

## La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud.

Eduardo L. Menéndez

1. En este trabajo trataremos de desarrollar una interpretación de la articulación actual de los modelos de atención médica (modelos médicos), 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 (de ahora en adelante MMI).

En función del espacio de que dispencemos nuestra descripción y análisis serán relativamente esquemáticos y seguirán el siguiente ordenamiento: a) actualidad y vigencia de esta problemática; b) algunas acotaciones metodológicas referidas a nuestro enfoque teórico; c) precisión de algunos conceptos básicos a utilizar; d) enumeración y caracterización sucinta de los caracteres básicos de cada modelo; e) dinámica del proceso de expansión del modelo hegemónico; f) conflicto, complementación y contradicción en la expansión y crisis del modelo hegemónico. Señalamos que este trabajo tiene una verificación empírica parcial en la investigación realizada por nosotros sobre la expansión de los servicios de salud en el estado de Yucatán (México) entre 1880 y 1978 (23)

2. La idea central de nuestro trabajo consiste en proponer que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica; en dicho proceso el MMI intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos 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 contradictorios del modelo hegemónico.

Este proceso opera tanto en los países capitalistas metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente, como en los de "socialismo real". Reconociendo los caracteres diferenciales e idiosincráticos que en los niveles económico, político e ideológico opera en las contextualidades particulares, proponemos que en todos los contextos la expansión del modelo hegemónico se genera cen-

-flictivamente y que dichos conflictos suponen en la materia de los casos sol-  
 -ciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios e-  
 -tre el modelo hegen'ónico y los alternativos. Más aun planteamos que en el niv-  
 de las estructuras decisorias ya sean establecidas a nivel de Estado o de las  
 organizaciones corporativas privadas o para-públicas los procesos conflictivos  
 tien en a ser resueltos cuando es necesario favoreciendo los procesos de produ-  
 -ción y reproducción económica y político, así como reforzando la hegemonía del  
 sistema por encima de las necesidades particulares de las practicas médicas qu  
 operan en el modelo médico hegenónico. Estos procesos son ~~posibles~~ posibles de ge-  
 -nerarse porque la organización social, ideológica y política-económica que ope-  
 tanto sobre las practicas médicas, como sobre el conjunto del sistema tiende a  
 producir más que la exclusión de los sistemas alternativos, su apropiación y  
 transformación a partir de su subordinación ideológica al modelo hegenónico.

- 2.1. En los últimos años primero en algunos países capitalistas metropolitanos, bás-  
 [7, 10, 11, 13, 22, 23, 30, 32, 33, 43, 68, 72],  
 -sicamente EEUU, Gran Bretaña, Italia y Francia, y posteriormente en países de ca-  
 [12, 20, 34, 35, 40, 65];  
 -talismo dependiente y en algunos países socialistas, se ha dado una voluminosa  
 y creciente producción científica e ideológica que describe, analiza y cuestio-  
 la eficacia y eficiencia de las prácticas de la medicina denominada científica  
 llegando inclusive a recuperar como más eficaces a las practicas alternativas  
 Los cuestionamientos pueden ser agrupados en los siguientes items:
- a) aumento del costo de la atención en salud; este aumento está centrado primar-  
 mente en el aumento de los costos en medicamentos y equipos y secundariamen-  
 en el costo del personal. Esto ha conducido por lo menos en países capitalis-  
 tas a crisis en los sistemas de seguridad social;
  - b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos; dentro de los fárma-  
 -cos se ha intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a conse-  
 -cuencias negativas en salud;
  - c) aumento correlativo de la "intervención" médica, una de cuyas expresiones  
 más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que está suponia



-ramente perceptible en el desarrollo del proceso yucateco (38) ~~construcción del modelo~~

2.2. Nuestro análisis del proceso enunciado supone la construcción de un marco teórico-

-ideológico que no podemos explicitar por carencia de tiempo, pero que no obstante requiere que por lo menos enumeremos algunas características del mismo y que operan con cierta mayor visibilidad en nuestro trabajo y pueden dar lugar a distorsiones en la lectura del mismo.

a) este análisis constituye una aproximación esquemática y global que necesita ser referida a casos específicos; en nuestro caso dicha referencia es Yucatán;

b) nuestra enumeración y discriminación de los modelos es tipológica (términos casi sinónimos); esta aproximación metodológica cumple funciones de ordenamiento, pero no ignora que ~~des~~ modelos son construcciones y que es sólo la dinámica histórica y social de los procesos ~~la~~ que da cuenta de los procesos de transformación operados;

c) si bien en nuestro trabajo se hace referencia a condiciones capitalistas dependientes y metropolitanas, a procesos de desarrollo desigual, a una estructura clasista abstracta, las mismas deben ser necesariamente referidas a situaciones históricamente determinadas. La utilización de categorías clasistas, como proletario o campesino han sido demasiado frecuentemente utilizadas como tipos, aun por autores asumidos como marxistas, donde la dinámica de los conjuntos ~~xxxxx~~ son eliminadas ~~xxxx~~ en beneficio de una estructura maniquea y mecánica;

d) los modelos ~~médicos~~ propuestos son instrumentos en los cuales la dinámica de los procesos que representan están puestas, por así decirlos entre paréntesis; pero todos los modelos considerados, aun el denominado frecuentemente como "tradicional" es considerado como dinámico y en proceso de transformación;

e) desde esta perspectiva la crisis del modelo, así como sus consecuencias son percibidas como procesos sociales en los cuales se descartan las concepciones que perciben lo "anterior" <sup>como "mejor"</sup> tanto en términos tipológicos como históricos. ~~como~~

f) los modelos propuestos no constituyen construcciones "en sí", sino que deben

ser referidas a las fuerzas sociales, ideológicas y económico-políticas que se hacen cargo de los mismos.

2.3. Al igual que en el párrafo anterior, en éste solo trataremos de precisar y/o acotar aquellos conceptos considerados estratégicos para el análisis. Dichos conceptos son los de modelo, modelos médicos, cada uno de los modelos médicos reconocidos, medicalización y, hegemonía y transacciones.

Por "modelo" vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados como estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquella construcción que a partir de determinados rasgos estructurales supone no sólo la producción teórica, técnica, ideológica, social y económico-política de los médicos, sino también la de los conjuntos implicados en su funcionamiento. Cada uno de los modelos será caracterizado en el párrafo siguiente. El concepto de "medicalización" refiere a las prácticas, ideologías y saberes no sólo manejados directamente por médicos, como es considerado restringidamente por varios autores, sino a los individuos y conjuntos que <sup>actúan</sup> ~~manejan~~ dichas prácticas, ideologías y saberes. Hegemonía se utiliza a partir de la conceptualización gramsciana, pero que en nuestro enfoque se lo articula con el concepto de transacción. ~~(36 y 38)~~

~~.....~~

2.4. A los efectos de este trabajo reconocemos tres modelos básicos:

- a) Modelo Médico Hegemónico;
- b) Modelo Médico Alternativo;
- c) Modelo Médico basado en la Autoatención.

2.4.1. Modelo Médico Hegemónico.

Este modelo supone el reconocimiento de tres submodelos: Modelo Médico Individual Privado; Modelo Médico Corporativo Privado y Modelo Médico Corporativo Público. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: biologismo; concepción evolucionista-positivista; ahistoricidad; a-socialidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud como mercancía (en términos directos e indirectos).

;estructura asimétrica en la relación curador/paciente;estructuración de una participación subordinada y pasiva en las acciones de salud por parte de los "consumidores";estructuración de una producción de acciones que tiende a excluir al consumidor de su conocimiento;legitimación legal excluyente <sup>de otras</sup> la práctica;profesionalización formalizada;identificación 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 a un enfoque dominado por la percepción sintomática de los padecimientos y problemas;tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad;tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativo de una tendencia a escindir la práctica de la investigación;constitución e identificación con el medio urbano como locus originario y referencial.

Los submodelos/público y privado se caracterizan además por la estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención;por el burocratismo;por la disolución de las responsabilidades.El modelo corporativo público presenta a su vez algunos rasgos particulares:la tendencia al enfoque preventivista;la tendencia a actuar sobre el "medio" y no sobre las personas,pero con tendencia a "naturalizar" dicho medio;la tendencia a constituir subprofesionales controlados.

#### 2.4.2. Modelos Médicos Alternativo.

En este modelo se integran las prácticas reconocidas generalmente como "tradicionales";pero este concepto no solo 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 proceden del "pasado",sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del Modelo Médico Hegemónico,sintetizando y transformando inclusive a las llamadas prácticas tradicionales. (36)

~~Modelos Médicos Alternativos~~ Aquí no sólo agrupamos las prácticas de los "curadores",

de la medicina ayurvédica, de la acupuntura, de la herbolaria, de las técnicas basadas en la eficacia simbólica; sino que incorporamos a las técnicas espiritistas a la quiropraxia, al desarrollo de las técnicas psicoterapeutas y socioterapeutas "tipo grupos de encuentro" y "potencial humano", a los curadores espirituales de masa, a las prácticas tipo culto del peyotl, a las "técnicas" tipo Dianética, pirámides, etc., a las técnicas naturistas, a las "clínicas del cuerpo", tanto para tratamientos de belleza, dietéticos, como sexuales, etc.. La mayoría de estas prácticas han emergido o se han ido transformando y/o organizando según el MMH. [1, 16, 20, 29, 44, 51, 52, 58, 60, 62, 65, 67]

Reconocemos 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, pero el eje de la agrupación radica en que constituyen alternativas institucionales que el MMH ha tendido a estigmatizar en la calificación ideológica, 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 su eficacia; tendencia a la no medicalización, sino a la especialización en la mayoría; tendencia al pragmatismo; tendencia a la sintetización de elementos del MMH; a-historicidad; estructura <sup>tv</sup> asimétrica de la relación curador-paciente en la mayoría; estructura de una participación subordinada ~~maximizadora~~ de los consumidores; legitimación comunal o por lo menos grupal; identificación con una racionalidad técnica y simbólica; tendencia a la mercantilización.

De esta enumeración surge que este modelo presenta una serie de rasgos estructurales idénticos o similares <sup>a</sup> los reconocidos en el MMH; más aun supone la existencia de rasgos que tienden a la identificación. Esto se da junto con otros caracteres considerados como conflictivos y hasta no compatibles. Si bien el concepto de modelo supone una construcción, y su funcionamiento depende del "arreglo estructural" de la conformación del mismo, lo que concluimos es que en es-

-te modelo se estructuran elementos que tienden a la identificación y subordina-  
-ción y otros que pueden establecer una alternativa no complementaria.

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

Denominamos así el modelo basado en el diagnóstico y atención, que puede suponer  
autoprescripción y tratamientos de índole diversa como ser masajes, baños, ti-  
-sanas, fármacos de patente, dieta, tratamientos de autoayuda tipo AA, etc. centra-  
-dos en la unidad del microgrupo, generalmente el grupo parental.

Subrayamos que esta autoatención puede suponer desde acciones concéntricas de "no  
hacer nada" pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado gr-  
-do de complejidad. [4, 17, 19, 25, 37, 48, 53, 54]

Este modelo es estructural a toda sociedad, suponiendo el real primer nivel de  
atención de la misma. Dicha estructuralidad se da a partir de las funciones so-  
-ciales, económicas, ideológicas y técnicas que cumple para los grupos en los cua-  
-les opera. (37 y 38)

Los caracteres básicos de este modelo son: eficacia pragmática; la salud como bie-  
de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de  
una participación simétrica y homegeizante; consumismo; legitimidad grupal; deter-  
-minación sintomática del padecimiento; tendencia a la apropiación transaccional  
concepción basada en la experiencia; tendencia al cambio y la transformación tra-  
-saccional; tendencia al cambio basado en la eficacia; tendencia a la subordina-  
-ción inducida respecto de los otros modelos; tendencia sintética.

2.5. Los factores dinámicos que operan en la articulación y transformación entre  
los procesos que dan lugar a estos tres modelos, se centran inicialmente en la  
dinámica del submodelo individual instituido en los países de capitalismo metro-  
-politano en los siglos XVIII y XIX. La institucionalización de este modelo acom-  
-paña el desarrollo económico-político e ideológico de las capas burguesas que  
justamente se apropian directa o vicariamente del poder entre 1750 y 1830. Todos  
los caracteres del modelo están saturados en niveles conciente/no conciente por  
concepciones ideológicas de esta burguesía en ascenso, y de la cual forman par-

-te los nuevos sectores de la pequeña burguesía ~~dependiente~~ independiente ~~de~~ la cual pertenecen la mayoría de los médicos.

Este modelo supone en consecuencia una serie de características, que son isomórficas a la estructura de clases dominantes: será jerárquico, asimétrico, clasista.

Es durante este período constitutivo cuando este submodelo formula y consigue imponer su concepción excluyente respecto de ~~las~~ las prácticas integradas en el modelo alternativo. Pero esta exclusión operará básicamente en términos ideológicos, y ~~probablemente~~ funcionará secundariamente en términos sociales y políticos. El MMH necesita imponer su hegemonía, ser la referencia ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad; aun cuando sólo pueda ser consumido por una parcialidad de la población. Será básicamente este submodelo el que se haga cargo inicialmente de este proceso de hegemonización. Dada su identificación con los estratos dominantes, dada su definición de salud como mercancía y en función de la ponderación de los factores señalados este submodelo será el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación que son estratégica para otros sectores sociales y para el proceso social y productivo global. Pero la legitimación de estigmatizar al modelo alternativo la obtiene por las funciones de control social e ideológico y por la fundamentación de criterios productivos de salud que el MMH establece para el conjunto de los estratos.

Tanto la clase obrera, como los dueños de los medios de producción y el Estado requieren de una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia, y la productividad de la mano de obra. Tanto el movimiento obrero, como el Estado o para ser más exactos algunos sectores del estado plantean la necesidad de un tipo médico público que se haga cargo eficientemente de las funciones que ignora 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 comience a hacerse cargo sistemáticamente tanto de acciones asistenciales, como de acciones sobre el medio, que posibiliten una vía de control y desarrollo capitalista, así como la legitimación popular de su dominación. Como se señaló serán algunos de los países de capitalismo "avan-

-zados" los que primero establezcan esta hegemonía, pero la misma operará también en los países de capitalismo dependiente. El contraste entre expansión ideológica y acciones prácticas del mismo se hará más evidente en este tipo de países, donde la estigmatización de las prácticas alternativas no puede ir más allá de la expansión ideológica, dado que es la propia sociedad la que de hecho estimula el desarrollo subordinado de las prácticas alternativas. Por supuesto que este proceso se da según los caracteres de los diferentes contextos y así allí donde el desarrollo capitalista lo exija la relación entre expansión ideológica y técnica será mayor. Esto lo hemos podido analizar para el caso yucateco.

No obstante las diferenciaciones señaladas, el desarrollo capitalista conducirá a la emergencia del submodelo corporativo público que tiende a asumir la socialidad de la atención curativa y a opacar las relaciones de cambio dominantes. Será este desarrollo, junto con la emergencia ulterior del submodelo corporativo privado los que harán emerger nuevos rasgos estructurales e incrementar tendencias secundarias del submodelo individual privado. Así la socialidad de la enfermedad y la atención serán opacadas por el desarrollo epidemiológico que tiende a "naturalizar" dicha socialidad. Esta función tiene una racionalidad interna fundamentada 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.

2.5.1. La emergencia de los submodelos corporativos supone la posibilidad de conflictos entre los mismos y con el submodelo individual, pero el proceso conduce a una complementariedad de los primeros y a la paulatina subordinación del submodelo individual que puede concluir con su eliminación.

Esta situación de conflicto, complementariedad y subordinación puede ser percibida en la relación del MSH con los otros dos modelos. Ya hemos señalado que la expansión del MSH era excluyente en términos ideológicos, fundamentado dicha exclusión en su indentificación 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 los hechos prácticos de atención médica. Ni el número de profesionales médicos, ni paramédicos, ni las características del mercado, ni las inversiones en salud conducen a la ~~expansión~~ 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 exclusivamente en términos del MMH. Así para México un trabajo producido a principios de la década de 1960" y escrito con la colaboración de J. Alvarez Amézquita y M.E. Bustamante sostenía que todavía para ese período el principal problema de atención médica en México lo constituía la vigencia de "curanderos" y otros curadores similares que estimaban ~~cerca~~ <sup>(59)</sup> ~~alrededor~~ ~~de~~ ~~185,000~~ ~~(~~cerca~~ ~~de~~ ~~185,000~~)~~. Ahora bien la extensión ~~de estos modelos~~ y permanencia de estos dos modelos no es producto de resistencias contraculturales, salvo en contados casos; sino por su eficacia y reconocimiento social y por ser lo único con que ~~contaban~~ <sup>parte de las clases subalternas.</sup>

La expansión del modelo "se verificará tanto en la emergencia y acentuamiento de tendencias en el MMH, como en la extensión a áreas y sectores más amplios y aislados. En el primer caso se evidencia una tendencia a la concentración monopólica, un aumento de las pautas de burocratización, la emergencia y el acentuamiento ulterior de la escisión entre investigación y práctica, 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 las áreas más aisladas y los diferentes estratos sociales. En los países de desarrollo capitalista la constitución e inicial expansión del MMH se constituye a partir de los estratos urbanos, incluida la clase obrera. Tanto la ruptura de los mecanismos de atención comunal/familiar generado por el desarrollo del proceso productivo como por la consiguiente pérdida parcial de la eficacia simbólica, como por la necesidad de salud y restauración de la misma de los trabajadores, como



-ción; la década de los 40" incorpora tempranamente el uso de la penicilina en Yucatán y ya para la década de los 50" se habla de "una lluvia de medicamentos" sobre la población en su conjunto, incluidas áreas rurales. Señalemos que esta lluvia supone la utilización de drogas contra padecimientos mentales, utilizados incluso por curadores "tradicionales". Los datos indicarían que para Yucatán el inicio en el incremento de expendios de medicamentos se da a partir de los 40", crece lentamente en las décadas ulteriores para incrementar su desarrollo en los 60" y sobre todo los 70". Es durante este periodo cuando que la campaña contra el paludismo penetra en las áreas yucatecas, al igual que otras áreas nacionales y no sólo genera acciones de saneamiento sino que forma personal local en la detección de casos y en manejos mínimos de acciones antipalúdicas; recordemos que se estima que para México han sido adiestrados alrededor de 50,000 personas para el desarrollo comunal de estas tareas. [38]

Esta expansión del MMH sobre los otros modelos se realiza no sólo a partir de las funciones señaladas, y de una nueva función que iniciada en la década de los 30" cobra un aceleramiento espectacular en las décadas de los 60" y 70", nos referimos a la contribución a la reproducción ampliada del capital que cumple la industria de la salud, sino también por la eficacia real y simbólica que las prácticas de la medicina científica evidencian a partir de la década de los 30". El descenso de las tasas de mortalidad es correlativo en los países de capitalismo dependiente a la extensión del MMH, sobre todo en las primeras etapas del descenso así como contribuye al "mantenimiento" de las condiciones tanto por su actividad directa como indirecta. El autocontrol social y psicológico con diazepam, o librium tiene tanta importancia como la contención (oscilante) del paludismo o el abatimiento de <sup>padecimientos</sup> respiratorios agudos con antibióticos.

Pero la expansión ~~funcional~~ no cesa, sino que la subordinación funcional del modelo alternativo y la transformación del modelo de autoatención, será a partir de la década de los 60" ~~comenzada~~ por un proceso de apropiación directa del modelo alternativo a través de los denominados "planes de extensión de coberturas". No obstante esta expansión no opera en forma unilateral, sino que supone conflictos

y la potencialidad de cuestionamiento del MSM.

2.6. El proceso de expansión del MSM se caracteriza entonces por: -el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en salud y una función del Estado cada vez más directa; -el desarrollo de un proceso de profesionalización que puede ser diferenciado en dos etapas, una correspondiente al profesionalismo liberal referido casi exclusivamente al médico, y una segunda que corresponde al desarrollo de los submodelos corporativos y que suponen la emergencia de nuevas profesiones médicas y paramédicas, así como la emergencia de un tipo de profesional ligado directamente al control, a la planificación y la administración; -el desarrollo de un proceso de acciones curativas que van de las actividades artesanales de bajo costo, a una etapa que podemos denominar como industrial y que supone un incremento constante de los costos en salud; el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos respecto de la eficacia como efecto placebo dominante en las primeras etapas; la ampliación de la medicalización y la demanda <sup>de las prácticas del D.N.M. por</sup> cada vez mayores sectores, incluidos el conjunto de las clases subalternas. ~~de las prácticas del D.N.M.~~

Este desarrollo, como ya se dijo, ha conducido a una situación de crisis, pero esta crisis debe ser leída a través de dos reconocimientos: a) una determinada eficacia en el control efectivo o potencial de problemas epidemiológicos a través de acciones programadas o como efectos de la expansión indirecta; b) la expansión y transformación <sup>dialecticamente</sup> irreversible de los otros modelos (esto lo veremos luego). Actualmente la casi totalidad de las investigaciones demuestran que son los estratos más bajos, los "pobres", las comunidades marginales las que demandan y/o utilizan cada vez más atención médica científica, o derivados de ésta.

3. En el inicio de este trabajo ~~presentamos~~ enumeramos algunas áreas donde la crisis del MSM era evidente, así como algunas posibles causalidades de la misma. Ahora trataremos de puntualizar algunos ítems en los cuales la crisis no sólo es más relevante, sino que nos permiten percibir las soluciones contradictorias y conflictivas de la misma.

a) las décadas de los 60<sup>os</sup> y sobre todo de los 70<sup>os</sup> condujeron a hacer perceptible en todos los contextos el aumento de un panorama epidemiológico caracterizado

por el incremento y en algunos contextos dominio de las enfermedades crónicas y de las "enfermedades de la violencia"; el desarrollo de nuevas patologías y el incremento de otras ligadas a condiciones<sup>es</sup> macrosociales y ocupacionales; el desarrollo de nuevas pautas de vida en sectores cada vez más amplios de la población que dado el efecto de demostración no se restringe ideológicamente a los estratos altos, sino cada vez más al conjunto de las clases subalternas, y sobre todo a determinadas capas de edad de las mismas.

b) desde la perspectiva de los recursos para la salud un fenómeno considerado generalmente como transitorio, cobra otra significación cuando se percibe que la desigual distribución de recursos <sup>(humanos)</sup> opera prácticamente en todos los países, y que dicha distribución sólo ha podido ser más o menos controlada a través de políticas compulsivas. Una investigación comparativa realizada en Gran Bretaña demostró la dificultad que existe en todos los países, incluidos los países socialistas de lograr la localización <sup>(voluntaria y permanente)</sup> de personal médico y paramédico en el medio rural, aun cuando haya recursos para éllo. Esta distribución se ve agudizada en países de capitalismo dependiente, dada la casi inexistencia de éstos recursos en algunos de los mismos; esto se agudiza aun más para algunas especialidades (caso de la psiquiatría). Esta distribución desigual se agrava en muchos contextos, por la descalificación de la formación médica, por la construcción de un marco de acción terapéutica basado en fármacos. Estos factores deben ser relacionados con dos procesos que han emergido en las dos últimas décadas: i) el desarrollo de una tecnología médica que convierte en un proceso sencillo y no costoso la mayoría de los principales padecimientos que operan en los países de capitalismo dependiente, sobre todo los que afectan a la mortalidad infantil y preescolar; ii) la tendencia a construir una atención médica basada en un diagnóstico sintomático. La descalificación médica, la distribución desigual de los recursos "formados", el desarrollo de una concepción sintomática de la enfermedad, la sencillez operacional se potencian para construir soluciones con diferente grado de conflicto según los contextos. Un ejemplo vigente por el extraordinario desarrollo que tiene no tanto en países como EEUU, Nigeria o Colombia es el uso de fármacos "contra"

las enfermedades mentales. Así drogas de administración simple y de barata producción controlada (ver la situación creada por el Servicio de Salud Británico con los laboratorios Roche) son utilizadas sintomáticamente por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y/o personal semianalfabeto para "contener" por lo menos la evolución de los cuadros tratados.

c) éste item nos conduce a una de las expresiones más conflictivas de la actual crisis del MMH, así como de su posibilidad de cuestionamiento; nos referimos a los fármacos. Asistimos en prácticamente todos los países a un incremento del consumo de drogas tanto de tipo prescriptivo, como no prescriptivo; el aumento se da correlacionado con presencia y ausencia de médicos. En los países de menor desarrollo el fácil acceso a drogas psicotrópicas o a antibióticos conforma uno de los problemas de mayor gravedad. Los estudios de Olatunde han contribuido a percibir el desarrollo de la expansión farmacológica en áreas prácticamente sin médicos y en población predominantemente rural. La expansión de la enfermedad mental ha conducido a países como Sudan, Senegal, Colombia y la India a preparar personal auxiliar con muy baja preparación formal y que ~~generalmente~~ utiliza clorpromacina, fenobarbital, diazepam, decanoato, imipramicina, haloperidol en áreas donde el control médico es por lo menos dudoso. El aumento del consumo de drogas emerge no sólo en la determinación productiva, sino en la determinación de una estructura social generadora de enfermedad mental y etiquetamiento; y es ésta potenciación junto con el desarrollo de formas de automedicación estructural e inducida las que avallan el notable desarrollo del consumo de medicamentos. [5, 15, 18, 45, 46, 48, 53, 57, 59]

El control social e ideológico, la producción y reproducción económica y la eficacia y autoeficacia se complementan, pero también aparecen los límites potenciales de dicha complementación, y ésta en diferentes dimensiones, que van desde la crisis de los sistemas de seguridad social, hasta la "superación" del control médico en el nivel profesional.

3.1. Frente a estos procesos se han generado dos interpretaciones básicas: a) una que atribuye al poder médico, a la burocracia médica, ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ el rol

[10, 12, 20, 25, 29],

básico en el desarrollo de esta expansión y crisis; y b) otro que atribuye al Estado y a los conjuntos socioeconómicos dominantes el mismo rol protagónico que establece las condiciones, límites y las posibilidades de dicha expansión a partir de una causalidad básicamente basada en la producción. <sup>[14, 42, 43]</sup> Esta oposición, que no todos los autores asumen, supone de hecho una suerte de oposición entre teorías centradas en la producción y teorías basadas en la ideología, lo cual conduce en las conclusiones de las mismas a una exclusión de factores que lleva necesariamente a lecturas mecanicistas de la expansión, crisis y alternativas posibles al proceso.

Ya hemos descrito como la emergencia, y expansión del MMH supone la determinación del sistema dominante. Varios autores desde la década de los 60" y sobre todo M. Foucault han puesto en evidencia este proceso que inicialmente se desarrolló como un control social e ideológico de las nuevas estratos emergidos en el desarrollo capitalista, y ulteriores como un control de las fuerzas productivas. El Estado aparece en consecuencia impulsando la hegemonía del MM, a partir de las posibilidades técnicas y profesionales cristalizadas en un proceso de legitimación técnico y académico. Este impulso inicial se correlaciona con un MM organizado como profesión liberal independiente y desde esta perspectiva son proyectos estructurales sintónicos. Pero el ulterior proceso de concentración monopolística y el desarrollo de los modelos corporativos tenderán a escindir dichos proyectos y a subordinar no sólo en términos ocupacionales, sino ideológicos a las practicantes médicas. La dominancia de los médicos en el MMH pertenece a etapas anteriores del desarrollo capitalista ~~xxxxxxxxxxxxxxxx~~; actualmente la dominancia opera en los sectores corporativos económicos y políticos. Ello no supone que los practicantes hayan desaparecido como instancia de poder intermediario, sino <sup>como los representantes sintónicos del poder decisorio,</sup> no que no operan ~~simultáneamente como los mecanismos de decisión~~ del MMH.

En el caso de los países de "socialismo real" y tomando como caso inicial el proceso dado en la U.R.S.S. queda claro que el nuevo estado soviético <sup>al instituirse</sup> para imponer el ~~modelo~~ submodelo corporativo público y que para lograrlo debió enfrentar y liquidar momentáneamente al poder de los médicos apoyándose en practicantes "tra-

-cos auxiliares con los "nativos" para ejercer una medicina sintomática y simplificada, cuando en sus países originarios cuestionaban todo "ejercicio ilegal de la medicina". No es de extrañar entonces que muchas de las actuales experiencias con "médicos nativos" se hayan desarrollado en las antiguas áreas de dominación colonial. Algo similar ocurrió en el caso de los EEUU para sus reservas indígenas. Los actuales planes de extensión de cobertura propiciados por la O.M.S. y las oficinas regionales, incluida la O.P.S. suponen la formación y utilización de recursos en todas las áreas de salud incluidas intervenciones quirúrgicas, uso de antibióticos y drogas psicotrópicas por practicantes con bajo o ningún control y supervisión médico o paramédico. El Estado impulsa estas prácticas en diferentes países y <sup>se establece</sup> ~~aparece~~ de un proceso de conflicto potencial según sean las condiciones locales del poder de los médicos. [21, 30, 39, 40, 44, 47, 49, 50, 65, 70]

En los países de capitalismo metropolitano este proceso aparece en casi todos <sup>ellos</sup> ~~los países~~ evidenciado en los intentos de construcción del modelo médico corporativo público. Esto lo podemos rastrear desde las iniciales experiencias alemana y británica de seguridad social hasta el desarrollo de sistemas socializados como el británico, o hasta la institucionalización de los sistemas de seguridad tipo Medi Care en los EEUU. Todos estos procesos <sup>se</sup> ~~supusieron~~ con mayor o menor intensidad conflictos entre el Estado y el poder de los médicos, y según los contextos se establecieron "arreglos" transaccionales que incluso posibilitaron una mayor dominación del MMH. Esto no supone que dichos conflictos no expresen procesos en los cuales no sólo asistimos a la subordinación del poder de los médicos en países capitalistas metropolitanos, sino a alternativas de cuestionamiento.

Desde la década de los 60" asistimos en la mayoría de los países de capitalismo dependiente al procesamiento de una "política de salud" en la cual podemos percibir con gran transparencia lo que venimos analizando. Nos referimos a las ~~políticas~~ políticas de Planificación Familiar. En todos los países ha sido el Estado, las autoridades públicas en salud las que se han hecho cargo de los "programas". La puesta en marcha de los mismos ha conducido al incremento extraordinario en el

consumo de determinados fármacos y dispositivos que han contribuido a colocar a los mismos entre los 10 productos <sup>médicos</sup> más consumidos en la mayoría de estos países. La aplicación de estos programas supusieron sobrepasar y dejar de lado a gran parte de las recomendaciones médicas, la utilización de todos los medios para su difusión e implementación, la utilización de los más diversos "auxiliares de salud", la estimulación y la inducción en los "curadores tradicionales", la conversión en recetadores y vendedores no sólo de boticarios, sino de abarrotereros, de vendedores de cigarrillos, de vendedores de té, etc.. Se adiestró a personal semianalfabeto en la prescripción de drogas consideradas como peligrosas por el personal médico y hasta se adiestró en algunos países a éstos auxiliares en intervenciones quirúrgicas (~~simples~~).

Frente a éstas políticas los que más se opusieron fueron los médicos y esto ocurrió casi en todas partes a partir de la existencia de información confiable. Estos han planteado recurrentemente que la prescripción de las drogas anticonceptivas y la colocación de dispositivos deben quedar en manos de los médicos. Gran cantidad de investigaciones y de opiniones han demostrado los riesgos de la utilización "libre" de los mismos; pero otras tantas han demostrado lo contrario y es el Estado y los sectores dominantes los que imponen en los hechos su criterio y éste en diferentes contextos económico-políticos. [6, 8, 55, 71]

Señalemos de paso que varias de las razones técnicas aducidas para "sobrepasar" el poder de los médicos desde una perspectiva técnica y política presentan coincidencias con las planteadas por cuestionadores radicales del MMH como son algunos de los sectores del movimiento feminista propiciador de la autoatención. Así una revisión de conjunto del problema de la prescripción o no prescripción médica concluye: "En cualquier caso, parece no haber razón para creer que se necesitan exámenes médicos para seleccionar a las mujeres que desarrollarían efectos secundarios. No existe una prueba clínica definitiva para descubrir la predisposición a la trombosis, la enfermedad más grave que se relaciona comúnmente con los AO (anticonceptivos orales), y varios de los factores de riesgo importante de las enfermedades circulatorias tales como el cigarrillo, la obesidad, edad superior a los

35 años, que son obvios sin un examen médico. Estos riesgos pueden ser enumerados en los paquetes de AO y enseñados a los vendedores... También debe tenerse en cuenta que muchas mujeres que visitan una clínica o al doctor, aun en países desarrollados en donde el médico tiene más tiempo para dedicarle al paciente, no reciben con frecuencia una revisión médica completa y/o pruebas de laboratorio para confirmar las contraindicaciones antes de recibir la prescripción" ~~...~~ y J. Wortman resume las razones según las cuales las AO pueden ser prescritas pese a la oposición médica: "Primero donde anteriormente se creía que se requería un examen pélvico efectuado por un médico para así excluir la patología que pueda contraindicar el uso de la píldora, Huber y Rosenfeld demostraron que muy pocas contraindicaciones son descubiertas mediante exámenes. Segundo, Rosenfeld, de la Univ. de Columbia, informó recientemente que puede enseñarse a un paramédico o a un auxiliar a efectuar un rápido examen externo y a obtener una historia médica simplificada utilizando una lista de chequeo preparada. Tercero se puede enseñar a personal no médico a aconsejar a las usuarias sobre el uso y efectos colaterales de la píldora... "(J. Wortman 1975:112).

3.1.1. Desde nuestra perspectiva de análisis consideramos correctos los planteos de V. Navarro que limita la importancia de la burocracia médica y halla la fundamentación del desarrollo, hegemonía y crisis del MHI en las condiciones de un sistema económico que para reproducirse necesita impulsar una ideología consumista, ~~...~~ y para ello la creación de necesidades y la construcción de una población pasiva y masificada. Los ejemplos manejados, sobre todo el referido a la Planificación Familiar muestra la importancia decisiva del Estado así como el mantenimiento del MHI pese a los conflictos con el poder médico. Pero también muestra el cumplimiento de otras funciones, así como la emergencia de procesos alternativos. Consideramos que los planteos como los de V. Navarro, Crawford, Holtzman y otros autores si bien focalizan un punto de partida correcto generan no obstante una lectura casi mecánica que no da cuenta del proceso, si bien que centrados en la oposición a las interpretaciones ideologistas, tienden a op

-car o directamente no toman en cuenta no sólo los procesos ideológicos, sino la incidencia de los mismos, junto con los procesos económicos en la dinámica de los conflictos de clase. Esto no sólo ignora el análisis ideológico, la recuperación de la autonomía relativa del mismo, sino que la lectura de los procesos clasistas son reducidos de hecho a la dinámica productiva determinada por "la clase dominante".

Los procesos de autoayuda, de autogestión y los procesos de automedicación permiten percibir la emergencia de conflictos que pueden establecer alternativas. En el desarrollo de los movimientos de autogestión podemos reconocer dos tendencias básicas, una ligada a concepciones políticas anarquistas, anarcosindicalistas y en menor medida marxistas y otras que podemos denominar como "~~populistas~~<sup>comunistas</sup>". Estos movimientos suponen en el primer caso una concepción ligada a proyectos políticos de transformación, mientras que los segundos apunta básicamente a la solución de problemas inmediatos. Durante el siglo XIX el desarrollo de estos movimientos se dieron en la clase obrera, los "pobres" y sectores de la "intelligencia", así como en el campesinado de los países de capitalismo avanzado. Las expresiones de autoayuda que denominamos "~~populistas~~<sup>comunistas</sup>" son expresiones cuasi-estructurales que emergen como mecanismo de supervivencia. Tanto en una como en otra tendencia, la salud aparece como una de las dimensiones que supone la autoayuda, aun cuando en los grupos de tendencia ~~política~~<sup>populista</sup> aparece como un objetivo práctico <sup>ideológico</sup> y no como un hecho ~~comunitario~~<sup>político</sup>. Los movimientos políticos de autogestión tuvieron su mayor desarrollo teórico y práctico en el período transcurrido entre las dos guerras mundiales.

Es durante este período que las ~~existen~~ condiciones productivas y ocupacionales de algunos países capitalistas conducen a la producción de tendencias académicas en las cuales comienza a plantearse la positividad de la autogestión "controlada". Esto conducirá a que luego de la segunda guerra mundial podamos distinguir dos tendencias básicas, una que podemos llamar académica y otra política-ideológica; la primera focalizando en sus investigaciones e implementaciones

el estudio de los grupos de trabajo y el desarrollo comunitario, y la segunda fo-  
-calizando las organizaciones obreras. La tendencia académica reconoce la importan-  
-cia de la participación, del compromiso y dirección simétrica de los trabajado-  
-ros y campesinos para el desarrollo social y productivo; más aun ve en la respon-  
-sabilidad de la gestión una solución a la producción y a la calidad de la produ-  
-ción, así como a la "alienación" de los trabajadores que de hecho reconoce, aun-  
-que denominándolo con otros términos. Pero dicho "descubrimiento" académico es referi-  
-do en todos los casos a un proceso de control, que de hecho elimina la autoges-  
-tión de los trabajadores. La tendencia autogestionaria de orientación político-i-  
-deológica se reduce a un desarrollo teórico, donde las producciones de mayor ni-  
-vel están generadas por el grupo "Socialismo o Barbarie"; la implementación polí-  
-tica es inexistente. No obstante pueden detectarse esbozos de proyectos políti-  
-co-ideológicos en los trabajos políticos y en las investigaciones generadas en  
áreas de situación colonial en las cuales se da una lucha por la descolonización  
y en las cuales se recuperan antiguas formas precapitalistas de autogestión pa-  
rental y comunal.

Todas estas tendencias convergerán en la década de los 50", y serán asumidas por  
una parte por los <sup>(trabajadores)</sup> sectores juveniles y por otra por grupos políticos que reini-  
-cian el redescubrimiento teórico y práctico de los planteos autogestionadores,  
como forma de superación tanto de la crisis capitalista, como de la crisis de  
los socialismos reales.

Es en función de estos procesos, esquemáticamente enunciados, que deben entenderse  
las tendencias formalizadas o no hacia la autoayuda y la autogestión en salud. De  
entrada podría clausurarse dicho análisis afirmando, como de hecho lo hacen va-  
-rios autores, que tales tendencias concluyen en la "integración". Pero la cuestión  
es <sup>establecer</sup> primero si estos procesamientos son necesarios o no para la construcción de  
alternativas centradas en la negación del MMH, pero no en la negación de ideas, s-  
-no en la negación de procesos en los cuales la contradicción y el conflicto  
son procesados. Actualmente experiencias de desarrollo comunitario ~~en~~

experiencias de reforma agraria son negadas y rechazadas como mecanismos de integración. Se descubre que estas "experiencias" podían ser utilizadas, y de hecho muchas lo fueron por el sistema; se descubre no sólo la "astucia" económica, sino ideológica de las clases dominantes. Pero esta relectura crítica nos debe conducir a reflexionar porque hasta hace pocos años, dichas producciones sociales aparecían como idóneas; por qué todavía no se había redescubierto la diferencia entre propiedad y posesión y por que el concepto de burocracia aparecía descalificado y limitado a M. Weber y a algunos grupos trotskistas. Y nos debe conducir a la reflexión porque tanto el proceso teórico, como los hechos sociales sí daban cuenta de que las reformas agrarias "en sí" no generan si no determinados, y que son los grupos que se hacen cargo de la misma los que pueden o no generar la transformación. La carencia de una lectura procesal, su reemplazo por una lectura meramente estructural, la ignorancia de la larga duración procesada, la lectura de la estructura clasista en términos maniqueos condejerón a dichas consecuencias en el nivel de la teoría.

Desde una perspectiva procesal recuperamos no unilateralmente, sino conflictiva y contradictoriamente diferentes procesos sociales, ideológicos y económicos que operan conjuntamente con la reconocida crisis del M.M.H. Dichos procesos son: a) las tendencias gestionarias políticas e ideológicas en sentido general; b) las tendencias comunitarias que llevaron al descubrimiento de la participación no controlada; c) los movimientos de anti-tiquetamiento, de comunidad/asambleas terapéuticas; d) los movimientos sociales de anti-tiquetamiento que van desde Alcohólicos Anónimos hasta los movimientos homosexuales, admitiendo las radicales diferencias ideológicas existentes; e) los movimientos feministas que en todos los casos cuestionan el modelo de salud operado sobre las mujeres; f) los sucesivos descubrimientos generados a través de las propias instituciones académicas y entre las cuales consideramos como más relevantes: el hospitalismo, la institución total, la educación para la salud, el descubrimiento de la importancia curativa en la implicación del sujeto enfermo en el tratamiento; g) el nuevo énfasis de algunos sectores laborales en la salud en el trabajo; h) la lucha organizada contra la contaminación, la nuclearización, etc.; i) la emergencia de una concepción de "volver a saber que hacer" no sólo en política, sino en la cotidianidad; la búsqueda de de-

-sarrollo de capacidades instrumentales que no pasan sólo por la autoadministra-  
-ción de fármacos, sino por la posibilidad de autocontrol de la presión arterial,  
autocontrol de las crisis epilépticas, pruebas de laboratorio caseras referidas  
a análisis de orina o mamarias, la posibilidad de observación (incluida autoobserva-  
-ción) vaginal que puede llegar a practicas autoabortivas relativamente seguras.

No obstante todax una serie de autores ven en estos desarrollo elementos que fa-  
vorecen la reproducción y mantenimiento del sistema, tanto en términos ideológicos  
como productivos. Las principales críticas son: i) que esta "apropiación" permite  
descargar el alza de los costos de atención de los usuarios; ii) que el énfasis  
en técnicas educacionales son más basatas que otras practicas; iii) que favorece  
el consumismo personal no solo de fármacos, sino de equipos de manejo casero; iv)  
que la crisis financiera del MMH se descarga en los consumidores, o más correcta-  
-mente en una parte de los mismos; v) que los grupos de ayuda tienden a la pri-  
-vatización y/o comunización de los problemas de salud; vi) que una parte de es-  
-tos grupos tienden a la burocratización y profesionalización de sus actividades;  
vii) que una parte de estos grupos son facilmente manipulizables por el sistema;  
viii) que las acciones de estos grupos tienden a opezar la res<sup>f</sup>rensabilidad del Es-  
-tado y el sistema dominante frente a la crisis del MMH; ix) que la mayoría de es-  
-tos grupos y actividades carecen de conciencia y cuestionamiento político, y ago-  
-tan su actividad en la reivindicación parcial de sus limitados objetivos.

4. Hasta ahora hemos descripto la expansión del MMH, y la transformación de los modelos  
alternativo y de automedicación. También hemos percibido que la hegemonía del  
MMH no radica en el poder y las practicas médicas, sino que estas son organizadas  
y controladas por el sistema del cual forman parte y con el cual pueden entrar  
en conflicto cuando se limita o subordina directamente dicho poder. Esto no impli-  
-ca desconocer, y lo subrayamos, que los contenidos de la expansión y la hegemonía  
son producidos por los miembros de las practicas médicas. También hemos analizado  
como el proceso de expansión del MMH puede generar cuestionamientos y crisis a

partir de las derivaciones y productos del mismo MMH vinculados a procesos potencialmente contradictorios del mismo así como a procesos establecidos por los sectores dominantes. E. Freidson ha puesto en evidencia comparando los sistemas de salud de EEUU, URSS y Gran Bretaña que las prácticas médicas mantienen en dichos sistemas una relativa autonomía y control sobre las prácticas en salud, es decir sobre su práctica, aun cuando pierdan parcial o totalmente el control sobre la organización económica y social de dichas prácticas. En todos estos contextos el Estado garantiza la hegemonía y la casi exclusividad del poder de los médicos. Pero tanto el estado legitimador cuando lo considera necesario (caso de la planificación familiar), <sup>como</sup> y los movimientos de autoayuda tienden a cuestionar la hegemonía y exclusividad de los representantes reconocidos del MMH. Supone <sup>cuestionamientos</sup> éste "en sí" la ~~superación~~ "superación" de dicho modelo? En principio éste sólo supone un proceso donde el cuestionamiento y la superación no son datos de un proceso unívoco, ni determinado, sino que constituyen una posibilidad según las fuerzas que se hagan cargo de los mismos y de la orientación que le den. [3, 4, 9, 26, 27, 31, 40, 41, 44, 47, 54, 56]

Para esclarecer dicho proceso es que deben detectarse las fuerzas (que no son sólo las clases sociales) que en la actualidad se hacen cargo de dichos procesos. Los datos indican que en el proceso de antimedicalización en su sentido más amplio y en todos los países, incluidos los casos de países socialistas de los cuales tenemos información, los sectores que se hacen cargo pertenecen en su casi totalidad a los estratos medios (o si se prefiere a la pequeña burguesía dependiente y/o independiente); inclusive la recuperación ideológica de algunas prácticas "tradicionales" que se dan en movimientos como el "chicano" son propiciadas y dirigidas por estos sectores medios y por los conjuntos de mayor nivel educativo. Inclusive son los sectores medios los más dinámicos y numerosos en todas las variantes del movimiento feminista. A su vez, y como ya fue señalado, la mayoría de las investigaciones informan que son las clases subalternas las que más tienden a la medicalización, a la demanda de servicios,

y a un cuestionamiento que pasa por la mayor solicitud de medicalización y no por su negación. Esto supone reconocer que pese a la crisis, el MMH es dominante y está en expansión en los países de capitalismo dependiente y en particular en las clases subalternas. Las tendencias de autoayuda en salud de tipo político son casi inesistentes o de muy escaso desarrollo; y las de tendencia "popular" suponen un proceso de desaparición y no de mantenimiento y expansión. Ya hemos analizado en nuestra investigación sobre Yucatán que ésta situación corresponde a un principio de realidad que no puede ser liquidado por una explicación basada en la determinación productiva del consumo <sup>(38)</sup> ~~en la determinación productiva del consumo~~.

El hecho de que este cuestionamiento en salud no se da básicamente en las clases subalternas, el hecho de que se da en grupos ideologizados y con tendencias como las descritas supone acaso la negación de su cuestionamiento real y potencial? Esta negación implica la reducción de la perspectiva de análisis al no considerar, aun en los países de capitalismo dependiente y en los de socialismo real la emergencia de estas tendencias en las clases subalternas, al mismo tiempo que encontrar las limitaciones a dicho desarrollo. También implica la no consideración de áreas sociales donde las tendencias autogestionarias puedan estar presentes o en desarrollo a través de lo económico y lo ocupacional, aunque no específicamente en salud como de hecho ocurre con sectores del movimiento obrero, de los movimientos campesinos y estudiantiles.

Una parte de los autores que niegan y/o cuestionan a los movimientos de autoayuda no toman en cuenta esta posibilidad; lo cual en ellos se liga estrechamente a una suerte de concepción monolítica del poder del Estado y las clases dominantes. Parecería que en estas no operan conflictos, y que las contradicciones de clase se resuelven no contradictoriamente, sino maniqueamente. El Estado y las clases dominantes pareciera, según estos autores, que hacen lo que quieren con las clases subalternas; las convierten en consumidoras pasivas sin que dichas clases hagan otra cosa que consumir y alienarse. No se les ocurre pensar que el "consumismo" de las clases subalternas no es sólo producto de la capacidad reproductiva del sistema, sino que en el mismo intervienen transacciones

planteadas por las clases subalternas que suponen conjuntamente principio de realidad y alienación, pero que suponen su propia participación y no meramente pasiva.

Si el MMH ha convertido la realidad en "enfermedad" para medicalizarla, en algo donde todo es posible de ser considerado como "enfermo", y en consecuencia "normalizarlo", ¿por qué no analizar las consecuencias conflictivas y contradictorias o meramente paradójicas de esto en los conjuntos medicalizados y no sólo desde la perspectiva mecanicista de la manipulación? Automedicación, autoayuda, autogestión son procesos sociales y orientaciones ideológicas que organizadas de diferente manera en la estructura no pueden ser considerados meros productos o subproductos manipulables del MMH. Las tendencias a la privatización que operan en el desarrollo capitalista hallan un parcial cuestionamiento en estas tendencias. Esto no implica "en sí" el cuestionamiento, dado que puede generarse un proceso de reprivatización que opera no a nivel individual o de grupo familiar, sino a nivel de comunidad y de grupos construidos. Pero esto vuelve a colocar el problema en la dinámica de las fuerzas que se enfrentan, concilian, transaccionan, y no en la negación "en sí" de los procesos.

La posibilidad de modificación del MMH aparece hoy establecido en términos teóricos y técnicos, más que en ningún otro momento de su desarrollo. Ya hemos hecho referencia a la sencillez y facilidad potencial de las acciones médicas, a la capacidad popular de autoatención para los principales problemas de salud, a la causalidad socioeconómica directa o indirecta de los principales problemas de salud, a la concepción de la salud y el cuidado de la misma como objetivo social reconocido, todo lo cual establece esta potencialidad de modificación. Pero esta posibilidad debe ser construida políticamente con los procesos, factores y fuerzas que en los hechos operen críticamente frente al modelo.

Ahora, dicha posibilidad se construirá parcialmente a través de la apropiación de los elementos positivos de dicho modelo que ya operan estructural e inductivamente en la autoatención, y no por la eliminación de los mismos. Esta apropiación supondrá una retotalización que puede negar ideológicamente algunos contenidos

~~una revalorización que puede ser ideológicamente algunos contenidos~~ <sup>particula-</sup> ~~revalorización~~

-Res, pero que necesita apropiarse de aquellos que establecen la posibilidad técnica de construir la alternativa médica.

La autoayuda y la automedicación no supone la reinstalación de las prácticas "tradicionales" como postulan muchos de los propugnadores de la herbolaria y de las prácticas curanderiles por oposición al MMH. China antes de la revolución tenía una de las más altas tasas de mortalidad general (25 x 1000 Hab.) y de mortalidad infantil (200 x 1000 NVR), pese a tener uno de los más difundidos y codificados sistemas de medicina alternativa.

Es a partir de este análisis que planteamos que la alternativa a la crisis del MMH y su reconstitución ésta por lo menos parcialmente en la autogestión en salud, donde la automedicación emerja no sólo como el primer nivel de atención ya señalado, sino desde la misma no este estigmatizada, sino elaborada socialmente como una producción cotidiana. Que esta alternativa puede ser sintetizada por el MMH no sólo es posible, sino que se observa crecientemente en acciones de apropiación de dicho modelo (el caso más relevante lo constituye tal vez AA). Pero el desarrollo contradictorio de la alternativa dependerá como siempre de las relaciones y enfrentamientos que se general entre las fuerzas que operen sobre y a partir de ella.

Para discriminar y analizar dicha alternativa nos planteamos una lectura que articule los procesos productivos e ideológicos, y en los cuales las clases subalternas aparezcan como productoras transaccionales y no como meros sujetos de manipulación. Propuestas teóricas de diferente origen han conducido a construir una concepción cerrada monolítica y cerrada del poder omnipotente del "sistema" por una parte, y ha tendido a percibir en el pasado la alternativa a la crisis hegemónica actual. Como dice A. Swingewood: "Paradójicamente la teoría marxista de la cultura de masas también se desarrolla en parte como defensa de los "viejos" modelos en contra de los "nuevos", pero más específicamente como una explicación al fracaso de las revoluciones socialistas en los países capitalistas avanzados. En esta teoría la