

## MODELO MEDICO HEGEMONICO Y ATENCION PRIMARIA

### PONENCIA:

**Licenciado Eduardo L. Menéndez.** Maestro en Salud Pública. Licenciado en Ciencias Antropológicas, Profesor e Investigador del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) México.

1. En este trabajo y en función de lo solicitado por los organizadores de esta reunión, voy a tratar de sintetizar mi propuesta de lo que considero Modelo Médico Hegemónico, y a establecer algunas relaciones con las estrategias de atención primaria.

Quiero señalar que dado el tiempo con que cuento, muchas de mis apreciaciones serán intencionalmente esquemáticas, y en consecuencia dicho esquematismo puede conducir a falsas interpretaciones, que pueden ser posiblemente superadas con la consulta directa de algunos de los trabajos en los cuales trato de desarrollar en forma más precisa la estructura, funciones, y desarrollo del Modelo Médico Hegemónico (ver: E.L. Menéndez 1978, 1979, 1981, 1983, 1985 a, 1985 b, 1985 c, 1986, 1987 b, 1988).

En mi exposición primero enumeraré los rasgos estructurales del MMH y comentaré algunos de los que considero como más relevantes en función de la temática a desarrollar. Posteriormente describiré sucintamente las funciones del modelo, así como la situación de crisis que el mismo atraviesa desde la década de los 60. Concluiré mi ponencia analizando las relaciones conflictivas que el MMH establece con la denominada atención primaria, no sólo en términos genéricos sino también en relación con la crisis que afecta a América Latina desde la década de los 70.

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

Mi análisis de este modelo no supone una posición maniquea según la cual la medicina denominada científica cumple "en sí" funciones que pueden ser consideradas como negativas; ni tampoco implica una recuperación romántica de las

prácticas conocidas en la actualidad como “alternativas”. Mi preocupación por el MMH debe relacionarse con varios niveles problemáticos, de los cuales en este trabajo me interesan destacar dos. Por una parte el contraste entre el desarrollo del MMH y las condiciones dominantes de mortalidad en la mayoría de los países de América Latina. por otra parte la posibilidad de plantear, a través del análisis de este modelo y de su crisis, una propuesta de atención primaria basada en el modelo de autoatención.

Debo indicar que el análisis integral del MMH no puede reducirse a sí mismo, sino que el mismo debe ser descripto y analizado tanto en un nivel de autonomía, como referido a las condiciones históricas en las cuales opera. La hegemonía del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterna, pero sin por ello poder eliminarlas. Si en este trabajo sólo comentamos el MMH, es por razones de espacio, ya que el análisis integral del mismo necesariamente implica la relación con los otros modelos.

1.1. El MMH constituye una construcción teórica que maneja en varios niveles de abstracción. En esta ponencia y por las razones señaladas me manejaré en un nivel de alta generalidad, sin referirme a situaciones históricamente determinadas, salvo en términos de ejemplificación.

La construcción de este modelo suponen detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

De estos rasgos seleccionaré algunos, no sólo para observar en particular la estructuración del modelo, sino también para aportar elementos que permitan ulteriormente evidenciar la relación problemática que se establece entre este modelo y la estrategia de atención primaria (AP).

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

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

aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos.

El biologismo del MMH se expresa no sólo en la práctica clínica, sino —y esto es de notable relevancia— en la práctica epidemiológica.

Considero que dado que esta práctica, así como el enfoque preventivista en general, *debe* tener como unidad de trabajo a los conjuntos sociales, es donde con mayor significación puede destacarse la dominancia de este rasgo.

El biologismo puede ser encontrado en la globalidad del trabajo epidemiológico, pero se manifiesta a través de dos características que me interesa destacar.

La primera y que luego retomaré se expresa en que la investigación epidemiológica se maneja con series históricas de corta duración, ignorando en los hechos la mediana y larga duración histórica. La segunda característica refiere a que la epidemiología utiliza como principales variables a aquellas que más fácilmente puede referir a procesos biologizados: sexo y edad. Ello no quiere decir que no utilice variables como localización, ocupación, niveles de ingresos o estratificación, sino que lo que estoy concluyendo es primero que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso y que respecto de las otras existe en la mayoría de los casos sólo una propuesta descriptiva en la cual se pierde el contenido dinámico social de las mismas. Esto ocurre no sólo con la localización, sino que ha ocurrido de varias maneras con la “variable” estratificación social. Así la epidemiología nortamericana usó y todavía utiliza con mayor frecuencia indicadores raciales que indicadores sociales para referirse a estratificación social. Pero además la estratificación social no sólo ha sido la “variable” de menor uso comparativo, sino que cuando se la usa se la reduce a mera posición.

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

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

Ya señalé que la epidemiología trabaja con series históricas de corta duración, se dice que esta modalidad es producto de la desconfianza en la veracidad de los datos y de la necesidad de explicar los procesos actuales y solucionarlos. Sin negar la validez parcial de estas afirmaciones, creo que el trabajo con series

históricas cortas evidencia el dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia; es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales.

La vigencia de este enfoque evita justamente poder verificar la importancia de los procesos no biológicos. Así tanto este rasgo como la ahistoricidad conducen a una epidemiología recurrentemente coyuntural. La ignorancia de las series históricas largas, impide articular los procesos históricos que operan y que no pueden agotarse en la coyuntura por más urgente que esta sea, en su necesidad de encontrar soluciones.

Lo que estoy afirmando puede observarse en las explicaciones epidemiológicas y demográficas dominantes respecto de la tendencia de la mortalidad en América Latina. En la mayoría de los países latinoamericanos la mortalidad general y la mortalidad infantil descendieron en forma acelerada durante las décadas de 1940 y 1950. Las interpretaciones dominantes hallan la causalidad de ese descenso básicamente en la aplicación de tecnología médico-sanitaria. Debe subrayarse que no existen investigaciones epidemiológicas que demuestren esta causalidad, y lo que sí existe es un discurso reiterado que no puede referir sus fuentes documentales, ni menos las investigaciones que avalan dicha conclusión. La carencia de un análisis histórico facilita suponer que fue la eficacia médica la determinante en dicho proceso.

El biologismo, la ahistoricidad hallan su confirmación a través de otro rasgo: la asociabilidad. Debo recordar que al manejarme con el instrumento modelo, el comentario de cada uno de sus rasgos debe ser aceptado en términos pedagógicos, en la medida que es el efecto de la estructura el que da su capacidad explicativa al modelo, y al análisis particular de cada rasgo.

Proponer que uno de los rasgos estructurales del MMH es la asociabilidad puede aparecer como paradójal, en la medida que durante los 60 y los 70 ha habido un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica. Pero no debe confundirse la discusión sobre lo "social" con su incorporación real al aprendizaje y la práctica médicas. Si bien han existido en América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y/o episódica. Inclusive experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde los primeros años de aprendizaje médico se discontinuaron o redujeron el tiempo de dedicación.

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

como equivocación o cambio por parte del médico, sino que fueron transmitidas como error popular. Este es un proceso que considero interminable.

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

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

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

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

Puede ser que mi descripción de los rasgos estructurales aparezca como poco referida a determinadas instancias, por ejemplo a la dimensión económico-política. Quiero informar que el análisis histórico social de la constitución de este modelo, implica describir su constitutividad a través de cuatro dimensiones: económico-político, institucional; teoría, saber y práctica médica e ideológica. Es justamente dicho análisis el que permite observar como determinado proceso médico pueden ser analizados autónomamente, mientras que otros sólo son inteligibles por referencia a las determinaciones "externas".

Quiero volver a reiterar que el MMH tal como lo estoy planteando no corresponde exclusivamente a la práctica clínica curativa, sino también a la práctica epidemiológica y preventivista. Esto lo señalo porque en determinados discursos existe una referencia constante a procesos que según mi análisis no están incorporados estructuralmente a la práctica médica. Una cosa es que el sector salud invoque constantemente la importancia de la medicina preventiva y otra verificar cuáles son los recursos que realmente invierten en este tipo de medicina, comparado sobre todo con lo que invierte en medicina curativa. En México el Sector Salud para 1986 sólo invirtió el 7% de su presupuesto en acciones preventivas siendo esto una constante y no un hecho excepcional.

1.2. El análisis del MMH supone la propuesta de dos submodelos, el corpora-

tivo público y el corporativo privado, que no voy a describir ni analizar ahora. Reconozco para cada submodelo alrededor de diez rasgos estructurales, de los cuales sólo voy a considerar rápidamente dos, porque a través de los mismos puedo hacer algunas reflexiones sobre una problemática de importancia creciente en América Latina y que debe ser analizada en relación con las políticas de AP.

Uno de esos rasgos, común a ambos submodelos, es el de la burocratización. Determinados análisis indican que la burocratización es expresión del crecimiento de la organización, de la división técnica del trabajo, del desarrollo de principios de organización y control, etc., generando en su desarrollo una notable autonomía que tiende a crear sus propias condiciones de racionalidad social. Para determinados autores, la burocratización y su racionalidad expresarían además las tendencias alienantes y cosificantes dominantes en el conjunto de las sociedades complejas actuales.

El análisis de las prácticas burocráticas, y en particular de la médica ha conducido a autores de diversa extracción ideológica a vincular la burocratización con un creciente proceso de irresponsabilidad y no responsabilidad, que en el caso de la práctica analizada se verifica en términos de muertes evitables para algunos y en términos de hegemonía de la productividad para otros.

La problemática de la burocracia y de la irresponsabilidad aparece estrechamente relacionada con la creciente crítica al Estado, y a la necesidad de reducir su expansión y sus funciones. En el sector salud esta crítica ha entrado desde hace años en el terreno de la práctica política, a través de las propuestas de descentralización de servicios. Así medicina estatal, aparece asimilada a centralización, burocracia, irresponsabilidad, ineficiencia, altos costos, etc.... A estos se opondría la descentralización, asimilada a la responsabilidad, la eficacia, la reducción de costos, la delegación de funciones, etc. Debo indicar que a la base de esta última propuesta, la delegación de funciones aparece estrechamente ligada total o parcialmente a la delegación de la responsabilidad social por parte del Estado. Lo cual suele omitirse pese al fenomenal decremento de las inversiones en salud en la mayoría de los países Latinoamericanos.

La crisis sostenida que soporta Latinoamérica, ha sido en parte relacionada con la crisis financiera de un Estado que necesita reducir su gasto y en particular, su gasto social. La opción neoliberal aparece como la opción frente al estado burocrático. Considero que esta forma de plantear el problema se articula con varios de los caracteres del MMH, que justamente asumen la desigualdad social, la responsabilidad individual, la mercantilización directa o indirecta de la enfermedad. La solución está basada en una descentralización que tenderá a repartir aún más desigualmente los costos y las pérdidas, y a basar la potencialidad de mejores condiciones de atención a la enfermedad no sólo en la responsabilidad, sino en las fuerzas económicas y sociales de los conjuntos. Desde esta perspectiva los sectores más débiles de la sociedad deberán asumir sus propios costos con expectativas limitadas en términos generales y radicalmente desiguales en términos comparativos.

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

En un nivel manifiesto las funciones no sólo dominantes, sino aquellas con las cuales casi exclusivamente se autoidentifica el personal de salud son las de curación y prevención. Pero también los conjuntos sociales identifican a la práctica médica casi exclusivamente con estas funciones y sobre todo con la de curar.

La función de mantenimiento sólo ha sido reconocida en los últimos años y su emergencia aparece estrechamente relacionada con los programas de AP. Considero que no hace falta desarrollar el significado de las dos primeras funciones, pero sí aclarar lo que denomino función de mantenimiento.

Como ya señalé previamente, durante las décadas de los 40 y los 50 se generó un fuerte descenso de las tasas de mortalidad en la mayoría de los países latinoamericanos. Durante la década de los 60 se produjo un notorio desaceleramiento de esta tendencia que en algunos países condujo incluso al aumento significativo de las tasas de mortalidad infantil, como fue el caso de México a partir de 1966.

Ahora bien, este proceso fue atribuido a condiciones económicas negativas, a la desigualdad creciente, al incremento de la situación de pobreza y "marginalidad", etc. Y es frente al incremento en la tasa de mortalidad que por lo menos parcialmente se plantean proyectos de extensión de cobertura, que permitan limitar los efectos del sistema dominante. Esto lo analicé para Yucatán, estado mexicano en el cual durante la década de los 70 se generó una notable inversión en medicina curativa a través de un crecimiento espectacular de la oferta de servicios estatales de salud.

Durante la década del 70 asistimos al desarrollo de la crisis más profunda y prolongada desde la crisis de 1929-32. Y es justamente durante esta década y la siguiente que se generan algunas experiencias que permiten entender la función de mantenimiento. Así por ejemplo, en el estado más rico de Brasil —Sao Paulo— y pese al notable crecimiento económico procesado en los 60 y primeros años de los 70 se dio un aumento notable de las tasas de mortalidad infantil. Ulteriormente este estado aplicó medidas de AP que redujeron significativamente dichas tasas, pese a que durante estos años hubo recesión económica.

El caso chileno es aún más provocativo; el régimen de Pinochet que basó su acción en medidas económicas liberales respaldadas por una dictadura política, aplicó sin embargo sistemáticamente la mayoría de las medidas básicas de AP reduciendo espectacularmente las tasas de mortalidad infantil y colocando a Chile como tercer país con más bajas tasas de mortalidad infantil, luego de Cuba y Costa Rica.

La práctica médica puede ser usada, en forma aparentemente incongruente con las líneas políticas dominantes en un país. Pero si dicha práctica puede ser

eficaz y sobre todo barata, como ocurre con las medidas de AP, dicha congruencia es resuelta a través de la utilización y apropiación política.

El sector salud puede contribuir a mantener situaciones de vida con una baja inversión, que puede contradecirse con el proceso de explotación vigente. Pero la práctica médica puede tener otra modalidad de mantenimiento, la cual ha operado en casi todos los países de América Latina. Me estoy refiriendo a una actividad que los argentinos conocemos muy bien: el *mantenimiento* del torturado para que siga hablando, o puede hablar o pueda ser usado con otras significaciones.

En función de este análisis es secundario que en el primer caso opere gran parte del sector salud y en el segundo sólo unos pocos médicos. Lo determinante es el cumplimiento institucionalizado de estas funciones.

Las funciones enumeradas en los tipos b y c se desarrollan a través de actividades curativas y preventivas. Más aun es este proceso el que permite que la práctica médica las lleve a cabo, dado que no aparecen manifiestamente como funciones de control o de normatización, sino como actos técnicos curativos. Es esta opacidad y no conciencia la que facilita su reproducción ideológica a través de la práctica y saber médico.

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

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

El tercer tipo de funciones refiere a uno de los campos más investigados, el de la industria de la salud y de la enfermedad. Estas son "industrias" de notable dinámica económica, que además han generado una demanda de mano de obra comparativamente alta. Si en los países capitalistas centrales es el sector servicios el que construye más puestos de trabajo, dentro de este sector en un país como los EE.UU., el sector salud constituye la segunda área de mayor creación de puestos laborales.

Esta aseveración puede aparecer conflictiva para varios países de América Latina y en particular para Argentina, ya que existe una creciente desocupación médica. Pero la desocupación y subocupación médica no niega lo anterior —por lo menos en términos comparados—, sino que lo que exige es una discusión teórica sobre las condiciones e implicancias del crecimiento desocupacional, pese a la dinámica del crecimiento comparativo de puestos de trabajo.

Este es un punto particularmente importante para el análisis de las estrategias

de AP, en la medida que como sabemos la mayoría de las mismas pueden ser llevadas a cabo eficientemente con un mínimo de intervención médica. El preventivismo y en particular la AP, sobre todo cuando el perfil epidemiológico está dominado por padecimientos infecciosos y parasitarios, requieren de una cuota de personal relativamente reducida en cuanto a su complejidad técnico-profesional.

3. El MMH comienza a ser cuestionado en la década de los 60, crítica que alcanza su máxima expresión en la década de los 70.

Las críticas al modelo surgieron inicialmente en los países capitalistas centrales, y luego fueron asumidas por países dependientes. Dichas críticas evidenciaron toda una serie de procesos negativos, que ordenaré en dos apartados. El primero, en el cual se enumeran los cuestionamientos emergidos en los países centrales; y, segundo, que refiere en particular a la situación de los países dependientes.

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

- a) aumento del costo de la atención de la enfermedad, lo cual debe ser relacionado con el intento de reordenamiento financiero de los gobiernos conservadores y que intenta intervenir reduciendo en lo posible el financiamiento de seguridad social.
- b) aumento constante del consumo de fármacos, en particular de sustancias que pueden ser nocivas para la salud. La carencia de una vigilancia técnica realmente eficaz, que no sólo evidencie las limitaciones del "poder médico" respecto de la dinámica industrial, aún en los países de alto nivel de desarrollo, sino también la incidencia de los medicamentos en el gasto público. Esto aparece como una creciente amenaza para el equilibrio de los presupuestos nacionales. En algunos países centrales el consumo llegó a representar cerca del 10% del PBI en los años 70.
- c) incremento de la "intervención médica" en los comportamientos sociales. La normatización de determinadas prácticas: extirpación de amígdalas en los 30 y 40, cesareas desde los 60, impulso al consumo de leches maternas desde los 50, construcción de nuevos padecimientos como la hiperquinesia infantil desde los 50, etc., expresan el incremento de las funciones de control, normatización y económico-ocupacionales;
- d) incremento de la iatrogenia negativa;
- e) cambios del perfil epidemiológico, el cual evidencia la eficacia limitada de la práctica médica y la importancia creciente de las funciones "secundarias";
- f) el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma;
- g) el "redescubrimiento" de que el sector sanitarista es primordialmente curativo;
- h) el reconocimiento de los denominados "productores de enfermedad", localizados en la industria de alimentos, industria tabacalera, industria alcoholera,

industria químico-farmacéutica, etc., y la subordinación política del sector salud a dicha industria de la enfermedad;

- i) el reconocimiento, primero localizado en la acción psiquiátrico-psicológica y luego en la práctica médica general, de que junto a las actividades intencionales curativo-preventivas se desarrollan actividades de control social e ideológico.
- j) el descubrimiento de que pese al descenso de las tasas de mortalidad, y al incremento de la esperanza de vida, se ha generado un notorio estancamiento y en algunos casos incremento de la mortalidad en varones en edad productiva;
- k) el descubrimiento del mantenimiento de una desigualdad en los países con medicina socializada. Prácticamente la totalidad de la investigación epidemiológica que maneja criterios de estratificación social verifica que los estratos más bajos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad;
- l) en los 70 se evidencian las limitaciones o directamente fracaso de la intervención médica y psicológico-psiquiátrica, respecto de los principales problemas de "salud mental": alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidio, homicidio, etcétera.

En los países de capitalismo periférico se ha planteado también la existencia de crisis de este modelo, pero no con el énfasis investigativo de los países centrales. Entre nosotros la crítica fue también más tardía —década de los 70— y la misma reitera problemáticas ya puestas en evidencia previamente, así como incorpora otras consideradas secundariamente a nivel central.

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

- a) el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad en la década de los 60;
- b) la fuerte incidencia de muertes "evitables" en los 60;
- c) el mantenimiento y en algunos contextos el incremento del problema del hombre articulado con la reducción en la lactancia materna, previamente inducida por el sector salud;
- d) luego de casi dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de fines de la década de los 70;
- e) continuo incremento de la mortalidad por accidentes, que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte;
- f) mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidio que colocan a América Latina en un lugar comparativamente destacado dada la notable incidencia de la misma, sobre todo en jóvenes y adultos menores de 35 años;
- g) incremento continuo de la drogadicción. Lo mismo puede decirse sobre alcoholismo, con el agravante de que éste directa o indirectamente constituye una de las causales de muerte de mayor incremento;
- h) incremento de viejos problemas que aumentan su virulencia, en particular tuberculosis pulmonar y venereas;

- i) crisis de financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social, cuyas expresiones más notorias son Costa Rica y Uruguay. El pronóstico es de que dicha crisis se agravará;
- j) el agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad. Los sistemas de drenaje, de aprovisionamiento de agua potable, de control de basuras y de contaminación se deterioran, colocando a varias ciudades de Latinoamérica entre aquellas con mayores posibilidades de “colapso urbano”.

3.1. La crítica al MMH y el señalamiento y análisis de la crisis provino de diferentes orientaciones teórico-ideológicas. No todas estas orientaciones plantearon la crisis como estructural, sino que algunas desarrollaron su análisis a partir de la recuperación modificada del MMH.

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

- a) las que han sido generadas desde dentro del propio MMH, y que buscan modificar la orientación hegemónica impulsando las prácticas preventivistas. La OMS y la UNICEF durante la década de los 70 y 80 son la expresión más significativa de esta orientación y son estas organizaciones las que han impulsado a nivel internacional las estrategias de AP;
- b) desde posiciones expresamente “anticientíficas” se generó una crítica radical, aunque reaccionaria hacia el MMH. Este aparece como una de las máximas expresiones de la racionalidad tecnológica impuesta al mundo por la sociedad occidental y que necesita ser superada. En su crítica al MMH esta orientación ha recuperado la “pobreza” de la medicina popular y ha impulsado parcialmente experiencias de AP;
- c) desde una perspectiva económica neoliberal se ha desarrollado una de las críticas de mayor éxito en términos políticos e ideológicos. Partiendo de indicadores como la ineficiencia y el aumento constante de los costos, ha propuesto una revisión en términos costo/beneficio de la orientación del MMH. Su eje no lo constituye la hegemonía de lo curativo, o la irracionalidad tecnológica, sino el derroche, la irresponsabilidad y sobre todo la necesidad de privatizar al estado;
- d) desde una perspectiva radical se han desarrollado cuestionamientos teóricos y experiencias “alternativas” que se han movido en un amplio espectro que va desde lo económico-político hasta lo cultural. Sus propuestas responden a una gama de posibilidades que van desde el reforzamiento de una AP en manos del estado hasta las experiencias más radicalmente autogestionarias.

Por razones de muy diversa orientación teórica y política, la AP aparece a todas estas tendencias como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del MMH. Ello aparece así entre otras cosas, porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta del sector salud organizado, para enfrentar su crisis tanto de eficacia, como en términos de gasto público.

4. Lo propuesto hasta ahora en forma intencionalmente esquemática, constituye el contexto necesario dentro del cual analizar el desarrollo de las estrategias de AP, en una triple relación: el sector salud, los profesionales médicos y los conjuntos sociales estratificados.

Durante la década de los 60, como ya lo señalé, se descubre que la caída de la tasa de mortalidad general, se desacelera en la mayoría de los países de América Latina, pese al incremento en el costo de la atención a la enfermedad. En los 70 ésto se correlaciona primero con el mantenimiento de la situación de subdesarrollo dependiente y segundo, con el desarrollo de una prolongada y profunda crisis económica que afecta negativamente los niveles de vida de los conjuntos subalternos. Pese a la tendencia decreciente en las tasas de mortalidad de los países dependientes, se observa no obstante que la esperanza de vida de los países de alto desarrollo capitalista duplica y hasta triplica la de algunos países africanos y asiáticos. Por otra parte, el MMH se sigue identificando con una medicina de alta complejidad, basada en la curación y donde el segundo y tercer nivel son cada vez más sofisticados y costosos y se corresponden con el nuevo perfil epidemiológico dominante en los países centrales.

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

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

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

El éxito de esos programas está basado en el trabajo comunitario y en la supervisión médica constantes, así como en el desarrollo de la tecnología sanitaria simple que puede ser comprendida y usada con autonomía por la comunidad. Múltiples investigaciones han evidenciado el aprendizaje y correcto uso de estas estrategias por parte de los conjuntos sociales. Por razones de mercado, la indus-

tria químico-farmacéutica ha diseñado productos cada vez más sencillos para favorecer la autoadministración y por supuesto, la reproducción ampliada del capital.

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

La otra trayectoria desarrolla un enfoque preventivista respecto de las patologías que más afectan la mortalidad en los países dependientes. Sus principales acciones son de AP, incluido el sancamiento del medio ambiente y se considera que el eje de dichas actividades debiera ser la comunidad. Esta es una "medicina" barata, simple y eficaz respecto de esas patologías y en la cual el médico no se reconoce como ejerciendo la complejidad de su saber técnico. La posibilidad de solución aparece depositada más en las prácticas sociales que en un saber diferenciado.

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

La AP, y ya lo hemos analizado en varios trabajos (Menéndez 1982, 1985 a 1986, 1987), debe estar basada en el grupo familiar y la comunidad y debe constituir formalmente —como de hecho lo constituye— el primer nivel de atención. La práctica médica debiera operar como segundo y tercer nivel de atención.

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

Es respecto de estos hechos que deben ser analizados fenómenos, que si bien ocurren y adquieren carácter de gravedad, no pueden ser desprendidos de los objetivos básicos que deben plantearse respecto de las relaciones MMH/Sociedad.

Si en la década de los 60 varios de nosotros cuestionábamos la medicalización y psiquiatrización-psicologización crecientes de la sociedad, resulta paradójico e incongruente que ahora asumamos como correctas o por lo menos necesarias a las mismas, en función de la creciente desocupación de médicos y de psicólogos.

Argumentos como los de que la AP favorece la irresponsabilidad económica y política del Estado respecto de las clases subalternas resulta incoherente, a menos que se haga exclusivamente desde una perspectiva desocupacional. El énfasis en la AP no supone para mí, disminuir la responsabilidad social del Estado, sino por el contrario, supone la posibilidad de constituir alternativas que puedan demandar al Estado medios "administrados" por los propios conjuntos sociales.

#### BIBLIOGRAFIA CITADA

Menéndez, E.L.

1978: "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en F. Basaglia et al: La salud de los trabajadores. Edit. Nueva Imagen: 11-53, México.

1979: Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. Edit. Nueva Imagen, México.

1981: Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. Ediciones de la Casa Chata, México.

1982: "Automedicación, producción social y terapéutica" en E.L. Menéndez: "Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular". Cuaderno Nº 57 de la Casa Chata: 4-52, México.

1983: Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. Cuaderno Nº 86 de la Casa Chata, México.

1985 a): "Centralización o autonomía". La "nueva" política del sector salud" en Boletín de Antropología Americana Nº 10:85-95, México.

1985 b): "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", en Cuadernos Médicos Sociales Nº 33: 3-34, Rosario.

1985 c): "Saber Médico y saber popular: el MMH y su función ideológica en el proceso de alcoholización" en Estudios Sociológicos Nº 8:263-96, 1985.

1986: "Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria a la salud" en Ciencia Técnica: Primer Taller de Investigación en Ciencias Sociales, Salud: 87-96, Buenos Aires.

1987 a): "Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención" en CIESS.: El futuro de la medicina tradicional: 37-62, México.

1987 b): "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo", en G. Aguirre Belrán et al: Medicina tradicional y Atención Primaria. Cuaderno 159 de la Casa Chata: 19-58, México.

1988: Alcoholismo y Política. La determinación económica del sector salud. Mx.