

Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural

Eduardo L. Menéndez

Hegemonic medical model: Cultural and technical considerations. MENENDEZ E

Keywords: Allopathic medicine, Biologism, Sociology

English Abstract: Since the sixties, there is a constant criticism against the hegemonical model of biomedicine. The growing problem of side effects, budget and expenses on disease assistance instead of prevention is the same in capitalist countries than in socialist countries. Criticizers propose acupuncture, herbal remedies or ethnic medicine as valid systems in medicine. Several biologists refuse it as non scientific, but other ones recognize this deficiencies. Medical practice is also a reproduction of other social patterns. Biologism is useful in many problems, but its dominant position excludes frequently other applications that can be more useful than the official ones.

Desde la década de los sesenta y en particular desde los setenta, se desarrolla una crítica constante a la biomedicina (Nota 1). Se señala que la organización de la medicina alopática y sobre todo ciertas características, tienen consecuencias negativas en diferentes aspectos que van desde la propia salud del sujeto (incremento de la iatrogenia negativa), hasta su incidencia en la economía política (continuo incremento del gasto en salud asistencial), pasando por la medicalización de cada vez más aspectos de la vida cotidiana (desde el parto hasta la forma de morir).

Dichas críticas refieren a la práctica biomédica desarrollada no sólo en los países capitalistas de mayor nivel de desarrollo, sino también respecto de los países de socialismo real (o lo que queda de los mismos) y de los países capitalistas caracterizados por el dominio de las condiciones de pobreza, incluida la pobreza extrema. En este artículo nos limitaremos a analizar algunos procesos que operan en los países de mayor desarrollo capitalista.

Las críticas fueron y son formuladas por un amplio espectro de actores y sectores sociales. Científicos sociales, médicos salubristas, miembros de grupos étnicos, corrientes pertenecientes al campo feminista, al campo lésbico y homosexual, al campo de la salud mental, sectores de usuarios de los servicios de salud, etc., cuestionan diferentes aspectos del ejercicio médico

actual. Dichas críticas no son unívocas, dado que mientras unos grupos subrayan el efecto negativo de las concepciones ideológico/técnicas dominantes, sus implicaciones económicas o el tipo de actividades aplicadas, otros hacen hincapié en la exclusión de otras ideologías/prácticas curativas, el dominio de una actividad básicamente asistencial o su función de normatividad social. No obstante, hay una convergencia crítica, que hace emerger a la biomedicina como una institución que expresaría aspectos negativos o por lo menos conflictivos no sólo de sí misma sino de la estructura social e ideológica dentro de la cual opera la medicina alopática y los sectores que la cuestionan (Nota 2).

Las críticas generalmente han sido acompañadas de propuestas que expresan la diversidad de los actores que las formulan. Mientras unas enumeran modificaciones más o menos sustantivas pero que se realizarían dentro del campo biomédico (inclusión de la acupuntura, pero realizada/supervisada por médicos o paramédicos), otras buscan una complementariedad de enfoques (rehabilitación de la figura de la comadrona o de la herbolaria) y otras proponen un cambio radical que supone inclusive el desplazamiento de la biomedicina como institución hegemónica (reemplazo por medicinas étnicas). Subrayo esto para asumir que la crítica al Modelo Médico Hegemónico no implica el desarrollo de propuestas

homogéneas, sino la existencia de un amplio espectro al interior del cual existen no sólo complementaciones sino diferencias y antagonismos.

Biomedicina: las defensas y las críticas

Frente a estas críticas, la biomedicina reaccionó a través de toda una gama de expresiones de las cuales sólo recuperamos las más significativas. Un sector rechazó el cuestionamiento por considerarlo incorrecto, producto de concepciones no científicas, y realizada por sectores que ignoraban y/o no entendían el aporte real de la biomedicina. Otro sector reconoció la validez de algunas críticas como las referidas al incremento de determinado tipo de intervenciones innecesarias (estandarización de la cesárea), o el uso indiscriminado de fármacos, pero concluyendo que los aportes eran más valiosos que los aspectos negativos. Ambos sectores señalaban que el descenso de la mortalidad, el incremento en la esperanza de vida, la atención del dolor y el sufrimiento físico son producto, por lo menos parcial, de la expansión de la medicina alopática.

Desde dentro del campo médico un grupo minoritario, generalmente salubristas, reconoce que la biomedicina se caracteriza por un dominio creciente de lo asistencial, la continua secundarización de las actividades preventivas, el

permanente incremento de costos dada la hegemonía curativa, etc., pero señalan que este proceso es transitorio, que no debe ser asumido como no modificable. Concluyen que el dominio de una concepción biológica de la enfermedad, la actual situación de exclusión de la palabra del paciente, el tipo de relación institución médico/paciente o la escasa inversión preventiva deben ser observados como hechos transitorios que se modificarán en la medida que se modifiquen las relaciones biomedicina/proceso salud-enfermedad/sociedad civil.

Correlativamente con esta última propuesta varios autores señalan que la medicina alopática no debe ser observada como un bloque ya que tanto la situación actual como el proceso histórico evidencian la existencia de diferentes concepciones médicas, de la presencia de fuertes orientaciones nacionales, de tensiones ideológico/prácticas entre algunas de ellas, del expreso rechazo a algunas de las características y funciones de la medicina alopática dominante. Así la Atención Primaria Integral, la persistencia de la balneoterapia, la inclusión de la acupuntura o determinadas concepciones psicoterapéuticas expresarían dicha diversidad y cuestionamiento desde el interior de la biomedicina.

Todas estas corrientes, que asumen diferente grado de autocrítica, sin embargo están acordes en señalar que la biomedicina ha sido hasta ahora la medicina más eficaz comparada con cualquier otro tipo de sistema médico. Desde su perspectiva, las inmunizaciones, las sulfamidas, los antibióticos, fármacos como la insulina o determinados ansiolíticos tienen una capacidad de cura o de control del padecimiento que la diferencia radical y positivamente de cualquier otro sistema de intervención médica.

Esta autodefensa de la biomedicina contiene elementos correctos e incorrectos, lo cual también opera dentro del espectro de análisis críticos. En esta discusión ha dominado una suerte de maniqueísmo que limita la comprensión del fenómeno; así por ejemplo, frente a lo concluido por la biomedicina una parte de los críticos niegan que aquella haya sido significativa en el abatimiento de los daños a la salud (Nota 3) y niegan también la existencia de una diversidad de enfoques. Respecto del primer

Desde dentro del campo médico, un grupo minoritario, generalmente salubristas, acepta que la biomedicina se caracteriza por un dominio creciente de lo asistencial

aspecto, atribuyen el abatimiento de los daños a modificaciones en aspectos económico-políticos, sanitarios y culturales operados a nivel de la sociedad global, y respecto del segundo subrayan la tendencia a la homogeneización de la profesión médica en torno a determinados caracteres dominantes, que conduce a eliminar o secundarizar orientaciones que históricamente tuvieron importancia y que presentaban rasgos diferenciales dentro de la propia medicina alopática (Nota 4).

Señalada esta divergencia de evaluaciones, observaremos sucesivamente algunos aspectos críticos y no críticos referidos a la medicina alopática. Los primeros han descrito y analizado el desarrollo de toda una serie de características que favorecen la producción de aspectos negativos en las intervenciones médicas. Dichas características suponen no sólo la constitución de una determinada epistemología médica, sino también una determinada concepción ideológico-cultural que se expresa tanto a nivel de las representaciones técnicas como de sus prácticas.

Las principales características estructurales de la medicina alopática actual son: a) el biologismo; b) una concepción evolucionista, dualista (mente/cuerpo), mecanicista, positivista del individuo y de la enfermedad; c) se centra en lo patológico; d) a-historicidad; e) a-sociabilidad; f) individualismo; g) exclusión de la subjetividad del individuo; h) hegemonía de lo clínico/asistencial/curativo; i) eficacia pragmática; j) la salud/enfermedad/atención como mercancía (en términos directos y/o indirectos); k) concepción de la enfermedad

como ruptura, desviación, diferencia; l) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; m) relación médico/paciente asimétrica; n) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); o) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; ñ) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva del paciente como "consumidor de acciones de salud"; p) producción de representaciones y prácticas técnicas que tienden a excluir al paciente del saber médico; q) dominio de actividades de prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otras concepciones y prácticas médicas; u) tendencia a medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana; v) tendencia a la escisión entre teoría y práctica médica; w) dominio de una orientación a la acción/intervención (Menéndez 1990).

El desarrollo de la medicina corporativa tanto a nivel oficial como privado ha conducido a generar otros rasgos estructurales que si bien están presentes en las formas previas, adquieren una significación cada vez mayor en la actualidad. Dichos rasgos son los siguientes: estructuración jerarquizada de las relaciones técnico-profesionales internas y externas a nivel de las instituciones, tendencia a la centralización y planificación, burocratización, disminución de la responsabilidad, dominio excluyente de los criterios de productividad, profundización de la división técnica del trabajo médico y paramédico, creciente subordinación de las actividades de éstos a controles técnicos y mecánicos, incremento de actitudes profesionales "no éticas" y creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación.

Estas características se expresan en el dominio de determinadas formas de atención y en la exclusión de otras formas de intervención, y ésto más allá de los contenidos del propio discurso médico. Así es posible constatar que una parte del saber médico ha reconocido el continuo proceso de exclusión

de la palabra que domina la actual práctica médica; el paso del dominio del síntoma al dominio del signo en la relación médico/paciente se ha traducido en la reducción y pérdida de significación no sólo de la palabra del paciente, sino también de la palabra del médico (Reiser 1990). Si bien este proceso es reconocido y denunciado como negativo, el mismo tiende a imponerse. Una expresión de esta situación la tenemos en la continua reducción del tiempo de consulta en el primer nivel de atención de las instituciones oficiales de salud.

El ejemplo indicado no es excepcional, por el contrario algunas de las principales políticas y actividades del Aparato Médico Sanitario evidencian este proceso de reconocimiento en el discurso y de desconocimiento en la práctica, de por lo menos algunas consecuencias negativas de las características enumeradas. Así en el caso de la Atención Primaria podemos observar que en casi todos los contextos ha sido asumida como política central del Sector Salud, pero que en prácticamente todos los contextos la Atención Primaria ha sido reducida a Atención Primaria Médica (ver Menéndez 1993).

Además de estas características, el Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por cumplir una serie de funciones: a) curativas, preventivas y de mantenimiento; b) control, normatización, medicalización y legitimación; y c) económico-ocupacionales. Todas estas funciones se realizan a través de actividades técnicas específicas, pero que potencialmente tienden a reproducir el sistema dominante. La significación de estas funciones está justamente en que se realizan a través de aspectos técnicos y profesionales que incluyen intrínsecamente dichos procesos reproductivos como parte de las actividades de la vida cotidiana. Los mismos operan por otra parte tanto a nivel macro como microsocioal; más aun operan estructurando las relaciones entre dichos niveles, así como entre diferentes dimensiones de la realidad (económico/políticas y culturales), y dicha forma de intervenir le da una fuerza reproductiva que sólo opera en muy pocos procesos constitutivos de una sociedad. De ahí la significación de este campo como eje de la reproducción de los sistemas sociales (Nota 5).

Una parte del saber médico reconoce el continuo proceso de exclusión de la palabra que domina la actual práctica médica

Las características y funciones señaladas tienden a orientar un tipo de intervenciones que al movilizar determinadas explicaciones y acciones pueden producir soluciones eficaces, pero también generar consecuencias negativas o cuya supuesta positividad dependerá de la interpretación de sus consecuencias. Así las concepciones biológicas o el dominio de lo asistencial pueden ser eficaces para determinados problemas, pero no obstante pueden llegar a excluir explicaciones y aplicaciones que pueden ser más eficaces y menos negativas respecto de aspectos sustantivos de la mortalidad y morbilidad dominantes. En la práctica el peso de lo biológico ha excluido o secundarizado la inclusión de factores económico-políticos y/o culturales y ha excluido o reducido el uso de prácticas como la herbolaria o la aplicación de determinadas estrategias preventivas estructurales.

Respecto de estos y otros cuestionamientos, la biomedicina ha desarrollado análisis respecto de las tendencias de la morbimortalidad para rebatir a sus críticos. En algunos de dichos análisis se han recuperado algunos hechos significativos que los que la cuestionan olvidan incluir o analizan en forma distinta. A manera de ejemplificación sólo comentaremos dos aspectos. El primero nos recuerda que fueron y son las sociedades donde menos está expandida la medicina alopática, y donde dominan las "otras" medicinas las que tienen las más altas tasas de mortalidad general, de mortalidad infantil y de mortalidad materna; son las que además tendrían los mayores porcentajes de "muertes evitables".

Un segundo aspecto es el referido a las funciones, ya que señalan que las funciones que cumple la biomedicina son también cumplidas por los otros sistemas médicos. En las otras medici-

nas no sólo se realizarían las mismas funciones, sino que algunas estarían aún más desarrolladas que en la biomedicina. Así por ejemplo las funciones de control estarían más desarrolladas en aquellas sociedades donde domina la brujería como institución. La medicalización alcanzaría su máxima expresión en sociedades como la "huichol" (Nota 6) donde históricamente existió un curador popular por cada diez personas.

Padecer y curar como procesos históricos y relaciones

La actual hegemonía de la biomedicina, las críticas a la misma y el desarrollo creciente de las denominadas medicinas alternativas deben ser analizados como procesos cambiantes, modificables y relacionables y no como hechos fijos y estructurados posicionalmente. Debe asumirse que el proceso salud/enfermedad/atención se caracteriza por su transformación y no por su inmovilidad, y ésto no sólo referido a la medicina denominada "científica" sino en particular a las denominadas medicinas populares, tradicionales y/o etnográficas.

Desde nuestra perspectiva lo característico es el cambio, la diferenciación, la modificación a partir del tipo de relaciones organizadas en una situación dada. En algunos autores y sectores domina una interpretación según la cual las actividades médicas y en especial las "tradicionales" no se modifican, o lo hacen muy lentamente o sólo lo hacen disruptiva y negativamente por contaminación con la medicina hegemónica, en nuestro caso la biomedicina. Dicha interpretación no refiere a los procesos históricos que operan en la realidad; más bien expresan propuestas ideológicas que poco tienen que ver con el desarrollo del saber médico tradicional. Lo popular y tradicional se caracterizan por su transformación y no por su permanencia; la no transformación en condiciones de subalternidad conduce a su eliminación y no a su reproducción. Dado que todo saber médico popular/tradicional opera en relaciones de hegemonía/subalternidad (Nota 7), su desarrollo se basa en la construcción de relaciones transaccionales que posibiliten su reproducción. Es este proceso

el que conduce por otra parte a favorecer la diferenciación.

Hasta fechas recientes un tipo de investigación y/o reflexión caracterizados por la búsqueda de la uniformidad y de lo tradicional como inmutable, no dió cuenta de lo que cada vez aparece como una constante en los trabajos etnográficos sobre medicina popular y tradicional. Así por ejemplo en el caso de las categorías interpretativas/curativo-preventivas que refieren a lo frío y lo caliente se observa que las mismas no aparecen estructuradas en torno a los mismos objetos y sujetos, que la categorización varía no sólo en el tiempo, sino de localidad a localidad dentro de un mismo grupo étnico, y que además puede variar según la situación. Más aún la adecuación a determinados objetivos conduce a generar mezclas de frío y caliente (ver Mendoza 1994, Reyes 1995). La búsqueda ideologizada de la homogeneidad orientó la obtención de datos que favorecían la "verificación" de un sistema frío/caliente sumamente estructurado y unívoco, sin poder dar cuenta de los procesos de transformación.

Los sistemas médicos se modifican, por supuesto que a velocidades e intensidades diferentes, y dichas modificaciones operan dentro de procesos relacionales en los cuales los sujetos y grupos establecen transacciones. La dinámica transformacional implica la generación de procesos transaccionales, una parte de los cuales se da en relaciones de hegemonía/subalternidad.

El tercer elemento a proponer es que todo sistema médico y no sólo los sistemas etnográficos o populares o no "occidentales" forman parte de sistemas socioculturales. Debe asumirse que no sólo las relaciones médico-pacientes, las costumbres médicas ocupacionales o las reglas institucionales evidencian la presencia de normas sociales, sino que las actividades técnicas y científicas también refieren a sistemas socioculturales dentro de los cuales establecen su marco de representaciones y de prácticas.

Debe asumirse en toda su significación que características del MMH como a-historicidad, a-sociabilidad, división cuerpo/mente, exclusión del sujeto, etc.; constituyen parte de un sistema médico específico, pero que refiere a un sistema

La significación de la enfermedad y de la cura son parte sustantiva del equipo básico de toda sociedad no sólo para interpretar sino para asegurar la reproducción biosocial

cultural y económico-político más amplio que incluye el saber médico (ver Comarof 1978, Fitzpatrick 1990, Young 1976, Menéndez y Di Pardo 1995). Al respecto debe subrayarse que hay una interesante coincidencia entre sectores biomédicos y críticos de la biomedicina; me refiero a la negación de ambos a reconocer que la biomedicina es parte de un sistema sociocultural. En los primeros opera una explicación de tipo "cientificista" preocupada por establecer un "corte" con toda aquella dimensión que afecte su autoconcepción como saber científico, y en los segundos una interpretación de tipo frecuentemente etnicista que polariza la relación cultura/ciencia (la cultura como verdad).

Debemos aclarar que nuestro marco referencial incluye como parte sustantiva del sistema sociocultural a la dimensión económico-política, es decir que cuestiona aquellas propuestas que colocan la descripción e interpretación casi exclusiva y excluyentemente en la dimensión cultural o reducen el quehacer humano a una dimensión simbólica que en los hechos tiende a secundarizar y/o a eliminar la significación de los procesos económico-políticos y por supuesto también los biológicos (Nota 8).

Un último elemento a proponer y que está estrechamente relacionado con el anterior establece que el proceso salud/enfermedad/atención en cualquier sociedad (y no sólo en las tradicionales) constituye una de las áreas donde los conjuntos sociales producen una mayor cantidad de representaciones y prácticas socioculturales. Debe reconocerse que en torno a la enfermedad, a

la muerte, al dolor, a la pena..., las sociedades construyen estigmatizaciones, mecanismos de control, ritos de aflicción, identidades grupales, etc., a través de las cuales se relacionan, interpretan y viven (mueren).

Las sociedades necesitan construir representaciones y prácticas respecto de la pérdida del alma y de la expansión del sida, respecto de la peste negra y de la drogadicción, respecto del mal de ojo y del cáncer. La significación de la enfermedad y de la cura son parte sustantiva del equipo básico de toda sociedad no sólo para interpretar sino para asegurar la reproducción biosocial. Este proceso opera también respecto de la biomedicina; más aun los conjuntos sociales establecen relaciones entre ésta y otros sistemas médicos, en condiciones que pueden ser cuestionados por el saber biomédico, pero que expresa las estrategias de vida de los grupos, por supuesto de los diversos grupos en su relación/apropiación con el saber médico.

En consecuencia proponemos que la situación actual de la biomedicina y su relación con las tendencias que la cuestionan y/o aparecen como complementarias, debe ser pensada en términos relacionales y transformacionales y debe ser referida a las diferentes dimensiones donde podemos observar las condiciones de su constitutividad actual. Varias son esas dimensiones, y en función del espacio de que disponemos sólo comentaremos algunas.

Cambios epidemiológicos y modificaciones biomédicas

La situación epidemiológica de los países de alto nivel de desarrollo capitalista se caracteriza porque la mortalidad, salvo en edades avanzadas, se ha convertido en un episodio "raro" (Nota 9). En estas sociedades la morbimortalidad se expresa por el dominio de tres conjuntos de padecimientos: las enfermedades crónico-degenerativas, las invalideces producto de accidentes y otras violencias y el desarrollo de las "dependencias" (Nota 10). Esta situación se complica por el desarrollo de síndromes de escasa especificidad, con sintomatología difusa y confundible, y por la detección de nuevas formas graves en

padecimientos que antes aparecían como secundarios o leves (Nota 11).

Ahora bien, una parte creciente de estos padecimientos no son curables, sino sólo controlables. Este hecho debe ser relacionado con la posibilidad actual de detectar las enfermedades a edades cada vez más tempranas, así como con el hecho de que los accidentes y otras violencias operan sobre todo en niños, adolescentes y jóvenes. Es decir que estamos asistiendo a la constitución de una sociedad que está produciendo un nuevo tipo de sujeto en términos masivos: una persona que estará enferma durante la mayor parte de su vida, y que necesitará controlar dicho padecimiento para poder asegurar una mayor esperanza de vida. La enfermedad controlada/autocontrolada emerge como un hecho normalizado en la sociedad actual. Y de seguir la tendencia, este tipo de población se convertirá en mayoritaria.

Debe subrayarse que para convivir con dicho padecimiento el sujeto debe conocer y saber aplicar una serie de prácticas que posibiliten no solo su vida sino la calidad de la misma. Estos y otros hechos han dado lugar al desarrollo de lo que se denomina el "paciente bien informado", es decir un sujeto enfermo que construye no sólo un saber técnico sino que lo refiere a su propia experiencia de enfermedad (Donovan y Blake 1992). Es este tipo de sujeto el que no sólo puede cuestionar a la biomedicina, o discutir con un médico la racionalidad de la aplicación de un tratamiento, sino también el que incluye otra serie de prácticas y explicaciones que son referidas a su propia experiencia de enfermedad (Nota 12).

La biomedicina actual se caracteriza por un quantum de eficacia y de iatrogenia (Nota 13) y también por su limitada capacidad curativa. No debe desconocerse que desde la década de los sesenta y en forma creciente desde los setenta, determinados sectores biomédicos subrayan la importancia del estilo de vida en la producción y desarrollo de la mayoría de las causas del perfil epidemiológico dominante, y que otros sectores comienzan a impulsar las actividades de autocuidado, los grupos de autoayuda, los soportes y las redes

Estamos asistiendo a la constitución de una sociedad que está produciendo un nuevo tipo de sujeto en términos masivos: una persona que estará enferma durante la mayor parte de su vida

sociales y familiares, el uso de los propios recursos para enfrentar a los padecimientos (coping).

Parte de estas propuestas deben ser articuladas con las prácticas impulsadas por sectores sociales que recuperan el uso de saberes marginados por la biomedicina. El fomento del autocuidado por el movimiento feminista y por otros movimientos urbanos, la recuperación de toda una variedad de técnicas de relajación, el desarrollo de estrategias cuya unidad son microgrupos, la recuperación de prácticas naturistas, etc., forman parte del proceso de cuestionamiento operado en la sociedad civil respecto de la biomedicina, pero también dentro del propio campo médico.

Por supuesto que estas propuestas fueron apropiadas en diferente forma por los médicos y por los diferentes sectores de la sociedad civil, pero lo que quiero subrayar es que el análisis de este proceso no debe ser realizado en términos de antagonismos "paralelos", sino en términos de procesos transaccionales que suponen la potencial transformación de las partes, dentro de ejercicios de poder que buscan asegurar no sólo la hegemonía sino la orientación dominante. El desarrollo de la herbolaria, si bien surgido de propuestas biomédicas alternativas y de sectores de la sociedad civil críticos de la orientación dominante en biomedicina, no puede en la actualidad ignorar que la masa crítica de investigación herbolaria la realiza la industria químico/farmacéutica, entre otras cosas para producir "sustancias naturales" dada la creciente demanda de las mismas. La revisión de la trayec-

toria de la estrategia de autoatención no puede desconocer que una cosa son las propuestas de autocuidado desarrolladas por la Atención Primaria Médica, otra las realizadas por las propuestas autogestivas y otra las desarrolladas estructuralmente por los grupos domésticos (Menéndez 1993).

Las fuerzas económico-políticas favorecen el desarrollo de las medicinas en un mercado que convierte a todas (o a casi todas) en aceptables en términos económicos; las condiciones actuales de las sociedades de bienestar conducen a la reducción de determinados costos, y a favorecer el desarrollo de aquellas actividades como el autocuidado que pueden incidir en el logro de dicho objetivo. Las limitaciones autoreconocidas por la biomedicina juega a su vez una suerte de doble propuesta, en la cual si bien se reconoce dicha limitación se construye una expectativa ideológica en las posibilidades de la ingeniería genética. O se reconoce la importancia del estilo de vida y de la propia subjetividad (autoayuda, coping, redes) en la producción y control de los padecimientos, pero siempre que se realicen dentro de lo que la biomedicina considera como correcto (Arney y Bergen 1984).

Es dentro de éstos y otros procesos que la biomedicina, y por supuesto las otras medicinas, juega sus posibilidades de reproducción hegemónica, pero a partir de asumir los posibles procesos de transformación que operan en sus relaciones con las diferentes fuerzas y sectores sociales y técnicos que operan en las situaciones específicas.

NOTAS Y BIBLIOGRAFIA

1. Incluimos dentro del concepto de biomedicina todas las actividades de la medicina alopática desde las asistenciales hasta las exclusivamente investigativas. Ver Hahn y Kleinman 1983.

2. Si bien este aspecto no lo desarrollaré en este trabajo, debe subrayarse que la crítica a la biomedicina debe ser referida a la significación social e ideológica que tiene el proceso salud/enfermedad/atención para los conjuntos sociales.

3. Recordemos que algunas de las principales evidencias han sido aportadas por importantes salubristas como Mackeown 1978, 1982.

4. Este desplazamiento, subalternización o desaparición debe ser referido a casos como el de la denominada Antropología Médica alemana o al de algunas orientaciones psicosomáticas desarrolladas durante las décadas de 1940 y 1950 en los EEUU.

5. Ver Nota 2.

6. Grupo étnico localizado en el occidente de México.

7. En el contexto analizado, la medicina hegemónica (Modelo Médico Hegemónico) es la biomedicina, pero debe indicarse que la medicina ayurvédica, la medicina mandarina, la medicina galénica o la medicina maya "cultura" fueron/son en su momento medicinas hegemónicas que operaban en relación con saberes médicos populares subalternos.

8. Cuestionamos los planteamientos maniqueos que eliminan la importancia de alguna de estas dimensiones.

9. Tanto respecto de esta afirmación como de las siguientes no ignoramos la existencia de una morbimortalidad desigual en términos socioeconómicos que afecta a los países de mayor desarrollo capitalista. Ver Illsley y Svenson (Edits.) 1990; también Fitzpatrick y Scambler 1990.

10. Ello no supone desconocer que en términos de frecuencia, enfermedades como las respiratorias agudas siguen siendo algunas de las principales causas de morbilidad.

11. Esta es una tendencia que se incrementa continuamente; el caso más notorio en los últimos años es el del virus papiloma del cual a principios de la década de los 80 se conocían nueve tipos, para 1985 ya se identificaban treinta y en la actualidad

se registran alrededor de sesenta. Se estima que el 10% de la población adulta de los EEUU tiene virus papiloma en el tracto genital, y ahora sabemos que varios de estos tipos de virus papiloma se relacionan con cáncer.

12. El proceso de integración de prácticas y representaciones del proceso salud/enfermedad/atención de diferente origen, forma parte de las estrategias de vida de los grupos, pero en este tipo de paciente adquiere características diferenciales.

13. La expansión de la iatrogenia negativa aparece como una expresión del proceso de ensayo y error que la medicina alopática aplica conscientemente o no. El penúltimo descubrimiento iatrogénico importante es el referido a un proceso que desde hace varios años es denunciado por una parte de los propios clínicos. La mamografía es en algunas sociedades desarrolladas una de las principales causales del cáncer de mama.

Arney, W. y B. Bergen 1984. *The Management of Living. Taming the Last Great Beast.* The Univ. of Chicago Press, Chicago.

Comaroff, J. 1978. "Medicine and Culture: some anthropological perspectives" en *SS&M* 12:247-.

Donovan, J. y D. Blak 1992. "Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making?" en *Social Science & Medicine* 34 (5) : 507-.

Fitzpatrick, R. 1990. "Conceptos comunes de enfermedad" en R. Fitzpatrick et al 1990 : 19-.

Fitzpatrick, R. y G. Scambler 1990. "Clase social, etnicidad y enfermedad" en R. Fitzpatrick et al 1990 : 65-.

Fitzpatrick, R. et al 1990. La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica, México.

Hahn, R. y A. Kleinman 1983. "Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions" en *Ann. Rev. Anthropology* 12 : 305-.

Illsley, R. y P. G. Svenson (Edits) 1990. *Health Inequities in Europe*; en *Social Science & Medicine* 31 (3) : 223-Mckeown, Th. 1978. El crecimiento moderno de la población. Bosch Editor, Barcelona. 1982. El papel de la medicina ¿Sueño, espejismo o némesis?. Siglo XXI, México.

Mendoza, Z. 1994. De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala. Oaxaca. Escuela Nacional de Antropología e Historia. ENAH, México.

Menéndez, E. 1990. *Morir de alcohol. Saber e ideología médica.* Alianza Edit. Mexicana, México. 1993 "Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de Atención Primaria" en Roersch et al 1993:61-.

Menéndez, E. y R. Di Pardo. 1995. De algunos alcoholismos y de algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización. CIESAS, México (en prensa).

Reis, S. 1990. La medicina y el imperio de la tecnología. Fondo de Cultura Económica, México.

Reyes, L. 1995. Antropología de un volcán. Migración y nutrición de comunicados zoques. ENAH.

Roersch, C. et al (Edits.). 1993. Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales. Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo.

Young, A. 1976. "Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology" en *Am. Anthropol.* 78:5-.

SINTESIS

Se enumeran algunas de las principales críticas y defensas de la biomedicina, y se señala el dominio de propuestas maniqueas en el debate sobre la negatividad o positividad de la medicina alopática. Se propone un marco referencial caracterizado por asumir que la biomedicina debe ser analizada relacionamente, es decir no en sí sino en la relación --generalmente de hegemonía/ subalternidad-- establecida con los otros saberes médicos "populares"; que dicha relación debe ser observada en términos de transformación; que tanto la medicina alopática como los otros saberes médicos forman parte de un sistema cultural y que ello supone que las representaciones y prácticas referidas al proceso

salud/enfermedad/atención, incluidas las técnicas tienen contenidos y significaciones socioculturales. En consecuencia no deben considerarse como permanentes las actuales características dominantes de la biomedicina ni de las medicinas populares. Las modificaciones operadas en el perfil epidemiológico, las limitaciones de la biomedicina autoasumida cada vez más como no curativa, la producción de un nuevo tipo de subjetividad caracterizada por la normalidad de la enfermedad, etc., conducen a procesos que impulsan modificaciones en los diferentes saberes médicos, las cuales operarán según las formas de relaciones transaccionales organizadas en torno al proceso s/e/a.