos operan integrados con otros caracteres considerados como conflictivos y hasta incompatibles respecto del MMH.

Un análisis procesal debería ayudar a determinar cuáles constituyen los rasgos compatibles y qué función alternativa cumplen. Apa-

rentemente 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 implica sociabilidad (caso del psicoanálisis según Lévi 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.

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 parentales o comunales, 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.⁴

Este modelo es estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención; está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no sólo 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 influyen en la articulación y transformación de los procesos que constituyen estos tres modelos se centran inicialmente en la dinámica del submodelo individual instituido en los países de capitalismo metropolitano de los siglos XVIII y XIX. La institucionalización de este modelo acompaña el desarrollo económico-político de la capas burguesas que justamente se apropian directa o

vicariamente del poder entre 1750 y 1880. Todos los caracteres del MMH están saturados, en niveles conscientes y no conscientes 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 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 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, aun cuando sólo pueda ser utilizado 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, su 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 a un modelo alternativo la obtiene parcialmente por las funciones de control social e ideológico que potencialmente puede ejercer 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 (especialmente la de orien-

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, sobre todo de anatomía descriptiva y de anatomía patológica, a través de los cuales se formaron los médicos 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 varias 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.

⁴ E. L. Menéndez, "La automedicación y los medios de comunicación masiva", en *Cuadernos Médico-Sociales*, núm. 15, pp. 23-32, Rosario, 1981.

tación socialista) se imponía con criterios ideológicos positivistas que tendían a imponerse cada vez 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 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 de acuerdo con las condiciones de desarrollo capitalista de los diferentes contextos; así, donde ese desarrollo lo haga posible 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 casos a la emergencia del submodelo corporativo público, que tiende 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 surgir 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, basada en el proceso económico-político en que opera, ya que 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 corporativos supone la posibilidad de conflictos entre los mismos y el 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 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 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. Álvarez 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 de otros curadores similares que se estimaban en 185 000 aproximadamente.⁶ Ahora bien, debe subrayarse que la extensión y permanencia de los dos modelos no hegemónicos no es producto, salvo en contados casos, de resistencias contraculturales, 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.

⁶ G. Schendel, *Medicine in Mexico. From aztec to betatrons*, University of Texas, Austin, 1968.