

# El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores

## The Medical Model and Worker's Health

Eduardo L. Menendez<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Antropólogo Social  
especializado en problemas  
de Antropología Médica.  
Coordinador del Seminario  
Permanente de Antropología  
Médica. CIESAS, México.  
emenendez1@yahoo.com.mx

**RESUMEN** En este artículo se describen las características, funciones y expansión de la biomedicina referidas especialmente a la salud de los trabajadores. La descripción se realiza a través de cuatro dimensiones: económico/política, institucional, saber médico e ideológica. Se analizan algunos de los principales rasgos de la biomedicina, en particular su biologismo, ahistoricidad y eficacia pragmática, así como las funciones técnicas y sociales que cumplen las instituciones médicas y a través de las cuales se establece la hegemonía de las mismas. Se describe especialmente la expansión del saber e ideología médica en las clases subalternas, hasta convertirse en parte de la cultura de dichos sectores sociales.

**PALABRAS CLAVE** Modelo Médico; Biomedicina; Hegemonía.

**ABSTRACT** *In this paper we describe the characteristics, functions and expansion of biomedicine, with a special reference to worker's health. We use four dimensions for the description: economical/politic, institutional, medical knowledge and ideological. Some of the main features of medicine are analyzed here, just like its biologism, ahistoricity and pragmatic efficacy, all together with technical and social functions which perform medical institutions, and by means of which is established their hegemony. In addition to this, we analyze the expansion of medical knowledge and ideology, throughout subaltern classes, and coming out as a part of their culture.*

**KEY WORDS** *Medical Model; Biomedicine; Hegemony.*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir. Desde esta perspectiva, los procesos y relaciones laborales son todavía en la actualidad (1978) parte central de las condiciones sociales que afectan los procesos de salud/enfermedad, por lo cual la exclusión del trabajo de la descripción y explicación de los procesos personales y colectivos de enfermedad aparece como una clara característica ideológica de la mayoría de la investigación, reflexión e intervención actual sobre la salud de los sujetos y grupos sociales.

Por eso nos parece relevante que varios autores italianos (1) traten de convertir la salud en un eje político en el más amplio sentido del término, es decir implicando en el proceso salud/enfermedad las acciones de los conjuntos sociales, especialmente de los trabajadores. Esta propuesta no fue generada en abstracto, sino que es producto de un proceso social e ideológico en el cual la salud –o más específicamente, la protección frente a la enfermedad– aparece como una preocupación temprana de los trabajadores y no sólo de los trabajadores industriales, constituyendo parte de sus reivindicaciones y luchas sindicales y políticas. Además, esta propuesta tiene como referente la actitud de los trabajadores italianos durante los '60 y '70 que trataron de impulsar el *non delega* (no delegar) no sólo respecto del puesto de trabajo, sino también de otras dimensiones básicas de la vida cotidiana dentro y fuera de la fábrica (a).

Es este “dentro y fuera” el que nos interesa recuperar respecto del proceso salud/enfermedad, ya que posibilita cuestionar las orientaciones y el papel que cumple la mayoría de los profesionales de la salud, no para negar la especificidad de un saber, sino para incluirlo dentro de las acciones y concepciones impulsadas por los trabajadores que, no olvidemos, atienden por lo menos en parte sus enfermedades con el personal biomédico. Asumir que por lo menos una parte de los sujetos no delega, significa reconocer que

las explicaciones y las acciones sobre el proceso salud/enfermedad no sólo incluyen al personal de salud, sino también a los grupos sociales, posibilitando la legitimación de una visión no profesionalizada de la enfermedad, de tal manera que el saber médico pase a ser sólo una parte –por supuesto una parte fundamental– del proceso de atención y prevención de la enfermedad.

Posibilita además referir la enfermedad de los trabajadores así como también la atención médica, a las condiciones sociales dentro de las cuales operan conjuntamente.

## LA EXCLUSIÓN DE LO SOCIAL

Esta concepción nos conduce a la necesidad de precisar conceptualmente el proceso que posibilitó la exclusión o secundarización de lo político e ideológico de las problemáticas de salud/enfermedad, lo cual en gran medida se realizó a través del papel y de las características que fue desarrollando el saber médico, que vamos a describir y analizar en términos de lo que llamamos Modelo Médico (de aquí en adelante MM).

En casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Dicho rol fue organizado e impulsado a través de instituciones médicas específicas, pero fue fundamentado no sólo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Este proceso no implica que la biomedicina realmente atienda y se apropie de todo el proceso de salud/enfermedad, y menos aún que elimine las otras formas de atención, sino que indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos.

Este proceso de apropiación y hegemonía no sólo es impulsado por las instituciones médicas, sino también por las acciones de la sociedad dominante e incluso por una parte de los sectores subalternos, debido a la significación social, económico/política e ideológica que tiene el proceso salud/enfermedad para la producción y reproducción biosocial de los conjuntos sociales.

Sin embargo estas características sociales tienden a ser opacadas en las reflexiones sobre el desarrollo del saber médico; más aún, las instituciones médicas han tratado de negar –o por lo menos secundarizar– constantemente el papel de los sujetos y de las condiciones sociales en el proceso salud/enfermedad y especialmente en la atención biomédica, tratando de imponer la existencia de una “mirada” médica autónoma, profesional y científica.

Pero ningún saber profesional caracterizado por operar en la cotidianidad de los sujetos y grupos sociales puede fundamentar su autonomía excluyente sólo en criterios científicos y técnicos, justamente porque al trabajar directamente con sujetos y grupos, el personal de salud incluye casi inevitablemente los diferentes aspectos sociales e ideológicos que surgen en la relación institución/paciente.

El modelo médico instituido durante el siglo XIX en países europeos y americanos no es sólo producto del desarrollo científico y profesional de la biomedicina, ya que sobre todo en su institucionalización y legitimación intervienen los sectores sociales hegemónicos. También participa el conjunto de los sujetos y grupos sociales subalternos que se enferman, que demandan atención médica, que se caracterizan por sus formas diferenciales de enfermar y de morir; y que van encontrando en la medicina alopática soluciones reales e imaginarias a sus principales padecimientos.

En toda sociedad, la enfermedad y la atención de la misma constituyen hechos estructurales, por lo cual la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera. Explicar las características, desarrollo y funciones que cumple la biomedicina –y por supuesto, las otras formas de atención– supone también describir y analizar los diferentes sectores sociales que se relacionan a través del proceso salud/enfermedad en una sociedad determinada. Sin embargo, el análisis del saber médico ha sido reducido al propio saber, escindiéndolo de sus relaciones sociales, fundando dicha escisión en la autonomía científico/técnica de los saberes profesionales.

Si bien es correcto fundar y establecer diferencias a partir del manejo de saberes técnicos

específicos, ello no supone eliminar el papel de los sectores y grupos sociales en el desarrollo de los procesos de atención de la salud/enfermedad, incluidas las acciones y la trayectoria de los saberes médicos. Y menos aún en el caso de la enfermedad de los trabajadores, dado que dicha exclusión posibilita ignorar o negar el papel de los sujetos que se enferman y de los condicionantes sociales, económicos y culturales no sólo en la etiología y desarrollo de los padecimientos, sino también en la atención y prevención de los mismos. Como sabemos, el saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos construidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas. Eso además orienta a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud.

Justamente referir la enfermedad, y sobre todo la salud, a los condicionantes sociales que operan sobre las mismas constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud y no sólo para la enfermedad, ya que hasta ahora nuestros Ministerios y Secretarías de Salud son realmente Secretarías y Ministerios de Enfermedad. Implica asumir que la salud y la enfermedad son emergentes de las condiciones de vida y de trabajo; que el proceso salud/enfermedad no sólo es un problema circunscripto al ámbito profesional sino que implica a los conjuntos sociales; que en la lucha contra la enfermedad hay procesos que no se “delegan” o que por lo menos no deberían delegarse.

Asumiendo además que los procesos de salud/enfermedad constituyen cuestionamientos potenciales tanto de las instituciones médicas como de la sociedad en la cual operan dichas instituciones, y en las cuales se desarrollan y se sufren las enfermedades generadas, por lo menos en parte, en el proceso laboral.

Desde esta perspectiva la salud/enfermedad aparece como un proceso político que el modelo médico tiende constantemente a enmascarar. Por lo tanto uno de nuestros objetivos es evidenciar esta orientación de la biomedicina.

## CARACTERÍSTICAS DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

Generalmente las instituciones médicas han sido descritas y analizadas exclusivamente a través de la "mirada" médica, lo cual limita comprender las características y funciones del modelo médico. Lo que actualmente consideramos como biomedicina se "instituye" inicialmente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, y en los países americanos, incluido los EE.UU., en la segunda mitad del XIX. Por lo tanto, el MM se instituye (b) durante la denominada Primera Revolución Industrial, acompañando la constitución de la clase obrera, de la nueva ciudad industrial y más adelante de la expansión colonial correspondiente al período imperialista.

Las principales características estructurales del MM son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática, y si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del siglo XIX, durante este siglo se profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina. Es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas.

Para el MM la salud de los trabajadores no se explicará por los ritmos y tiempos de producción ni por las características y desarrollo de los procesos productivos, sino por la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad. El biologismo del modelo supone considerar la "evolución" pero no la historia de la enfermedad. La concepción evolucionista no sólo biologiza y reemplaza la dimensión histórica, sino que a través del darwinismo social desarrolla una de las principales propuestas ideológicas que justificaron la explotación y estigmatización de los trabajadores a través de criterios socio-racistas.

Si bien las políticas eugenésicas constituyen la expresión más conocida y denunciada

de esta orientación que aparece identificada con la biomedicina desarrollada bajo el nazismo (2), me interesa señalar que dichas concepciones racistas son parte intrínseca de la formación médica universitaria, ya que los textos en los cuales los médicos aprendieron anatomía descriptiva y patológica, embriología y semiología se caracterizaron por estar saturados de descripciones –incluidos dibujos y fotos– e interpretaciones racistas, pero no sólo a fines del siglo XIX sino hasta muy avanzado el siglo XX. Esto podemos observarlo con notoria transparencia en los textos iniciáticos del aprendizaje médico; me refiero a los manuales de anatomía de Testut, y de Testut y Latarjet en los cuales aprendieron anatomía generaciones enteras de médicos franceses y latinoamericanos. Hasta la década de 1950, por lo menos, estos manuales eran utilizados en la mayoría de las escuelas de medicina de América Latina. Y a través de dichos manuales los estudiantes, inclusive los de origen nativo, asumieron como normales criterios racistas manejados como información científico/médica.

Por lo tanto, el biologismo y evolucionismo del MM excluyeron los procesos históricos y las condicionantes socioeconómicas, culturales e ideológicas respecto de la causalidad y desarrollo de los padecimientos. Más aún, la dimensión ideológico/cultural fue considerada negativa en un doble sentido; por una parte porque favorecía el rechazo de determinados sectores subalternos hacia la biomedicina dadas las concepciones dominantes en dichos grupos sociales, cuya cultura operaría como una "barrera" a la expansión biomédica, tal como lo sostuvieron los teóricos de la aculturación a partir de la década de 1930; y por otra parte, al pensar la dimensión ideológica/cultural como exclusiva de los conjuntos sociales, y la científicidad como propia de la biomedicina, por lo cual aparecen para los médicos alópatas como saberes incompatibles.

La eficacia comparativa de la biomedicina será uno de los principales rasgos que posibilite su expansión en el conjunto de las clases sociales; la superioridad de la biomedicina se basará a fines del siglo XIX en la afirmación de su mayor eficacia comparada con los otros saberes populares y académicos (c). Por último el mercantilismo del modelo es parte de un desarrollo capitalista que considera todo bien, incluidas la

salud y la enfermedad, como valor de cambio, concepción que incidirá cada vez más en las formas de operar no sólo de la biomedicina sino de otras prácticas de atención a la salud, incluida la denominada medicina tradicional.

Los rasgos enumerados son dinámicos; es decir, cada uno de ellos se modifica así como también las relaciones entre los mismos, dependiendo dicha dinámica tanto de procesos socioeconómicos e ideológico/culturales generales, como de la propia trayectoria del saber médico. Un aspecto importante de esta dinámica refiere al proceso de exclusión/reconocimiento de los factores sociales por parte de la biomedicina, ya que si bien éstos suelen ser excluidos, en ciertos momentos, especialmente cuando la biomedicina evidencia ineficacia frente a nuevos problemas, los procesos sociales tienden ser recuperados o por lo menos invocados por el saber médico. Debo subrayar que el saber médico siempre ha reconocido la existencia de factores socioculturales y económicos, especialmente en el caso de la epidemiología, pero una cuestión es reconocer su existencia y otra es usarlos como factores sociales o culturales en un nivel similar al uso de los factores y procesos biológicos, y sobre todo asumiendo la especificidad de lo cultural y de lo económico en las interpretaciones y acciones sobre el proceso salud/enfermedad.

Esta negación del MM hacia lo social y hacia lo histórico, y especialmente hacia las relaciones trabajo/enfermedad, resulta paradójica sobre todo durante el lapso de la institucionalización de la biomedicina, dado que el desarrollo capitalista había hecho pasar a primer plano entre 1830 y 1870 problemas de salud que habían dado lugar a la producción de informes e incluso libros que ponían de relevancia el papel de las condiciones sociales, laborales y económicas en el surgimiento y desarrollo de la enfermedad. No es sólo el libro abusivamente citado de Engels sobre las condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra, sino toda una serie de informes, incluyendo varios elaborados desde perspectivas religiosas conservadoras, que describían y denunciaban la situación negativa de la vivienda obrera, de la familia obrera, de las condiciones de vida y salud de los trabajadores urbanos (3,4,5).

Estos informes no sólo presentaban datos sobre las desigualdades en mortalidad y esperanza de vida en las diferentes clases sociales, según los cuales los sujetos pertenecientes a los estratos altos en Francia o en Inglaterra duplicaban la esperanza de vida de un trabajador urbano, sino que también describían la patología de la miseria, analizando las políticas sobre la pobreza impulsadas por dichos países. A mediados y fines del siglo XIX se da una discusión sobre "la cuestión social" que tiene como centro las condiciones de salud de la población y que conducirá a varios gobiernos europeos a comenzar a modificar sus sistemas asistenciales así como a proponer medidas de seguridad social. Pero además, será a fines de dicho siglo cuando se generen ciertos procesos económicos que mejorarán las condiciones de alimentación y de higiene de la población en su conjunto y de la clase obrera en particular.

Este proceso se dará inicialmente en Inglaterra, donde el incremento de la productividad y la expansión colonial posibilitarán una acumulación capitalista que, en función de varios procesos, incluidas las luchas y demandas de los trabajadores, se traducirá en el abaratamiento del precio de los alimentos, sobre todo de alimentos ricos en proteínas; en el abaratamiento de productos textiles, especialmente de telas de algodón que tenderán a reemplazar –sobre todo en el caso de la "ropa interior"– a las prendas de lana, posibilitando un recambio más frecuente de dichas prendas. Recambio que se facilita por un tercer factor, el abaratamiento del precio del jabón, que incidirá tanto en el más frecuente lavado del cuerpo como de la ropa. Este no es un dato secundario, pues estudios históricos y antropológicos demostraron que un trabajador lavaba todo su cuerpo no más de diez veces al año; que en varios países prácticamente no se bañaban nunca y reducían su higiene al lavado de cara, manos y antebrazos. Más aún, sólo cambiaban su ropa interior unas pocas veces al año, y nos estamos refiriendo a trabajadores de países como Alemania, Francia e Inglaterra (6,7). A su vez algunos de estos cambios son posibilitados por la transformación, mejoramiento y extensión de la infraestructura sanitaria, especialmente en el aprovisionamiento de agua "potable". Estos y otros procesos conducirán a generar cambios

radicales en las condiciones de nutrición, higiene y salud de las clases subalternas urbanas de los países industrializados (8).

Un factor determinante, como ya se señaló, fue el desarrollo de la infraestructura sanitaria, que evidencia junto con otras acciones y reglamentaciones la intervención directa del estado respecto de los problemas de salud, aún en países que sostienen concepciones capitalistas liberales. Si bien siguieron persistiendo las condiciones de vida y salud desiguales entre las diferentes clases sociales, estas modificaciones condujeron a mejorar objetivamente las condiciones de salud de diferentes sectores sociales, incluidos los trabajadores y sus familias. Así el raquitismo, que constituía un cuadro frecuente de morbimortalidad en las clases bajas urbanas, irá disminuyendo, y lo mismo podemos decir para toda una serie de enfermedades carenciales (pelagra) y trasmisibles (cólera), que a la hora en que se aplican los nuevos descubrimientos de la medicina ya estaban prácticamente erradicadas en los países europeos de mayor desarrollo capitalista (9,10,3,4).

¿Cómo explicamos este proceso? Es decir, cómo explicamos la negación de lo social por parte del saber médico durante el período en que se instituye, cuando no sólo los informes técnicos evidencian la distribución diferencial de la mortalidad y de esperanza de vida según clases sociales, sino que también las condiciones sociales y ambientales aparecen como determinantes en el abatimiento de varios de los principales problemas de salud. Mckeown y Record (11) han demostrado que la notable disminución de la mortalidad por tuberculosis bronco-pulmonar entre 1840 y 1870 en Inglaterra se debió al aumento del nivel de vida, en particular a la mejor alimentación de las clases bajas, y no a los avances biomédicos. Investigaciones realizadas en los EE.UU. sobre la salud colectiva a principios del siglo XX en dicho país llegan a similares conclusiones.

Un último señalamiento hace aún más evidente esta aparente contradicción. En la segunda mitad del siglo XIX se organiza la Salud Pública en los principales países capitalistas europeos y americanos, lo cual implica el desarrollo de la epidemiología como un instrumento indispensable para la descripción y análisis de la

morbimortalidad y para la propuesta de acciones puntuales de prevención. Pero pese a que la epidemiología suponía la posibilidad de la inclusión y el manejo de factores sociales y culturales como habían demostrado los trabajos de Snow y de Goldberger, y especialmente el notable estudio del suicidio realizado por Durkheim en 1898, la Salud Pública impulsará el desarrollo de una epidemiología que aun utilizando variables sociales tiende a biologizarlas y ecologizarlas. Las principales variables utilizadas, es decir edad, sexo, localización rural/urbana, serán manejadas desprendidas de sus características sociales, económicas y culturales. De hecho, la epidemiología se constituye en una suerte de demografía "deshistorizada"; se construyen series "históricas" y pirámides poblacionales que son manejadas como fenómenos biológicos abstraídos de los procesos sociales dentro de los cuales funcionan. Congruente con esta orientación, la "variable" trabajo será muy escasamente utilizada por la epidemiología médica.

Además, el desarrollo de la epidemiología corresponde a un período en que se desarrollan nuevas teorías y estrategias sobre el trabajo, que no sólo modificarán el proceso productivo sino que afectarán la salud de los trabajadores. Justamente, las mejores condiciones de salubridad, higiene y alimentación de las clases bajas urbanas constituían un requisito casi necesario para la aplicación de las nuevas técnicas de producción intensiva (taylorismo y fordismo), ya que requieren de un trabajador sano durante el período laboral y que además no debe "desviarse", es decir, no debe alcoholizarse durante el período de descanso y especialmente durante el fin de semana, no sólo para así reparar realmente su capacidad física sino también para no caer en el ausentismo laboral.

Pese a estos procesos, el saber médico tanto a nivel epidemiológico como clínico excluirá el papel de los procesos económicos y sociales e impulsará una medicina del trabajador enfermo reducida al mismo, pero no en cuanto trabajador sino en términos de un cuerpo reducido a lo biológico y separado de su calidad de trabajador. La biomedicina convierte el problema específico de salud en un problema abstracto, donde lo determinante es la enfermedad biológica y no la situación concreta del trabajador y su enfermedad en el proceso productivo.

El saber médico, al reducir su mirada a la enfermedad "en sí", excluye la red de relaciones sociales y culturales que intervienen en el proceso salud/enfermedad del trabajador y de su familia. Si reconocemos que el "trabajo" constituye todavía el principal articulador de la vida de los que trabajan; si aceptamos que las condiciones de trabajo siguen siendo las ordenadoras de los tiempos de trabajo y no trabajo, del tipo de relaciones intra y en parte extralaborales, así como de los niveles posibles de consumo; si asumimos que dichos tiempos suponen marcar las posibilidades de contacto cotidiano con la familia en términos de relaciones de pareja y en función de las relaciones con los hijos, debemos reconocer entonces que las condiciones de trabajo afectan no sólo la salud del trabajador sino también las condiciones de vida de los miembros del grupo familiar.

Cuando un trabajador metalmeccánico padece saturnismo o un conductor de transporte colectivo evidencia conductas agresivas hacia los pasajeros, hacia los transeúntes y hacia otros transportes, dichas conductas deben, por lo menos en parte, ser referidas a la articulación trabajo/vida familiar. El saturnismo puede generar una disminución en el deseo y la actividad sexual del trabajador; los turnos rotativos que caracterizan el trabajo de los conductores de transporte colectivo, por lo menos en Argentina, generan una dislocación de los tiempos, ritmos y calidad de las relaciones familiares (d).

Pero estos y otros procesos no serán asumidos –aun cuando pueden ser reconocidos– por la biomedicina, sino que al biologizar todo padecimiento, excluirá las causales y consecuencias sociales de los mismos, de tal manera que la enfermedad será explicada por ella misma, y la intervención médica sólo tratará la enfermedad en sí.

La perspectiva que estamos proponiendo posibilita reconocer el impacto del proceso laboral en aspectos evidentes como son los accidentes laborales, y en consecuencias menos evidentes como son las que inciden en las relaciones del trabajador enfermo con su familia. Pero esta perspectiva también permite incluir toda una serie de padecimientos que afectan la salud del grupo familiar y que es generada, por lo menos en parte, por las condiciones de vida derivadas

de la inserción laboral. Con este análisis no queremos disolver la especificidad de la enfermedad laboral; por el contrario, reconocemos tal especificidad pero tratando de considerar en toda su envergadura las consecuencias del proceso de trabajo que no sólo se registra en el trabajador, sino también en su grupo familiar. Desde esta perspectiva, el proceso salud/enfermedad posibilita observar la articulación entre trabajo y vida cotidiana, en lugar de observarlos como mundos separados.

Si bien la biomedicina desarrollará cada vez más una orientación que excluye lo socioeconómico de su marco de acción al concentrarse en la enfermedad en sí, considero que es justamente su focalización en la enfermedad lo que favorecerá su demanda por parte de los diversos conjuntos sociales, incluidos los trabajadores. La biomedicina aparece acompañando durante el siglo XX la mejoría en las condiciones de vida de por lo menos una parte de las clases subalternas urbanas.

Considero que a través de lo señalado comienzan a dibujarse algunas de las razones que explican la expansión del saber médico a partir de los objetivos y necesidades de diferentes sectores sociales. Como ya señalamos, desde fines del siglo XIX mejoran las condiciones de salud de los sectores subalternos urbanos por lo menos en ciertos países, debido a la inversión estatal en infraestructura sanitaria, a las consecuencias del desarrollo económico y a las luchas de los trabajadores en demanda de mejores condiciones de trabajo y de vida. Como parte de este proceso, algunos estados europeos en función de los intereses empresariales, de las demandas y luchas obreras y del mantenimiento de la "paz social" como condición necesaria para el desarrollo económico, establecerán leyes de seguridad social a partir de la inserción laboral. El estado asume las condiciones y demandas sociales, absorbiendo algunas y rechazando otras; no las niega, sino que las maneja "por encima" de las fuerzas sociales concretas a través de una mezcla de mecanismos de coerción y de hegemonía.

El Estado, al asumir lo social, evita que el Sector Salud tenga que reconocer su papel en el proceso salud/enfermedad. De lo social se ocupará el Estado y no la biomedicina; de tal manera, el saber médico impulsará el tipo de

actividad que más se ajusta a la exclusión de lo social. Esto se expresa sobre todo en las actividades clínicas pero también en las actividades salubristas. Y así, en lugar de impulsar una epidemiología que incluya lo social en un nivel similar a lo biológico, desarrollará una epidemiología que basará sus objetivos en la implementación de instrumentos devenidos de la investigación bacteriológica.

Más aún en ciertos países se desarrollará una epidemiología que biologiza inclusive los indicadores de estratificación social, lo cual es notable sobre todo en los EE.UU., donde todavía en la actualidad (1978) las enfermedades son codificadas y descritas a través de categorías étnico/raciales y mucho menos en términos de estratos socioeconómicos, expresando una de las constantes no sólo de la sociedad estadounidense sino también de su biomedicina. Debemos asumir que el racismo interviene en la constitución y funcionamiento de las sociedades capitalistas avanzadas así como en determinadas características de su producción científica, y especialmente de la biomedicina (2). Frecuentemente, el biologismo del saber médico y el racismo social se potenciarán para fundamentar las prácticas discriminatorias institucionalizadas de la acción médica hacia determinados grupos sociales (12).

Lo señalado no supone desconocer el papel del salubrismo en el ataque y control de problemas de salud generados por las condiciones ambientales, y que tenían que ver con tres objetivos básicos: 1) Convertir en áreas productivas ciertas zonas que presentaban condiciones de salubridad que imposibilitaban su desarrollo económico debido a la presencia de factores que convertían –por ejemplo– el paludismo, el cólera y la fiebre amarilla en endémicas. 2) Posibilitar el desarrollo de un trabajador sano no afectado por este tipo de padecimientos que reducían enormemente su capacidad productiva. 3) Proteger al conjunto de los estratos sociales, pero sobre todo a los sectores dominantes, de contraer este tipo de padecimientos.

Las diferentes características del MM no tienen una importancia similar a través de la trayectoria de la biomedicina, sino que unas tienen mayor preponderancia que otras en función de las condiciones económico/políticas, sociales y técnicas dominantes. Lo cual también ocurre con las funciones que cumple la biomedicina.

Potencialmente el MM cumple cuatro funciones básicas: a) curativo/preventiva, b) normatizadora, c) de control y d) de legitimación. La función curativo/preventiva es la generalmente reconocida por el saber médico y por los conjuntos sociales como la única –o al menos principal– función biomédica. Y en gran medida así es, ya que a nivel manifiesto la curación y secundariamente la prevención no sólo constituyen las actividades más frecuentes, sino que también constituyen aquellas con las cuales se identifica casi exclusivamente la práctica médica.

Más aún, todas las otras funciones deben, en lo posible, operar a través de la curación y de la prevención; la biomedicina sólo puede reconocerlas y asumirlas en la medida que aparezcan como actividades curativo/preventivas.

Las funciones de normatización y de control forman parte intrínseca del trabajo médico, ya que éste las aplica como parte de sus actividades rutinarias con los pacientes. Al respecto debemos recordar que el establecimiento de un diagnóstico o la aplicación de medidas preventivas potencialmente normatizan y/o controlan comportamientos. Toda una serie de conceptos y técnicas médicos expresan la existencia potencial de estas funciones, de tal manera que la mayoría de las actividades médicas implican la posibilidad de cumplir las funciones señaladas más allá de la intencionalidad del propio personal de salud.

La última función, es decir la de legitimación, será intensamente utilizada al interior de cada país y en la comparación entre países. Las tendencias de la mortalidad especialmente de la mortalidad infantil, el abatimiento de la desnutrición o el incremento de la esperanza de vida serán utilizados para evidenciar la preocupación y eficacia de los sistemas económico/políticos dominantes, ya sea regímenes políticos capitalistas liberales, fascistas, socialdemócratas, “comunistas” o populistas, y tanto a nivel de países centrales como dependientes. El sector salud será utilizado como uno de los principales legitimadores sobre todo a partir de la crisis de 1929, y en particular evidenciando su papel en el caso de la salud de los trabajadores. No sólo Rusia comunista, sino también Italia fascista y el régimen nazi alemán cuestionarán al capitalismo a través del establecimiento de políticas de salud centradas en



mejorar la salud de los trabajadores y de sus familias. Esto implicará el desarrollo de la salud pública como espectáculo, tal como fue evidenciado por el sector salud alemán al aplicar a mediados de los años '30 la mayor encuesta de masas para la detección de tuberculosis broncopulmonar aplicada hasta entonces en ningún país, y cuyo objetivo, según la propaganda nazi, era el de erradicar la tuberculosis broncopulmonar de la población alemana y especialmente de las familias trabajadoras.

Después de la 2ª Guerra Mundial, la legitimación a través de la salud se concentró en la oposición capitalismo/comunismo, que en América Latina tuvo expresiones especiales, primero a través del manejo de la salud por regímenes de tipo populista y luego a través de la comparación entre el sistema de salud cubano y el del resto de los países americanos. La legitimación no constituyó sólo un proceso ideológico, sino que se basó en la aplicación de políticas, recursos y actividades que tuvieron un papel sustantivo en el acceso de por lo menos una parte de las clases subalternas a los servicios de salud y a la adquisición de medicamentos, aunque en la mayoría de los países latinoamericanos estas posibilidades se deterioraron, desfinanciaron, redujeron y/o se discontinuaron. No obstante, me interesa subrayar que la biomedicina se constituirá en una de las principales instituciones legitimadoras de las sociedades actuales capitalistas y no capitalistas.

## LAS CRÍTICAS A LA BIOMEDICINA

Si bien después de la 2ª Guerra Mundial se generaron cambios importantes en el área salud, especialmente a través de la expansión de la cobertura de diferentes formas de seguridad social, durante la década del '60 emergen hechos y se generan análisis que cuestionan el funcionamiento de la biomedicina. Dichas críticas se expresan sobre todo a través de indicadores que evidencian la ineficacia o escasa eficacia de la biomedicina para enfrentar algunos de los principales problemas de salud, así como también otros procesos que indicarían que las actividades médicas tienen que ver con funciones de control más que de cura. Diversos autores han descripto

estos procesos con claridad, y por eso nos limitaremos a enumerarlos y reordenarlos para presentar una síntesis de los mismos.

Como sabemos, en las décadas de los '50 y '60 se "descubre" que la eficacia biomédica no lo era tanto para problemas como la desnutrición, especialmente en los países subdesarrollados. La desnutrición había sido "redescubierta" a fines de la 2ª Guerra Mundial como consecuencia de un conflicto que puso en evidencia la existencia de mundos diferenciados por muy diversas características, pero sobre todo por los indicadores de salud, de tal manera que la pertenencia a un país desarrollado o subdesarrollado estaba marcada por diferencias cruciales en términos de mortalidad general, mortalidad infantil, muertes "evitables", esperanza de vida o desnutrición. Durante la segunda posguerra, la desnutrición emergerá como un problema político, respecto del cual las actividades médicas aparecen como secundarias y subordinadas. Por lo tanto, la desnutrición –o el hambre, como se decía entonces– comenzó a ser considerada no tanto como un problema médico sino como un problema de economía política.

Durante este mismo lapso se señala la creciente incidencia de la enfermedad mental y de las "patologías sociales", no sólo en los países capitalistas centrales sino también en los periféricos. Durante los '60 se realizan varias reuniones de especialistas latinoamericanos que ponen en evidencia la importancia de la enfermedad mental a nivel regional, y en 1973 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publica un informe en el cual da cuenta del notable desarrollo en la región de las neurosis y psicosis, y especialmente del incremento de la debilidad mental, epilepsia y alcoholismo.

Estas críticas las podemos observar especialmente en el caso de la salud de los trabajadores, cuya situación genera una preocupación especial en las organizaciones mundiales relacionadas con el trabajo (Organización Internacional del Trabajo-OIT), aunque no tanto en las dedicadas a la salud (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud). Dentro y fuera de la OIT se gestó la corriente de humanización del trabajo que constantemente ha descripto el incremento de consecuencias negativas del proceso laboral en la salud de los trabajadores,

incluidas las consecuencias en términos de enfermedad mental. Señalan que durante los '60 se incrementan por lo menos algunos problemas de salud laboral, pese a las mejoras generadas en las condiciones de trabajo. Según Blanchard (13) sólo en el sector industrial se estima en cincuenta millones el número de accidentes laborales anuales, considerando que en los países desarrollados un trabajador de cada diez en el sector industrial es víctima de un accidente laboral. El número de casos mortales se estima en 100.000 víctimas anuales. Si bien para los países en desarrollo existe escasa información, se considera que en las áreas rurales de dichos países es donde más se incrementan los accidentes laborales, y especialmente los accidentes mortales.

Debemos recordar que además de los accidentes existen las enfermedades ocupacionales, cuyo registro y referencia a causalidades laborales son más difíciles de detectar y sobre todo de establecer con seguridad diagnóstica, lo cual limita su documentación. Pero sobre todo debemos recordar que éstas son las enfermedades laborales, es decir los padecimientos de los que tienen trabajo, y que no incluye las "enfermedades de la desocupación" que cada vez se incrementan más en los países dependientes.

El papel de la biomedicina halla uno de sus principales límites en el evidente desarrollo de condiciones sociales que potencialmente favorecen la morbimortalidad, por lo menos respecto de ciertos problemas de salud, y en las dificultades crecientes de demostrar su eficacia a partir de la aplicación de acciones exclusivamente biomédicas. Si bien las acciones médicas incidieron —por lo menos en parte— en el abatimiento de las tasas de mortalidad de determinadas enfermedades, durante los '60 se observan procesos, incluso en el mundo desarrollado, que cuestionan la eficacia del MM. A nivel internacional se observa que en los varones en edad productiva se registran los menores decrementos de las tasas de mortalidad, y que inclusive en varios países se incrementa por lo menos en ciertos grupos etarios. De tal manera que siguen profundizándose las diferencias de esperanza de vida entre varones y mujeres a favor de éstas, lo cual según Berlinger nos orienta nuevamente a encontrar las explicaciones en los procesos laborales.

Esta situación se relaciona con varios factores; en principio, con la creciente incorporación a los procesos productivos de materiales, sustancias e instrumentos que son potencialmente nocivos para la salud, lo cual se observa sobre todo en el caso de las actividades agropecuarias de los países subdesarrollados. También incide el continuo incremento de los ritmos y tiempos de producción, así como la reorganización de los procesos productivos que afectan a ramas enteras de la producción, y que tienen algunas de sus principales consecuencias en la salud mental de los trabajadores, relacionada en parte con el incremento de la desocupación de la mano de obra masculina.

Este incremento de la desocupación, tanto en países centrales como periféricos, ha conducido en la actualidad (1978) a hablar nuevamente del "síndrome desocupacional", término acuñado en los EE.UU. a raíz de la crisis de 1929 y su secuela de desocupación durante la década de los '30, el cual se caracterizaba por la emergencia de problemas psicosomáticos, especialmente cuadros depresivos, en los trabajadores desocupados.

Un tercer factor es el desarrollo dentro del mundo capitalista periférico, pero también en países como los EE.UU., de formas de trabajo consideradas inicialmente como marginales, pero que constituyen parte de una nueva estrategia productiva caracterizada por la reducción o inexistencia de condiciones mínimas de seguridad social para los trabajadores. Es interesante señalar que durante estos años en que se habla crecientemente de la desaparición del trabajo, especialmente del trabajo industrial, de la pérdida creciente de la importancia del mismo para el desarrollo capitalista, se desarrollen simultáneamente formas de explotación laboral que cada vez recuerdan más a las gestadas entre mediados del siglo XIX y principios del siglo XX.

Además se desarrollan otros hechos referidos a la práctica médica que evidencian la crisis del modelo. En varias huelgas médicas de larga duración gestadas en diversos países se produjo un hecho paradójico: la mortalidad tendió a disminuir. Por supuesto que es demasiado esquemático establecer una correlación mecánica entre ambos hechos, pero este tipo de datos debe ser tomado seriamente en cuenta para relacionarlos

con otros que posibiliten una lectura más adecuada. Cuba se queda sin cuatro mil médicos al día siguiente de la Revolución, los cuales tardarán años en ser reemplazados, pero ya en los primeros años Cuba modifica positivamente su situación de salud. Análisis desarrollados en diferentes contextos concluyen que el número de médicos por habitante no supone necesariamente un mejor estado de salud en la población.

Un factor a relacionar con la eficacia es el constante incremento del consumo médico y del costo de la salud; en Francia, el consumo médico pasa de representar el 7% del consumo total en 1959 a representar el 10% en 1972, pasando de significar el 4.2% del PBI en 1959 a constituir el 6.2% en 1972. Mientras en 1959 el francés medio gastaba 235 francos en salud, en 1972 pasa a gastar 1.148 francos. Entre 1966 y 1972 la tasa de crecimiento de este consumo es superior a la tasa de consumo global, constituyéndose en el cuarto tipo de consumo a nivel nacional (14,15). Debe subrayarse que este consumo supone un incremento constante del costo de la salud, así como evidencia el papel de los médicos en el incremento del consumo de salud por parte de la población. La mercantilización del consumo médico evidencia en toda su desnudez los objetivos económicos de los diferentes sectores implicados en el desarrollo de la biomedicina, que se pone de manifiesto en la aplicación creciente de criterios empresariales a las formas de atención y prevención de la salud.

El conjunto de estos aspectos dará lugar a procesos de cuestionamiento nunca observados hasta entonces. Dichos cuestionamientos se generan desde diferentes perspectivas ideológico/técnicas y son referidos a un amplio espectro de problemas que van desde al uso incorrecto de los antibióticos hasta las condiciones negativas de las salas de terapia intensiva, pasando por las tendencias a la polifarmacia que caracterizan la prescripción médica. De esta manera la eficacia diferencial que caracterizaba a la biomedicina comienza a ser cuestionada a través de diversos procesos de salud/enfermedad.

Las críticas al MM, especialmente a su eficacia, se relacionan con el cuestionamiento durante los '60 del papel y uso de la ciencia, cuando toda una serie de estudios denuncian la irracionalidad de la racionalidad científica puesta

de manifiesto en los usos de la ciencia, especialmente por los EE.UU. en la guerra de Vietnam, donde la investigación científica provee de algunos de los más letales instrumentos de muerte utilizados por el ejército de dicho país. Se "descubre" a través de este conflicto que una parte creciente de los científicos norteamericanos, y por supuesto de otros países, trabajan en una ciencia y una industria para la muerte como describe y concluye Henry (16). Esto significa asumir que las mismas empresas que desarrollan medicamentos para la vida, diseñan y elaboran sustancias para la muerte humana y del medio ambiente.

Pero esta guerra, así como por supuesto otros procesos, posibilitan observar hechos que también cuestionan el papel de la biomedicina. Así, una parte de los estadounidenses "descubren" en los '60 y en su propio país, situaciones de subdesarrollo caracterizadas por la alta mortalidad infantil y preescolar; la mortalidad por desnutrición, enfermedades infectocontagiosas y violencias de diferente tipo, así como problemas de infraestructura sanitaria y de dificultades de acceso a la atención biomédica por parte de grandes sectores de población. La antropología y la sociología, pero sobre todo la medicina y psiquiatría de la pobreza (17), evidenciarán estos hechos en el país que no sólo constituye la cabeza del desarrollo capitalista, sino que tiene el mayor gasto *per capita* en consumo médico a nivel mundial.

Esto dará lugar a una nueva reconsideración del papel de las condiciones sociales en el proceso salud/enfermedad, así como a una lectura política de la lucha contra la enfermedad, lo cual será asumido de manera específica en los diferentes contextos. Este tipo de procesos será el que dará lugar en los EE.UU. a la implantación de seguros médicos impulsados por el Estado para una parte de la población (Medicare y Medicaid), así como la reformulación de políticas de bienestar en los países europeos. Pero junto a estas políticas de estado se desarrollarán corrientes técnico/políticas que propondrán modificaciones profundas al enfoque biomédico, como lo hicieron los Comités de Acción en Salud franceses, la psiquiatría radical desarrollada en los EE.UU. y los grupos que proponen la reforma sanitaria en Italia.

En el caso italiano, una parte de los cuestionamientos y propuestas refieren a las condiciones de trabajo y al papel del movimiento obrero, tanto en el caso de la salud física como de la salud mental. No es casual que esta orientación se diera en Italia, país con uno de los mayores déficits en el campo de la salud dentro del conjunto de países desarrollados europeos, pero que tenía el movimiento obrero más organizado y combativo dentro del mundo capitalista.

La salud en el trabajo aparece como un objetivo de las luchas de los trabajadores, y lo obtenido por éstos no debe ser interpretado como mera concesión del sector empresarial hacia las demandas economicistas de los obreros, tal como fue explicado por algunas tendencias de izquierda. La salud en el trabajo aparece ligada a transformaciones inmediatas y en el largo plazo, pero a partir del desarrollo de luchas no sólo sindicales sino políticas.

Es importante recordar que el conjunto de estas críticas emerge dentro de un contexto en el cual se observa una reducción de las tasas de mortalidad general y etarias especialmente en los países desarrollados, pero también en países periféricos. Pero justamente varias de las críticas recuerdan que con la tecnología médica actual son curables, abatibles o controlables algunas de las principales causas de mortalidad especialmente en los países subdesarrollados, y que dicha tecnología sólo se aplica en forma limitada. Por ejemplo: con la tecnología industrial actual, pero también con la que se podría aplicar al medio rural, son controlables no sólo la mayoría de los riesgos laborales, sino también la generación de contaminación ambiental, y sin embargo dichas tecnologías se aplican en forma reducida especialmente en el mundo periférico. Es decir que el abatimiento de los daños podría ser mucho mayor, lo cual una vez más nos remite a la orientación dominante de la biomedicina.

## EL DESARROLLO DEL MODELO MÉDICO

Para una lectura más sistemática del proceso de institucionalización de la biomedicina, presentaré información organizada en cuatro

dimensiones que, si bien serán tratadas en forma esquemática, espero que permita observar la trayectoria del saber y de instituciones médicas.

### Dimensión económico-política

Esta es la dimensión de mayor generalidad, y a través de la misma observamos la existencia de procesos similares en el desarrollo de la biomedicina, y en las estructuras y desarrollo económico/políticos de las formaciones capitalistas. Aunque obviamente, es importante recordar que el surgimiento y desarrollo de la biomedicina se dará en los países de mayor desarrollo capitalista. Y si bien es correcto asumir que parte de los primeros aportes importantes de la investigación biomédica se dio en países capitalistas menos desarrollados en términos económicos, como fue el caso de Italia en los siglos XVII y XVIII, lo cierto es que a medida que se desarrolla el capitalismo, la concentración de las invenciones y propuestas biomédicas de todo tipo se concentrarán cada vez más en un reducido número de países de alto desarrollo capitalista (Inglaterra, Francia, Alemania, EE.UU.), desde los cuales se difundirán hacia los países periféricos.

Las relaciones entre desarrollo capitalista y MM pueden ser analizadas a través de dos aspectos complementarios. Por una parte, a través del desarrollo capitalista según sus fases de acumulación primitiva, etapa de libre cambio, fase de concentración oligopólica, incluyendo las orientaciones que reformulan las relaciones entre condiciones económico/políticas y salud a partir de las propuestas fascistas, populistas y socialdemócratas en el poder.

Por otra parte, dichas relaciones pueden ser observadas a través de las relaciones diferenciales que se generan entre el mundo desarrollado y el subdesarrollado. En este trabajo no podemos describir ni analizar la mayoría de estos aspectos, sino sólo mencionarlos, pero es importante recordar que frente a las propuestas liberales y neoliberales que se oponen o limitan la implantación de la seguridad social a cargo del estado, se desarrollan al interior del capitalismo propuestas populistas y socialdemócratas que impulsan otras alternativas dentro del desarrollo capitalista, y en particular respecto del sector salud, ya que serán éstas las que promuevan la

seguridad social no sólo como forma de legitimación político/ideológica de los sectores dominantes, sino también para promover formas de vida que aseguren la reproducción biosocial del conjunto de las clases sociales mediante la instauración del denominado estado de bienestar (18).

Estos procesos económico/políticos están en la base de la transformación de la propia profesión médica, desde formas basadas en el profesional liberal independiente hasta el profesional asalariado de una institución oficial o privada de salud. El capitalismo impulsará, como ya señalamos, el desarrollo de nuevas formas de trabajo, así como el desarrollo de nuevos sectores sociales que demandarán atención médica según sus necesidades y sus posibilidades diferenciales de consumo. Esto dará lugar al desarrollo de un sector ocupacional médico que se incrementará según las capacidades de compra de servicios por parte de los conjuntos sociales, de las políticas de salud y de seguridad impulsadas por los sectores dominantes así como de las capacidades organizativas de las clases subalternas.

Debemos subrayar que en un país como Argentina, una parte de los trabajadores se plantearon desde fines del siglo XIX las necesidades colectivas de atención médica de los trabajadores y de sus familias. Se organizaron en asociaciones de ayuda mutua y sus fondos mutuales consideraban siempre por lo menos dos tipos de rubros: uno para huelgas y paros laborales, y otro para la atención médica y gastos funerarios. Es interesante la lectura de los libros de actas de estas asociaciones de ayuda mutua y más aún conversar con viejos miembros de las mismas, para tener noción de la importancia dada a la atención biomédica por parte de los trabajadores no sólo industriales sino también rurales (19).

Los trabajadores "libres" que el capitalismo genera masivamente requieren de atención médica para sus padecimientos y los de los miembros de su grupo familiar, dada su localización en las nuevas ciudades industriales y en función de la ruptura o separación establecida con formas tradicionales de atención a la enfermedad. Esto se agudiza aun más en el caso de los trabajadores migrantes, dado que se reducen las opciones de atención desarrolladas en sus comunidades de origen, y esto más allá de la eficacia de las mismas. Y recordemos que en el inicio de

sus respectivos desarrollos capitalistas, la mayoría de los obreros son migrantes externos en el caso de países como los EE.UU. o Argentina, y migrantes internos en el caso de México.

Dadas las consecuencias negativas generadas en la salud/enfermedad por las nuevas condiciones de trabajo y de vida cotidiana en las nuevas ciudades industriales, el estado interviene estableciendo reformas sanitarias y laborales no sólo para asegurar la productividad laboral, sino como requisito de protección social y sanitaria de las clases dominantes así como respuesta a las crecientes –y a veces "violentas"– demandas de las clases subalternas urbanas. La necesidad de intervención estatal con fines de asegurar la productividad laboral a nivel de las empresas privadas había sido planteada para Inglaterra por Chadwick en su famoso informe sanitario de 1842, y reiterado por el mismo en 1862. Continuando con esta preocupación los economistas de la etapa imperialista, especialmente en las primeras décadas del siglo XX, desarrollarán el concepto de capital humano y de la salud como parte de ese capital, a partir de una concepción claramente mercantilizada de la fuerza de trabajo y de su salud (3), que fundamenta la necesidad de intervención del estado en el área salud aun por los que adherían a concepciones liberales respecto del desarrollo capitalista.

El siglo XX se caracterizará por un incremento constante del Sector Salud como sector de estado, y por un desarrollo de las denominadas industria de la salud e industria de la enfermedad sobre todo a partir de la segunda mitad de dicho siglo, hasta constituirse en una de las más dinámicas industrias especialmente a través de las empresas químico/farmacéutica. Ambas industrias expresarán no sólo la existencia de nuevos y complejos productos diseñados por la investigación biomédica, sino el incremento del consumo de dichos fármacos y otros insumos biomédicos, que conduce a que la producción y el consumo en salud se vaya constituyendo en uno de los principales rubros tanto del gasto familiar como a nivel del producto bruto interno de cada país.

Desde una perspectiva económico/política el Sector Salud constituirá cada vez más uno de los ejes de las políticas de bienestar de los países capitalistas y socialistas de estado, pero su

propia dinámica expansiva generará cada vez más problemas económicos en función del constante incremento del costo de la atención de la enfermedad.

### Dimensión institucional

El saber médico se desarrolló dentro de tres instituciones básicas durante los siglos XIX y XX: la universidad, el consultorio privado y el hospital público, expresándose en todas ellas las condiciones de estratificación social dominantes en cada sociedad. Como sabemos, los médicos fueron aprendiendo algunas de las principales prácticas de su profesión en los hospitales a través de ejercicios terapéuticos aplicados sobre todo a pacientes de estratos bajos.

Estudios como los de Sudnow (20) han demostrado la persistencia hasta la actualidad de situaciones y relaciones de clase en la atención, inclusive de enfermos terminales en hospitales norteamericanos.

La atención biomédica se desarrolla a través de su trabajo con sujetos pertenecientes a diferentes estratos sociales, reforzando y naturalizando dicha diferenciación social, de tal manera que tanto para el personal de salud como para los conjuntos sociales estratificados, dicha atención diferencial expresa la existencia "natural" y "normalizada" de las diferencias socioeconómicas dominantes. Los pacientes de los hospitales oficiales fueron sobre todo miembros de los estratos bajos urbanos, de tal manera que este hospital formó parte normal de la vida y muerte de los trabajadores y de sus familiares. Toda una serie de refranes y expresiones populares señalan al hospital como lugar de la enfermedad y la muerte, más que como lugar de curación. El hospital aparece como el lugar en que los sujetos de los estratos bajos van a morir de sus enfermedades, y por eso se observa un fuerte rechazo a la hospitalización en las representaciones sociales populares urbanas hacia el hospital, que inclusive aparece reiteradamente en el cancionero popular, especialmente en las décadas de 1920 y 1930 (e).

El hospital fue el lugar en el cual se desarrolló el aprendizaje médico, el lugar de ensayo y error biomédico que se mantendrá articulado con el trabajo en el consultorio privado, dado que el hospital oficial seguirá siendo el lugar

donde se aprende a "hacer manos" con la población sobre la cual se puede hacerlo, dada su situación de marginalidad y subalternidad. A fines del siglo XIX se desarrolla una concepción que, al mismo tiempo que coloca en el hospital lo negativo del ejercicio médico, coloca en el médico privado la imagen del "buen médico". Por supuesto que el hospital irá modificando sus condiciones de eficacia, de tal manera que durante el siglo XX reducirá constantemente el carácter letal que lo caracterizó especialmente durante el siglo XIX, pero la diferenciación entre medicina hospitalaria y ejercicio privado se mantendrá hasta la actualidad en todos los conjuntos sociales, incluidos los estratos sociales subalternos.

Al respecto debemos subrayar que la representación negativa de la hospitalización no sólo se mantuvo, sino que la propia biomedicina, a través de toda una serie de estudios, demostró a partir de los '40 las consecuencias negativas de la hospitalización; los trabajos sobre "hospitalismo" evidenciaron que la internación, por lo menos en algunos casos, no sólo podía retardar el proceso curativo sino inclusive generar enfermedad. Las investigaciones sociológicas, antropológicas y biomédicas que durante los '50 y '60 describirán las características restrictivas, represivas, discriminatorias de las instituciones hospitalarias evidenciarán también sus consecuencias negativas para el proceso curativo.

La persistencia de estas características, sin embargo, no desconoce que el proceso capitalista, sobre todo en determinados contextos, fue generando instituciones como el Servicio de Salud británico en los '40, o el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en los '50, que intentaron ofrecer servicios de calidad en los tres niveles de atención a toda la población derechohabiente, que en el caso británico fue generalizada y en el caso del IMSS reclutó sus derechohabientes exclusivamente a través de la inserción laboral.

El proceso de concentración de la atención médica evidenciada especialmente a través de la construcción de grandes hospitales, sumado a la creciente demanda de atención por parte de la población derechohabiente, condujo a reforzar o a crear rasgos de despersonalización y burocratización en la relación personal de salud/paciente, y sobre todo en la relación más significativa para los sujetos y grupos sociales, es

decir la relación médico/paciente. Este proceso se dio especialmente en este tipo de instituciones, diferenciándose negativamente de las características que dominaban la relación médico/paciente a nivel de consultorio privado. Toda una serie de estudios sobre las demandas de atención médica evidencian esta situación, por lo menos para México. En ellos se observa reiteradamente que cuando un paciente de clase baja o media baja tiene capacidad de compra, concurre en primera instancia al médico privado, aun siendo derechohabiente de un sistema público de seguridad social, reservando la utilización de este último para la hospitalización o para la obtención de medicamentos en la medida que éstos no sean accesibles por su precio.

La evidencia creciente de estas características y consecuencias en la relación médico/paciente condujo a proponer soluciones que en parte fueron de tipo psicológico, especialmente en los EE.UU. Propusieron sobre todo mejorar la relación médico/paciente, favoreciendo una mejor comunicación, lo cual implicaba educar a la población. Si bien estas propuestas podían ser parcialmente eficaces, las mismas no modificaban las características dominantes de la relación institución/paciente, que obedecen a condicionantes políticos, económicos y culturales que no pueden ser reducidos a la mejora de la comunicación.

La biomedicina tiende a la concentración monopólica de la atención de la enfermedad, caracterizada hasta ahora (1978) por una fuerte participación del Estado en la mayoría de los países capitalistas centrales, en los estados populistas latinoamericanos y obviamente en los países de socialismo real. Se observa un proceso que va del dominio de la biomedicina en términos de profesión liberal a una etapa que corresponde al desarrollo de una medicina corporativa tanto oficial como privada. Mientras que en el primer lapso el MM se reduce casi exclusivamente al médico general, el segundo se caracterizará por el surgimiento de nuevas profesiones médicas y paramédicas, algunas de ellas desvinculadas de la intervención directa en la atención del paciente, como son en gran medida las actividades de investigación por una parte y las actividades de planificación, control y administración por otra.

El MM va a ir pasando de un trabajo artesanal de costo relativamente bajo a una etapa que podemos denominar industrial, caracterizada, como ya vimos, por un constante incremento del costo de la atención de la enfermedad.

### Saber médico

Una descripción esquemática del saber médico debe por lo menos incluir tres aspectos básicos: la teoría médica, la medicina como profesión y la práctica entendida como lo que hacen los médicos. Obviamente todos estos aspectos están relacionados, y la separación se realiza con fines metodológicos.

En este texto no desarrollaremos los aspectos de la teoría médica; los trabajos de Radl, Rosen, Sigerist, Foucault, Sannazaro y otros autores han evidenciado el dominio de concepciones biologicistas a través de toda la trayectoria del saber médico, a veces inclusive de tipo "vitalista", pero caracterizado básicamente por un enfoque empírico/positivista/causalista. Durante ciertos lapsos se observan influencias de teorías psicológicas y hasta sociológicas de diferente orientación, pero que constituyen episodios coyunturales que son reabsorbidos por las tendencias biologicistas dominantes a través de todo el lapso analizado. Si bien en ciertos momentos, especialmente en el lapso 1920/1950, se observa una notoria reacción contra el organicismo biologicista dominante, estas propuestas –como sabemos– no modificaron sustantivamente la trayectoria del saber médico.

El proceso de profesionalización médico comienza a organizarse a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX para establecer sus formas dominantes durante la segunda mitad del siglo XIX, especialmente en algunos países europeos que sentarán los lineamientos de la formación médica a nivel universitario. La titulación médica universitaria comienza a ser realmente una exigencia durante este período. Si bien previamente existían requisitos para el ejercicio profesional, será durante el siglo XIX en países como Francia, Alemania e Inglaterra donde se organice la formación profesional. Así, en Inglaterra entre 1830 y 1860 se generan importantes debates sobre la formación del médico, que establecerán cambios fundamentales en los requisitos de formación

médica, los cuales se expresan en la Medical Act de 1858. Dos de los principales requisitos que se van imponiendo son la extensión del tiempo de estudios a través de una serie de materias básicas, y la obligación de realizar prácticas hospitalarias supervisadas.

Aunque sea obvio, insisto en que estos desarrollos se dan inicialmente en los países de capitalismo avanzado y luego se difunden al resto de las sociedades capitalistas y también no capitalistas. A través del proceso de profesionalización, podemos observar nuevamente el peso de la dimensión económico/política en el caso de los EE.UU., quien durante una parte del lapso señalado no pertenece todavía al grupo de países de alto nivel de desarrollo capitalista. De tal manera que este país se caracteriza por un proceso de profesionalización médica más tardío y menos riguroso que el de los países europeos. En los EE.UU., hasta fines del siglo XIX el título de médico se podía obtener comprándolo o yendo por muy poco tiempo a las escuelas de medicina. Recién en 1892 la Universidad de Harvard prolongó a cuatro años el período obligatorio de estudios –que normalmente era de alrededor de uno o dos años– y exigió exámenes escritos para obtener el título de médico general. Esto no quiere decir que en dicho país no hubiera buenos lugares de formación, pero la mayoría de las 150 escuelas de medicina existentes a principios del siglo XX se caracterizaban por su baja calidad, pues "...allí las técnicas anticientíficas como las sanguijuelas, las ventosas e incluso las sangrías se transmitían intactas de generación en generación" (21). Como sabemos, el mejoramiento de la calidad de la formación médica en los EE.UU. se dará durante las dos primeras décadas del siglo XX, pero este proceso será tan rápido y profundo que ya en la década del '30 la formación médica norteamericana logra equipararse a los estándares europeos.

Ya señalamos los tres principales ámbitos en los que se ejerce y desarrolla la profesión médica, subrayando que es en ellos donde se adquieren, procesan y relacionan los rasgos que caracterizan estructuralmente al MM. Es en dichos ámbitos que el biologismo, la a-sociabilidad y el pragmatismo se constituirán en parte no sólo del acto médico sino de la subjetividad médica. Y todos estos rasgos se adecuarán a las

modificaciones que se dan en la trayectoria profesional de la biomedicina. Como ya señalamos, los dos primeros ámbitos profesionales son el hospital y el consultorio privado, que son usados simultáneamente por el mismo médico en términos de un ejercicio liberal profesional. En cierta medida, estos dos ámbitos refieren por una parte a la consulta de la población indigente y por otra parte a la población que puede pagar la consulta médica. Es importante señalar que la casi totalidad de los médicos en esta primera etapa son médicos generalistas, es decir que atienden todo tipo de enfermedades.

Dado el desarrollo técnico/científico de la biomedicina, así como del surgimiento de capas sociales con capacidad de consumo, durante el siglo XX se irá constituyendo la medicina de especialidades. Si bien las especialidades más desarrolladas son las que tienen que ver con algunos de los principales problemas de salud y con los adelantos de la tecnología biomédica, no obstante debemos reconocer que toda una serie de problemas prioritarios de salud no dará lugar al desarrollo de especialidades, o dichas especialidades serán secundarias al interior del saber médico, como fueron y son el caso de las enfermedades ocupacionales y también de las enfermedades mentales. Es decir, dos de los cuadros patológicos con mayor relación con las condiciones sociales del proceso salud/enfermedad.

Es a partir de estos hechos que algunos autores sostienen que el desarrollo de las especialidades no está determinado por la demanda de la población ni por el proceso de investigación biomédica, sino por el proceso de profesionalización de la medicina. Durante el siglo XIX y hasta la década de 1930 se observa un escaso y lento proceso de especialización que se incrementará sobre todo a partir de la década de 1950, impulsando una concepción que, si bien existía dentro del saber médico, se potenciará hasta convertirse en hegemónica. La biomedicina tenía una noción mecanicista del cuerpo como suma de partes, de allí que ciertas metáforas dominaban el lenguaje médico al identificar el cuerpo humano con una máquina. Pero el desarrollo de especialidades conducirá a desarrollar una división del cuerpo a extremos inimaginables a principios del siglo XX para la propia biomedicina. En la medicina de especialidades, el cuerpo pasará



de ser considerado una suma de partes a ser reducido a una parte aislada, donde cada una tiene la denominación de la especialidad que se hace cargo de la misma.

Esta tendencia que no sabemos bien donde concluirá, fue reiteradamente cuestionada por la propia biomedicina, especialmente a través de reiterados intentos desarrollados especialmente en nombre de la medicina psicosomática.

Pero el proceso de profesionalización, articulado fuertemente con el de mercantilización, impusieron cada vez más esta organización de la medicina y del cuerpo de los sujetos enfermos.

El desarrollo de los sistemas de bienestar primero, y de las corporaciones médicas privadas después, darán lugar a la aparición del profesional médico asalariado así como al incremento en número y variedad del personal de salud, tanto en el área técnica biomédica como en las áreas administrativa y de mantenimiento.

Hay un penúltimo proceso que incide en el desarrollo de la profesión médica; me refiero al surgimiento de un tipo de profesional concentrado en tareas de investigación biomédica, que se irá convirtiendo en un asalariado en términos directos o indirectos de las corporaciones económicas estatales o privadas, especialmente de la industria químico/farmacéutica.

Inicialmente, durante el siglo XIX la casi totalidad de los investigadores son médicos clínicos que realizan sus investigaciones en hospitales oficiales; salvo excepciones no existe el investigador de tiempo completo. Alemania será el primer país que institucionalice durante el siglo XIX una formación médica basada en la existencia de un cuerpo de profesores caracterizados por ser clínicos e investigadores simultáneamente. Más adelante, toda una serie de procesos económico/políticos y técnicos favorecerán el desarrollo de la investigación en salud de tiempo completo hasta convertirla en uno de los principales campos de la investigación científica a nivel del conjunto de la actividad científica, y en uno de los que reporta más beneficios económicos a los promotores de las investigaciones y secundariamente a los investigadores (f).

Una parte de los estudios sobre la trayectoria de la ciencia ha evidenciado que su gran desarrollo, sobre todo a partir de 1930 y después de la 2ª Guerra Mundial, obedece a que la misma

fue decisiva no sólo para el desarrollo del capitalismo especialmente en la esfera productiva, sino también porque reduciría el efecto negativo de problemas estructurales en las sociedades capitalistas, lo cual se expresa paradigmáticamente a través de la investigación y producción biomédica.

El incremento constante del personal de salud como profesionales y técnicos asalariados, conducirá a la emergencia de procesos que vinculan aún más al MM con las condiciones socioeconómicas de la sociedad de la que forma parte. Me refiero a que emergerán demandas laborales por parte de este personal, que conducirá en algunos casos a huelgas, trabajo a reglamento u otro tipo de acciones de tipo sindical, dado que sólo en muy contados casos nos encontramos con acciones de tipo político.

En el caso de los países dependientes, y en particular de América Latina, el proceso de profesionalización y la práctica médica seguirán los pasos marcados por los países capitalistas de punta, modificándose el país de referencia que durante el siglo XIX y primera década del siglo XX fue básicamente Francia, y desde los '50 o '60 pasa a ser los EE.UU. Esta modificación se observa en todos los aspectos del saber biomédico desde las orientaciones clínicas, el tipo de hospital o la formación de postgrado. Si bien hay desarrollos autónomos en función de la existencia de problemas y procesos particulares, dicha posibilidad estará sujeta no sólo al desarrollo socioeconómico y profesional de cada país dependiente, sino a que en el mismo surjan procesos político/ideológicos que posibiliten el desarrollo de orientaciones propias, lo cual no es lo dominante, por lo menos hasta ahora.

De tal manera que la dependencia económica hallará su correlato en la dependencia técnica y profesional, la cual tenderá a incrementarse durante todo el lapso analizado. Este proceso puede ser percibido con mayor claridad a través de la investigación biomédica, la cual estuvo siempre concentrada en unos pocos países europeos. A partir de los '30 se incluye a los EE.UU., quien después de la 2ª Guerra Mundial pasará a encabezar la investigación biomédica en casi todas sus ramas, de tal manera que la casi totalidad de la investigación en este campo estará concentrada en cuatro países. Considero

que es en el ámbito de la trayectoria de la investigación biomédica donde se observan con mayor transparencia las diferenciaciones entre países desarrollados y subdesarrollados, así como las relaciones de dependencia de los segundos respecto de los primeros.

Pero el desarrollo de la investigación tendrá su principal efecto profesional en la conversión del médico general y del especialista en sujetos que dependen cada vez más de lo que la investigación médica genera, dado que en ella reside el principio de eficacia diferencial de la medicina clínica. Los resultados de las investigaciones se autonomizan respecto del saber médico y “bajan” al médico como instrumentos que él solamente aplica. Pero esto establece una situación paradójica, dado que el médico que investiga es un médico que cada vez está más separado de la clínica, y sin embargo será quien diseñe y desarrolle los productos que serán utilizados por los médicos clínicos. Los productos de la investigación biomédica constituyen uno de los principales factores que posibilitan la hegemonía biomédica, y por eso el “investigador” se va constituyendo a su vez en el profesional hegemónico, lo cual a nuestro juicio expresa simbólicamente la creciente despersonalización de la práctica médica. Obviamente, dicha despersonalización no es sólo simbólica sino que es producto de los procesos de burocratización así como del desarrollo de un profesional que, cada vez más, opera como una correa de transmisión entre sus pacientes y las técnicas diseñadas fuera del ámbito inmediato de su trabajo como médico.

Este proceso conduce no sólo a la subordinación de la clínica, sino a una descalificación constante de la misma, ya que las características y procesos personales –tanto los del paciente como los del médico (el “ojo clínico”)– que tenían significación en la relación médico/paciente desaparecen cada vez más en la práctica, y no sólo por el desarrollo de una medicina de masas regida por criterios de productividad, sino por el reemplazo de la actitud clínica por la actitud farmacológica, que deposita en la prescripción de fármacos su principal objetivo y su mayor identificación técnico/profesional.

El paso a primer plano de la investigación dentro del saber médico potenciará aun más algunas de las características estructurales

del MM. Y así la metodología empirista y positivista, la objetividad científica, la neutralidad valorativa respecto de los sujetos y objetos de estudio, y la identificación exclusiva con la racionalidad científica favorecerán la a-historicidad, la a-sociabilidad, el biologismo y la mayoría de los otros rasgos del MM. Una de las tendencias más negativas es la cosificación del sujeto de investigación, el cual es convertido en objeto de investigación ajeno a las características personales y sociales diferenciales que lo constituyen no en cualquier sujeto, sino en un objeto de investigación. Y da la casualidad que los sujetos de investigación no pertenecen casi nunca a los estratos sociales medios y altos, sino que en su mayoría son indigentes, población cautiva (presos, soldados, niños de orfanatos) o al menos pertenecen a los estratos más bajos de la población. La biomedicina tardó mucho tiempo en plantearse que los sujetos sobre los cuales realizaba sus experimentos controlados, sus “ensayos y errores” no son objetos abstractos, homogéneos, insensibles, sino que son personas diferenciadas que pertenecen casi exclusivamente a determinados grupos sociales. Estos sujetos son sacados de sus relaciones sociales e históricas concretas para ser convertidos en objetos de investigación.

### La dimensión ideológica

Como ya lo señalamos, la biomedicina se constituye e instituye en los países capitalistas centrales simultáneamente con el proceso de obtención no sólo del poder económico/político sino también de la hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales se establece a través de las relaciones burguesía/proletariado.

La biomedicina se constituye en función del conjunto de las clases sociales, y no sólo en función de las clases dominantes. Más aún, como vimos, el desarrollo de la biomedicina aparece asociado a la lucha y abatimiento de una serie de padecimientos que impactaban sobre todo a las clases subalternas. Las enfermedades infectocontagiosas que constituían las principales causas de mortalidad a fines del siglo XIX, si bien afectaban al conjunto de las clases sociales, tenían sus consecuencias más negativas en las clases bajas urbanas.

Por eso, cuando dichas enfermedades comienzan a ser abatidas, básicamente por otros factores, sin embargo la biomedicina, la sociedad dominante y las clases subalternas atribuirán a la medicina el papel fundamental en el abatimiento de sus daños, en la reducción de la mortalidad y en el incremento de la esperanza de vida. De allí que para sus principales problemas de salud, los trabajadores urbanos demandarán cada vez más atención biomédica.

La percepción positiva de la medicina científica por parte de los trabajadores urbanos tiene que ver con procesos técnicos e ideológicos que operan a nivel de la sociedad global, pero también con procesos que tienen que ver directamente con sus actividades laborales. Como sabemos, los padecimientos que los trabajadores más relacionaban con su trabajo eran los accidentes generados durante el proceso productivo, los cuales, dadas las escasas condiciones de seguridad dominantes en las fábricas y en las minas, se caracterizaban por su frecuencia y gravedad. Y es para estos cuadros que la biomedicina evidencia mayor eficacia a través del avance de las técnicas quirúrgicas, de elementos de apoyo diagnóstico como los rayos x, del descubrimiento de anestésicos y del desarrollo de condiciones de asepsia.

Estos procesos deben ser relacionados con aspectos de la vida cotidiana que posibilitan entender la racionalidad de la percepción positiva y el incremento de la demanda biomédica por parte de los sectores subalternos. La desocupación cíclica y la imposibilidad de trabajar por enfermedad constituyeron dos de los más graves problemas de las familias trabajadoras urbanas durante el siglo XIX y parte del siglo XX. La desocupación conducía a la espera, al "multichambismo", a la migración, a la prostitución e inclusive a la pequeña delincuencia hasta que se generara una nueva demanda laboral. Pero en el caso de la enfermedad debía ser rápidamente solucionada a través de diferentes acciones que incluían cada vez más la intervención médica.

Tanto el tiempo comparativamente largo con que la familia obrera tarda en reconocer la enfermedad del sujeto que trabaja, como la demanda urgente de solución una vez reconocida dicha enfermedad, tienen que ver con un condicionamiento económico/ocupacional del "tiempo", ya que el enfermarse y sobre todo asumir

estar enfermo implicaba dejar de trabajar, afectando directamente la supervivencia del trabajador y de su familia. La restauración de la salud o la reparación de la enfermedad deben ser inmediatas para poder retornar a trabajar en el mercado "libre" laboral. Desde esta perspectiva, la medicina científica es percibida como más rápida, como más eficaz, especialmente respecto de ciertos padecimientos vinculados a la esfera laboral. Es una medicina de urgencia, y no una medicina de espera.

Esto no significa ignorar la existencia de otras formas de atención comunitaria a través de huseros y curanderos, o de la aplicación familiar de ventosas, cataplasmas, rodajas de papa en la frente o bolsas de agua y fomentos relacionados con padeceres directamente vinculados a esfuerzos laborales.

Considero que la demora en demandar atención médica del trabajador dado que, por las razones señaladas, sólo decide atenderse cuando ya no aguanta más, es una de las características que ha conducido a crear la imagen del varón como reacio a la atención médica, sobre todo en comparación con la mujer.

Me interesa subrayar que la mayor eficacia y rapidez de la biomedicina constituye una mezcla de elementos reales e imaginarios, ya que dicha concepción se constituye a través de la aplicación de técnicas y productos biomédicos realmente eficaces, pero también de la utilización de productos y técnicas inocuos e inclusive negativos. Pero siempre a través de la constante propuesta ideológica de la capacidad biomédica diferencial para solucionar o paliar los problemas de salud. En consecuencia, la biomedicina será cada vez más aceptada como el medio más eficaz para curar o contener determinadas patologías graves. Dicha percepción será reforzada en el caso de los trabajadores, porque prácticamente la mayoría de sus líderes políticos y sindicales, así como los ideólogos del papel de la clase obrera, considerarán a la medicina científica como progresista y como un aliado "natural" del socialismo, sobre todo en el caso del "socialismo científico".

Debemos reconocer que esta capacidad diferencial se irá acentuando con el tiempo, dada la incorporación de fármacos caracterizados no sólo por su capacidad para enfrentar enfermedades hasta entonces incurables, sino por la rapidez

con que los mismos actúan. Esta capacidad se observa sobre todo a partir de las décadas de 1930 y 1940 con la aparición y desarrollo de las sulfamidas y los antibióticos, especialmente para padecimientos respiratorios agudos y crónicos, pero también se observa a través de la aplicación de productos como el DDT y el clorofenicol que en forma rápida posibilitaron, por lo menos durante un tiempo, reducir el impacto de enfermedades endémicas y mortales.

Es a partir de estos datos que debemos asumir que la biomedicina es la forma de atención a la enfermedad que más se expande a nivel mundial en los diferentes conjuntos sociales. Actualmente la casi totalidad de las investigaciones específicas demuestran que son los estratos sociales más bajos, los "pobres", las comunidades marginadas de América Latina, las que más demandan atención biomédica en términos comparativos.

Es importante señalar que la dimensión ideológica podemos observarla tanto en los saberes de los sujetos y conjuntos sociales sobre los procesos de salud/enfermedad, como también en los saberes del personal de salud, incluidos los médicos. Mientras que la primera afirmación es fácilmente aceptada, la segunda es rechazada especialmente por los médicos que niegan la injerencia de procesos sociales e ideológicos en su saber profesional. Sin embargo, la investigación actual evidencia la presencia de lo ideológico, no sólo en los pacientes sino también en el personal e instituciones de salud. Pero desgraciadamente, los mismos no asumen que muchas de sus acciones son aplicadas a partir de concepciones ideológicas asumidas como criterios técnicos. Así, el Sector Salud (SS) suele tener una concepción negativa sobre algunas actitudes de los conjuntos sociales, dado que por ejemplo considera que los mismos no sólo no tienen ni suelen utilizar acciones preventivas, sino que son reacios a las mismas, lo cual está basado en presupuestos ideológicos y en los criterios de prevención utilizados por el SS. Éste también tiene una concepción de la población como pasiva, pero ocurre que cuando este Sector aplica acciones de participación social, se caracterizan por su verticalismo, autoritarismo y asimetría, ya que quien convoca, establece las reglas y da las orientaciones es el SS. Por

lo cual la biomedicina se queja de la pasividad de los grupos sociales, y simultáneamente impulsa un tipo de participación que favorece dicha pasividad.

### **MODELO MÉDICO: ¿COMO CONTROL SOCIAL?**

Varios de los procesos analizados indican que el personal de salud, incluidos los médicos, constituye un sector en constante incremento en las sociedades capitalistas y las socialistas de estado. Es uno de los sectores ocupacionales que más se incrementa, sobre todo en términos de personal asalariado. Si bien todavía en ciertos contextos el médico es un profesional liberal, en la mayoría de ellos tiende a convertirse en un profesional asalariado, lo cual se refleja no sólo en el surgimiento de la desocupación médica, sino en el desarrollo en algunos países latinoamericanos de movimientos de médicos desocupados. La cuestión es si esta nueva situación, aunada con la evidencia de que los problemas prioritarios de salud se relacionan con condiciones económico/políticas y socioculturales, dará lugar o no a formas de acción profesional y no profesional que cuestionen la orientación actual de la biomedicina, incluida la desocupación endémica que comienza a caracterizar esta profesión.

Esta posibilidad aparece para algunos autores como dudosa, ya que una masa creciente de investigación y de reflexión propone a la biomedicina como una de las principales instituciones de control social en las sociedades actuales.

Nosotros no negamos esta función, por otra parte evidente, sino que consideramos que las actividades biomédicas necesitan ser descritas y analizadas para determinar en cada contexto la existencia de dicha función.

Los psicoterapeutas radicales norteamericanos estaban preocupados en la década del '60 por el desarrollo de una psiquiatría comunitaria que se extendía por las comunidades norteamericanas, especialmente en las que viven los sectores sociales bajos y marginales, lo cual posibilitaba el manejo de información no sólo sobre problemas de salud, sino de información de tipo social y político respecto de estas comunidades. También denunciaron las acciones de control

social de pacientes y no pacientes a través del apaciguamiento obtenido mediante la aplicación de psicofármacos. Por otra parte, antipsiquiatras como Szasz (22,23), llevan a sus últimas consecuencias la teoría del etiquetamiento al señalar que toda enfermedad mental constituye una enfermedad construida profesionalmente, concluyendo en consecuencia que las principales funciones de la psiquiatría son de control social e ideológico.

Si bien no niego la existencia de estas funciones, que autores como Glucksmann (24) elevan a categoría persecutoria universal, considero que debemos tener un mínimo de responsabilidad en el manejo de la información o por lo menos en el manejo de nuestras fantasías, como para no convertir todo acto médico en un acto de control social. Desde esta perspectiva reconocemos que las instituciones biomédicas a través de actividades de atención, hospitalización y prevención han aplicado normalizadamente mecanismos de "control" como parte de sus acciones técnicas con el objetivo de solucionar los problemas de los pacientes, pero también de asegurar el funcionamiento de las instituciones biomédicas. El desarrollo y orientación de las instituciones biomédicas expresan las necesidades de las sociedades de las que son parte, necesidades no sólo referidas a los objetivos explícitos (curar/prevenir) sino a las funciones de control social que cumplen a través de la institucionalización de reglas represivas y restrictivas que, más allá de constituir requisitos técnicos, como lo analiza ejemplarmente Goffman (25), contribuyen a un determinado tipo de funcionamiento social.

La trayectoria de la salud pública evidencia la persistencia de estos objetivos institucionales, ya que debido a razones objetivas como pueden ser epidemias, condiciones de insalubridad o mejoramiento del ambiente, se han aplicado cuarentenas, vacunación obligatoria, inspecciones en mataderos (rastros), centros de trabajo y también en viviendas, una parte de las cuales supone intromisiones legitimadas en el dominio privado. Ahora bien, estas acciones de "control" más o menos planificadas y a través de formas centralizadas o descentralizadas de operación, son producto normal del desarrollo capitalista –y obviamente también de los países de socialismo real– para asegurar un mínimo de

salubridad y protección a la salud de los conjuntos sociales, lo cual no niega que también constituyen medidas reales o potenciales de control social e ideológico.

Este tipo de actividades será complementado desde fines del siglo XIX y sobre todo desde principios del siglo XX, por otras acciones que suponen trabajar directamente con las comunidades y especialmente con los grupos familiares. El desarrollo del trabajo social como parte de las ideologías humanitarias procedentes tanto del liberalismo como del cristianismo impulsará la presencia de técnicos en las propias comunidades, siendo importante señalar que, en el caso de países como los EE.UU., dichos técnicos manejarán una concepción de la comunidad, de los sujetos, de la causalidad de las patologías que no sólo operan como control social sino sobre todo como control ideológico. Para ellos, la explicación de las patologías radica en las características individuales de la madre soltera, de la prostituta o del alcohólico, y no en las condiciones sociales donde viven los sujetos. En consecuencia, promueven un tipo de acciones basada en la salvación individual, dado que para ellos el problema no está en el sistema social sino en el individuo (26).

El mayor desarrollo del trabajo social se da a través de las denominadas "economías de bienestar", y en gran medida a través del desarrollo de sistemas de seguridad social en los cuales el Sector Salud es central, de tal manera que será a partir de la década de los '50 que observemos un constante desarrollo del trabajo comunitario basado en las políticas estatales. Pero también desde los '50 y sobre todo durante los '60, y en gran medida relacionado con las propuestas "desarrollistas", la extensión comunitaria en el tercer mundo se aplicará a la educación, al desarrollo económico rural o la animación cultural. En el caso del proceso salud/enfermedad, el trabajo comunitario se aplicará por ejemplo en México a la formación de parteras empíricas para mejorar las condiciones de embarazo, parto y puerperio, mientras que en países como Inglaterra e Italia dará lugar al desarrollo de estrategias de intervención en salud mental a través de un espectro de propuestas que van desde las tempranas de Marwell Jones hasta las recientes de Basaglia.

Si bien la mayoría de estas acciones son impulsadas por el Estado, debemos señalar que otros trabajos comunitarios serán desarrollados a partir de sectores de la sociedad civil que promueven concepciones sociales e ideológicas que no sólo tienen que ver con la enfermedad y su forma de atenderla sino también con propuestas sociales e ideológicas alternativas. Más aún, desde dentro de las propias instituciones estatales se generarán algunas de estas propuestas que conduce a la necesidad de que tengamos una visión crítica, pero también amplia de estas propuestas, dado que algunas cuestionan en forma radical no sólo las formas de atender, sino el tipo de modelo médico y de sociedad que avala dichas formas de atención. Señalo esto porque diversos autores, tanto a nivel de los países centrales como periféricos, formulan una concepción esquemática y unilateral del control social ejercido por las instituciones, lo cual no sólo limita la posibilidad de pensar y aplicar propuestas como las de Basaglia respecto de los hospitales para enfermos mentales, sino también cuestiona algunas de las propuestas de salud popular desarrolladas en países de América Latina (27).

No cabe duda de que las formaciones capitalistas generan instituciones que "pueden" desarrollar funciones de control social e ideológico; más aún, dichas funciones pueden ser llevadas a cabo a través de su trabajo institucional por los propios profesionales radicales, dado que dichas funciones son parte de su propio trabajo médico. Pero la posibilidad y orientación de las funciones de control dependerá de las fuerzas sociales que estén operando en una situación social específica, y es a partir de este reconocimiento que deberíamos llegar a conclusiones sobre el papel de las instituciones en el control social e ideológico de los sujetos y conjuntos sociales.

Considero que nuestra aproximación puede evitar un tipo de análisis e interpretación que podemos denominar estructural/paranoide. Esta manera de pensar se basa frecuentemente en hechos objetivos y a veces desgarrantes que van desde las actividades de control físico –cuya expresión más lacerante es la tortura controlada

por médicos–, hasta las acciones de esterilización no voluntaria, como ocurrió en varios países europeos y en los EE.UU. desde principios del siglo XX hasta la actualidad; pasando también por el desarrollo de actividades comunitarias de control social e inclusive político a través de programas alimentarios. Si bien éstas y otras actividades existen, la mayoría de las actividades médicas no son de este tipo, y además las acciones del personal de salud pueden tener otras orientaciones, especialmente en determinadas coyunturas sociales, por lo que deberíamos incluirlas por lo menos dentro de nuestro marco de expectativas.

Justamente en la lucha por la "propia salud" de los trabajadores y por supuesto de otros sectores y grupos sociales, hallamos una de las líneas que posibilita pensar en otras alternativas de organización de la salud, así como un cuestionamiento de las interpretaciones que proponen reiteradamente una visión "cerrada" de lo que se puede hacer respecto del proceso salud/enfermedad. Debemos asumir que las acciones –que en algunos momentos constituyen luchas– de los diferentes grupos y sectores sociales, han conducido a modificar las condiciones de trabajo y a desarrollar leyes de protección de la salud de los trabajadores, no sólo en los países capitalistas centrales sino también en los periféricos. Son estos procesos los que han posibilitado experiencias como la de Gorizia en el tratamiento de la enfermedad mental, que si bien pueden aparecer limitadas y hasta frustradas, señalan no obstante una alternativa al tratamiento médico asilar.

Si bien el MM está fuertemente institucionalizado en las sociedades capitalistas, debemos entender no sólo las razones de su institucionalización sino también el hecho de que varias de las principales características de la biomedicina forman parte de la cultura de los diferentes estratos sociales, incluidos los subalternos.

Pero además debemos buscar tanto en el saber médico como en el saber de los sujetos y grupos, las orientaciones y prácticas que posibilitan pensar y desarrollar otras alternativas de atención y prevención.

## NOTAS FINALES

a. Este trabajo fue concluido a mediados de 1978 y publicado a fines de ese año como prefacio del libro de Basaglia (1). Si bien yo venía elaborando la propuesta de Modelo Médico Hegemónico desde fines de los '60 y principios de los '70 a partir de la situación argentina, fue en éste y en otros trabajos publicados en México y en Cuadernos Médico Sociales de Rosario (Argentina) entre 1979 y 1983, que elaboré mi propuesta de modelos de atención, especialmente de Modelo Médico Hegemónico y de Modelo de Autoatención pensados a través de una perspectiva gramsciana que trató de incluir el proceso salud/enfermedad/atención dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan a nivel general y sobre todo en contextos específicos. Para esto, fue decisiva la inclusión de la situación mexicana a partir de mi residencia en dicho país desde 1976 hasta la actualidad. Debo subrayar que, si bien a través de mis investigaciones y supervisión de proyectos de investigación yo iría modificando y precisando las características y funciones de los modelos así como las transacciones observadas entre los diferentes saberes, considero que la perspectiva redactada a fines de los '70 y principios de los '80 sigue siendo vigente en términos teóricos y metodológicos para comprender algunos de los aspectos más decisivos del proceso salud/enfermedad/atención, pese a las modificaciones existentes especialmente en el mundo del trabajo y en el papel de los trabajadores. Por eso, en función de la publicación de esta nueva revista de Salud Colectiva, me parece importante recuperar dicha propuesta a partir de este texto inicial y en cierta medida iniciático.

Quiero además subrayar que el texto que ahora se publica tiene notorias modificaciones de estilo y de ordenamiento de información que considero mejoran su comprensión, pero en lo básico constituye el texto original. Más aún, este texto incorpora algunos análisis que no fueron publicados en la versión de 1978, dada la extensión que había adquirido mi introducción a la salud de los trabajadores.

b. Por supuesto que siempre puede datarse la institucionalización en una fecha anterior, pero en función de este trabajo la localizamos en el lapso señalado.

c. Como son por ejemplo los casos de la medicina homeopática, la medicina naturista, la balneoterapia o la medicina denominada tradicional.

d. Información surgida en investigaciones desarrolladas entre 1971 y 1974 por equipos interdisciplinarios en los cuales trabajé, en el Instituto de Medicina Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

e. De ello es expresión paradigmática el tango de S. Espaventa titulado "La cama vacía", cuyos dos primeros versos dicen: "*En un tétrico hospital donde se hallaba internado, mi viejo amigo rodeado de un silencio sepulcral*".

f. Esto no desconoce la existencia de apoyos económicos desde la segunda mitad del siglo XIX a la investigación biomédica, expresado sobre todo en los estudios sobre enfermedades tropicales en Francia o en los trabajos de Liebig, en Alemania.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basaglia F, et al. La salute in fabbrica. Per una linea alternativa di gestione della salute nei posti di lavoro e nei quartieri. Rosa, Saavelli; 1974.

2. Menéndez EL. Racismo, colonialismo y violencia científica. Buenos Aires: CEDAL; 1971.

3. Mclahland G, Mckeown Th. Medical History and Medical Care. A Symposium of Perspective. London: Oxford University Press; 1971.

4. Rosen G. A History of Public Health. New York: MD Publications INC; 1958.

5. Timio M. Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial. México: Editorial Nueva Imagen; 1978.
6. Stern B. Social Factors in Medical Progress. New York: Columbia University Press; 1927.
7. Stern B. Society and Medical Progress. Princeton: Princeton University Press; 1941.
8. Menéndez EL. Situación colonial y enfermedad: origen y desarrollo de las condiciones actuales de morbiomortalidad. México: Escuela de Salud Pública, Publicación Interna 78/146 y 78/147; 1978.
9. Dubois R. El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio médico. México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
10. Dubois R. El hombre adaptado. México: Fondo de Cultura Económica; 1977.
11. Mckeown Th, Record G. "Reasons for the decline of mortality in England and Wales during nineteenth century". Population Studies 1962 (16):94-122.
12. Fanon F. Sociología de la revolución. México: ERA; 1968.
13. Blanchard F. Por un trabajo más humano. El trabajo: condiciones y medio ambiente. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 1975.
14. Destanncce de Bernis G, Borelly R. Cours d'economie de la santé. Grenoble: Université Scientifique et Medicale; 1975/76.
15. Dumont J, Latouche J. L'hospitalisation malade du profit. Paris: Éditions Sociales; 1977.
16. Henry J. La cultura contra el hombre. México: Siglo XXI; 1967.
17. Riessman F, et al. Mental Health Poor. New York: The Free Press; 1964.
18. Braverman H. Trabajo y capital monopolista. México: Nuestro Tiempo; 1975.
19. Menéndez EL. Asimilación de grupos étnicos europeos a una comunidad rural de la provincia de Entre Rios (Argentina). Buenos Aires: Informe al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas; 1966/68.
20. Sudnow D. La organización social de la muerte. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1971.
21. Gross JL. Los doctores. México: Grijalbo; 1968.
22. Szasz Th. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
23. Szasz Th. Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
24. Glucksmann A. Hacia la subversión del trabajo intelectual. México: ERA; 1976.
25. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
26. Wrigth Mills C. Poder, política, pueblo. México: Fondo de Cultura Económica; 1962.
27. Breilh J. "La medicina comunitaria ¿una nueva policía médica?". Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales 1976; (84): 55-72.

---

Recibido el 2 de noviembre de 2004

Versión final presentada el 10 de diciembre de 2004

Aprobado el 17 de diciembre de 2004