

SALUD PUBLICA: SECTOR ESTATAL, CIENCIA APLICADA O IDEOLOGIA DE LO POSIBLE

Eduardo L. Menéndez*

Periódicamente se planea a nivel social general la revisión de conceptos, valores y estrategias que se consideran claves desde una perspectiva global. También se hace lo mismo a nivel de cada disciplina, aunque en forma más puntual y específica. Generalmente se sostiene que dichas revisiones obedecerían, en el primer caso, a situaciones de crisis pensadas no sólo en términos económico-políticos sino también en términos ideológico-culturales, mientras que en el segundo caso obedecería al reconocimiento de la inviabilidad o limitaciones de los paradigmas dominantes o de las tendencias hegemónicas que orienten el desarrollo de una disciplina específica.

Si bien ambas crisis pueden coincidir, y hay períodos en que han coincidido, éstas no son necesariamente simultáneas ni obedecerían a los mismos factores; y esto no solo porque en el primer caso nos estamos refiriendo a la estructura social y en el segundo a la producción de conocimiento, sino porque puede coexistir la crisis de la producción científica con la carencia de crisis de la estructura social y cultural. Más aún, la crisis en la producción y/o evaluación del conocimiento puede atravesar situaciones históricas distintas y esto puede ser observado en el caso especial de la salud pública en el contexto latinoamericano.

Por lo menos desde mediados de la década de los años sesenta se plantea la crisis de la medicina y, como parte de ella, la crisis de la salud pública. Dicha crisis es referida a múltiples factores, pero lo determinante sería la hegemonía de un modelo teórico-metodológico que limita su intervención, que se orienta sesgadamente hacia

determinadas concepciones e instrumentaciones y que opera coludida directa o indirectamente con las estructuras de poder económico-político. Sin embargo, estas críticas operaron dentro de contextos diferenciados tanto en términos de crisis como en el de sus posibles reorientaciones si las pensamos localizadas en los años sesenta o a mediados de los ochenta.

Durante los sesenta, la crítica fue básicamente de tipo ideológico-técnico y centrada en el descubrimiento de la "función real" de la medicina en general y de la salud pública en particular. Tal crítica podría ser sintetizada en la siguiente premisa: "Todo conocimiento que no provee las consecuencias negativas de su aplicación, es un conocimiento irracional en términos teóricos y éticos"¹.

En esa década la crítica fue dirigida, más que al tipo y/o falta de eficacia^{**}, a las orientaciones ideológicas dominantes, a la relación entre salud pública e "industria de la salud" e "industria de la muerte", y a la necesidad de incluir los determinantes económico-políticos del proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) como elementos centrales en el análisis y la práctica.

En los ochenta persistió este tipo de crítica, pero se le reformuló a partir de varios procesos de los cuales solo citaremos tres: la crisis socio-económica sostenida y el incremento de los sectores sociales en situación de pobreza y de extrema pobreza; el desfinanciamiento del sector salud, y la crisis en las ideologías de "recambio" tanto en lo referente a "otra" salud pública, como sobre todo referida a otros modelos de sociedad.^{***}

*Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Tlalpan, México

**Esto, por supuesto, no quiere decir que no haya habido este tipo de análisis crítico. A nivel internacional los trabajos de Cochrane o de Mckweon^{2,3} en la década de los setenta constituyen expresiones significativas de ello. Pero a nivel latinoamericano está no fue una temática dominante.

***Algunos autores han sostenido que, en términos *emic*, la crisis es "vívica" o "representada" como permanente — sobre todo por una parte de los "intelectuales" (*intelligentzia*) — y que depende de la relación establecida con los proyectos de sociedad y de su viabilidad, el que la crisis adquiera expectativas de realización (la década de los sesenta) o se mantenga en la indefinición, confusión o incluso el apocalipsis (los ochenta).

Sin embargo y pese a reconocer la existencia de cambios económico-políticos e ideológicos en la década de los ochenta, nosotros consideramos que las condiciones estructurales se han mantenido; que la situacionalidad de la salud pública no se ha modificado sustantivamente; que los rasgos dominantes de su "saber" y de sus relaciones con la estructura de poder siguen siendo básicamente los mismos. Esto, vuelvo a reiterarlo, no significa que no haya habido modificaciones, sino que desde nuestra perspectiva no ha habido cambios significativos en las condiciones que fundan la institucionalización y el desarrollo de la salud pública.

Respecto del estado actual de la salud pública, mis reflexiones se harán a partir de la situación latinoamericana. Y si bien tomaré necesariamente en cuenta las líneas generales de interpretación generadas en los países centrales y que por otra parte son las hegemónicas, este análisis será pensado desde y para la Región.

Esta exposición será intencionalmente esquemática dada la temática y el espacio propuesto; trabajaremos con afirmaciones "fuertes" y con escasos matices, no por no reconocerlos sino en beneficio de la presentación. Las particularidades y matices serán recuperados posteriormente en la discusión. En consecuencia, lo que propongo debe ser leído como un esquema que subraya lo dominante y hegemónico.

Los puntos a abordar en estas reflexiones son los siguientes:

- qué es salud pública: la doble determinación de su práctica;
- salud pública como modelo médico hegemónico corporativo;
- las funciones y las prácticas reales;
- el retorno permanente de lo institucionalizado; y
- los "tipos" de salud pública.

SALUD PUBLICA: ¿QUE ES EN LA PRACTICA?

El punto de partida de una reflexión como la solicitada debe necesariamente proponer qué es lo que se considera salud pública; de esta manera sabremos desde el inicio sobre *qué* estamos hablando cada uno de nosotros. La salud pública puede ser definida o considerada como una ciencia, como un conjunto de disciplinas, como

una serie de técnicas, como un sector político-técnico del Estado, como un fenómeno social operado por una parte de la sociedad civil, entre otras cosas. Desde nuestra perspectiva, la salud pública es un sector político-técnico del Estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-políticas dominantes. Para nosotros es en la práctica del sector salud y no en el deber ser teórico de una disciplina donde se debe localizar a la salud pública.

Esto no niega que exista algo así como un "saber" en salud pública, el cual es impartido en instituciones de enseñanza universitaria o equivalente, y generalmente a nivel de posgrado. Esto tampoco niega la existencia de un cuerpo de investigaciones preferentemente epidemiológicas y administrativas, que además de ser utilizado técnicamente constituye una acumulación de conocimiento científico. Pero el rasgo característico de la salud pública no es el conocimiento en sí sino el que dicho saber sea operado a través de un sector del Estado.

La salud pública así considerada se constituyó a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implicaba que organizaciones, grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos, pues estos no podían ser resueltos en el nivel de los individuos.

En la constitutividad de la salud pública están potencialmente presentes no sólo los objetivos de solución de problemas colectivos, sino también de control social, aunque por ahora no consideraremos este "segundo" proceso. Lo que sí debe ser analizado es que la salud pública iba a desarrollar sus intervenciones sobre conjuntos sociales que presentaban notables desigualdades socioeconómicas, así como conflictos de intereses frecuentemente incompatibles. Si bien la "diferencia" sería reconocida por tendencias ideológicas muy distintas*, la misma no fue

*No sólo Engels o Virchow describieron o tomaron en cuenta la "diferencia" en términos de los daños a la salud, sino que Chadwick, Booth o Le Play también las reconocieron desde perspectivas "liberales", "socialcristianas" o "conservadoras".

incluida sino marginalmente en el desarrollo de la salud pública como sector, ni tampoco como cuerpo de conocimiento.

Sin embargo, el reconocimiento práctico, pero también técnico, de un campo colectivo sobre el cual intervenir para abatir y/o controlar los daños a la salud de "agregados sociales", debió haber llevado a la salud pública a incluir las dimensiones socioeconómicas y culturales en su marco de referencia y en su práctica. Esto fue lo que propuso en forma aparentemente "escandalosa" la denominada "medicina social" al sostener que la medicina (salud pública) era una "ciencia social". Pero esta aseveración casi obvia no tuvo demasiada influencia en el desarrollo real de la salud pública como sector político-técnico. La dimensión "colectiva" de los daños a la salud eliminó (o mejor dicho no incluyó) lo socioeconómico en su práctica, dado que dos procesos complementarios "medicalizaron" a la salud pública.*

La salud pública en cuanto "saber" y en cuanto "sector" se constituirá a partir de la medicina y esto es decisivo. Si bien se constituye a partir del reconocimiento de la enfermedad/atención/prevenición como procesos económico-sociales, lo hace en términos de saber y de organización técnica a partir de las ciencias médicas. Considero que los análisis de tipo médico han confundido este dato obvio, al subrayar que una parte de la profesión médica estaba en desacuerdo o solo consideraba secundariamente a la salud pública. Si bien esto es correcto, no equivale a concluir que la salud pública cuando se institucionaliza, incluye prioritariamente en su práctica al campo social.

Lo obvio es que la salud pública, tanto en términos de su saber, como en cuanto sector político-técnico estuvo y sigue estando en manos de la práctica médica, o de técnicos procedentes

de otras disciplinas pero que asumen perspectivas médicas. Este hecho no es secundario, sino central para entender no sólo las orientaciones dominantes que se le impusieron a la salud pública, sino los equívocos interpretativos al respecto.

Los daños a la salud como fenómeno colectivo y/o ambiental quedarán entonces en manos de una disciplina que va asumiendo su cientificidad a través de lo biológico. Esto impone una aproximación al sujeto colectivo en términos no sociales ni históricos sino "naturales". Por otra parte, la práctica médica impondrá una intervención en términos del individuo y a través de instrumentos clínicos. Es decir que la salud pública se constituye a partir de la enfermedad como entidad genérica natural y del sujeto como unidad de intervención. Esta aparente polarización entre lo genérico natural y lo clínico individual se sintetiza sin embargo a través de una concepción y práctica donde lo colectivo se reduce a historia natural y/o a la suma de individuos.

Más allá de las invocaciones a la medicina como ciencia social, a la medicina social o a la salud pública, lo sustantivo es que ésta se constituyó a partir de una "ciencia"/"arte" no solo no social, no solo no histórica, sino asocial y ahistórica, donde además sus ejecutores, más allá de la sensibilidad ideológica de cada cual, asumen un rol genérico en cuanto profesionales caracterizados por la carencia de una formación específica respecto del proceso de s/e/a que ubique su práctica profesional dentro del contexto económico-político e ideológico que lo produce y reproduce, y sobre todo que le permita *intervenir técnicamente* sobre los procesos socioculturales que afectan la salud colectiva.**

Pero esta profesionalización debe ser articulada con el hecho básico de que la salud pública es institucionalmente un sector del Estado y en consecuencia debe asumir el juego de las determinaciones económico-políticas e ideológicas respecto de sus objetivos técnico políticos.

*No olvidamos que procesos "internos" del desarrollo médico y de la investigación biológica iban a incidir en el desarrollo hegemónico de determinadas orientaciones en las ciencias médicas, incluida la salud pública. Consideramos, sin embargo, que el énfasis en la importancia de la investigación bacteriológica tiende a que este tipo de influencia coloque "lo social" en un segundo plano, cuando a nuestro entender el eje debe ser colocado precisamente en la significación del campo social como campo donde se hacen evidentes las contradicciones del sistema expresadas a través de las condiciones de salud y atención de la población.

**A nivel de la formación universitaria del médico, la cantidad de tiempo de aprendizaje respecto del campo social fue y es mínima o simplemente nula. A nivel de posgrado es mínima, por lo menos en la mayoría de las escuelas de salud pública de América Latina.

Es esta doble determinación complementaria la que explica por qué las actividades desarrolladas por la salud pública en diferentes sociedades y en sus diferentes instancias (desde la normativa hasta la aplicativa) tienen marcos referenciales similares, más allá de las particularidades impuestas por los regímenes políticos y por los recursos con que desarrollan dichas actividades. Si bien indudablemente existen diferencias cualitativas en las actividades de salud pública llevadas a cabo en medicinas socializadas, en sistemas de seguridad "mixtos" o en sistemas "liberales", existen sin embargo en la práctica una serie de pautas institucionales comunes: Sus aproximaciones metodológicas son ahistóricas y asociales; trabajan con conglomerados de sujetos y no con conjuntos sociales; la base del equipo de salud carece de formación profesional para trabajar a nivel de conjuntos sociales y con los procesos que condicionan el proceso s/e/a; el personal de salud pública no interviene o lo hace limitadamente sobre las condiciones estructurales (económico-políticas e ideológico-culturales) de la enfermedad, sobre todo si las mismas afectan intereses y objetivos de los sectores dominantes; la masa de recursos de todo tipo asignados al sector es dedicada a las "teorías", "técnicas" y "actividades" curativas en detrimento de las preventivas, aun cuando en su discurso critiquen esta distribución no solo no equitativa sino irracional en términos técnico-científicos.

A partir de lo señalado podemos decir que la salud pública en cuanto a sector salud está sometida a una situación contradictoria o por lo menos conflictiva (en términos sociales por supuesto) que solo asume parcialmente.

Los daños a la salud así como la atención y prevención de los mismos operan en sociedades no homogéneas con diferencias significativas, inclusive a nivel de las consecuencias en los daños a la salud. Esta heterogeneidad, así como su expresión en la morbimortalidad y en las actividades de curación y sobre todo de prevención, no pueden ser plenamente o directamente asumidas por la salud pública, dado que dichos procesos y la posibilidad de intervenir sobre ellos aparecen determinados por intereses diferenciales que juegan sus estrategias de poder a través de la sociedad civil y del Estado.*

La salud pública puede asumir los fenómenos colectivos en sus consecuencias, pero frecuente-

mente está limitada para intervenir en la causalidad estructural de los procesos. Para toda una gama de fenómenos que intervienen decisivamente en la salud colectiva, la salud pública no intervendrá o intervendrá limitadamente, o el propio Estado la desvinculará de esa "responsabilidad". Los accidentes laborales, la drogadicción, la desnutrición, el "alcoholismo", la contaminación son sólo algunos ejemplos de lo que queremos señalar.** Por supuesto que pueden aducirse algunos casos contrastantes como puede ser el del tabaquismo, pero el núcleo a discutir no reside en los casos a favor o en contra, sino en la existencia objetiva de limitaciones a la intervención científico técnica de la salud pública en cuanto sector.

Si la salud pública en los países de América Latina asumiera el proceso s/e/a en términos exclusivamente científicos y técnicos, ello conduciría necesariamente a intervenir sobre la causalidad estructural de la desnutrición, de la contaminación, de los homicidios, entre otras cosas. Es decir, no reduciría su intervención a las consecuencias (lo cual suele hacer, sobre todo si hay recursos), sino que actuaría sobre la etiología estructural (lo cual generalmente no hace). El segundo tipo de intervención aparece sobre-determinado por la red de relaciones políticas que determina parte de su acción real así como por el modelo médico del cual procede.

*Por supuesto que esta aseveración debe ser referida a la situación económico-política de cada país latinoamericano. Las condiciones estructurales que operan en esta doble relación no deben ser consideradas fijas, uniformes, monolíticas, sino condiciones establecidas dentro de las cuales puede desempeñarse la salud pública. En el caso de América Latina el condicionamiento que opera es de mayor significación dado el recurrente dominio de regímenes políticos autoritarios, la escasa o inexistente democracia social, el débil peso de la sociedad civil, entre otras cosas.

**En varios países de la Región, el alcoholismo y la drogadicción son objetivos secundarios o no son directamente abordados como problemas por el sector salud (salud pública); la contaminación ambiental ha sido separada del seguro social en algunos países de la Región; mortalidad por homicidios ha sido siempre un campo ajeno pese a su incidencia creciente en el perfil epidemiológico de varios países; la "desnutrición" es asumida cada vez más por organismos especiales o por programas constituidos al margen del seguro social.

Considero que asumir que la salud pública es parte del sector salud, supone reconocer que la misma no actúa con autonomía técnico-científica, o para ser más precisos, que dicha autonomía está limitada por determinaciones políticas. Vuelvo a reiterar que la mayor o menor autonomía dependerá de cada sociedad, pero que en todas las sociedades la salud pública opera con autonomía relativa, la cual oscila entre la limitación y la obligación.

Considero que si esta obviedad se reconociera en términos explícitos, podría contribuir a eliminar algunos malos entendidos. La salud pública en cuanto a institución que opera sobre la salud colectiva, es parte del juego político general respecto del cual deben ser entendidas por lo menos una parte de sus posibilidades de intervención científica y técnica. Esto no supone concluir que no haya actividades autónomas o más autónomas, sino establecer la inserción institucional de la salud pública, lo cual permitirá entender que algunos países reduzcan notoriamente el problema de la desnutrición, pero que simultáneamente apliquen una ley profiláctica de exterminio a "enfermos mentales", "degenerados sociales", entre otros (Alemania 1933-1945). El ejemplo puede parecer excepcional—históricamente no lo es—dado que la estructura es similar a la que puede encontrarse en los más diversos contextos. Así, en algunos países se abatirá sensiblemente la mortalidad materna, pero la salud pública aparece "ineficaz" para reducir la mortalidad de los varones "en edad productiva" (Francia); en determinados contextos se reducirá en forma notable la mortalidad infantil, pero se perseguirán determinadas "desviaciones sociales" consideradas patológicas (Cuba). En los Estados Unidos se reducirá al mínimo la mortalidad por poliomielitis, pero no se podrá dar solución a la problemática de la drogadicción.

Si se reconoce a la salud pública como sector del Estado, no debemos asombrarnos de sus "inconsecuencias" científicas y/o ideológicas, en la medida en que lo que expresan dichas "inconsecuencias" del Estado es su práctica real dentro de un campo sobredeterminado política, económica y culturalmente. Esto nos lleva a una segunda aseveración: La salud pública no existe fuera del sector salud del Estado; lo que existen pueden ser críticas, alternativas técnico-ideológicas, etc., pero en tanto la salud pública es parte

de la institucionalización de un sistema, operará necesariamente dentro del juego establecido de fuerzas sociales y políticas y por supuesto técnico-ideológicas.

Esta conclusión no supone aceptar que esa debe ser la salud pública, sino asumir la existencia de este proceso para, a partir del mismo, poder pensar en otra posibilidad donde la salud pública no se reduzca al Estado, pero que tampoco suponga su irresponsabilidad.

MODELO MEDICO CORPORATIVO (SALUD PUBLICA) O LAS VARIANTES DEL MODELO MEDICO HEGEMONICO (MMH)

Esta situación contradictoria y/o conflictiva opera no solo en sus "relaciones externas", es decir, en sus relaciones con los procesos económico-políticos y culturales, sino que también se expresa en la forma de aproximación teórico-metodológica a los problemas.

Mientras que por lo menos una parte significativa de los problemas con que se enfrenta la salud pública requiere de una metodología y un marco teórico que incluya los procesos económico, políticos y socio-ideológicos que determinan o condicionan dichos problemas, la orientación dominante procedente de las ciencias médicas conduce a la salud pública a aplicar metodologías no sólo de tipo "naturalista", sino que tienden a ignorar y/o a colocar dichos procesos sociales en un segundo plano.

Sin embargo, estos procesos "están ahí", suelen ser parte constitutiva de los problemas y resulta difícil ignorarlos. Esta situación suele ser resuelta por una suerte de yuxtaposición entre un "discurso social" y una práctica naturalista, o reconociendo dichos condicionamientos pero contrastándolos con los logros obtenidos a través de la eficacia de las "metodologías médicas"*, o directamente ignorando dichos procesos por "realismo político".

Pero más allá de cómo se resuelve esta situación, lo que nos interesa subrayar es que al

*En este trabajo no vamos a entrar a la discusión sobre si la mayoría de los logros en el abatimiento y/o control de los daños a la salud son producto de la salud pública, o del desarrollo de las condiciones de vida, o de ambos, aunque con incidencias diferenciales.

constituirse la salud pública como parte del sector salud del Estado, lo hace unilateralmente a partir de las ciencias médicas y, en consecuencia, asumiendo las características dominantes en éstas, así como su institucionalización y sus transformaciones. Es esta doble relación la que a nuestro juicio explica parte de sus limitaciones prácticas y de sus orientaciones ideológico-técnicas.

Considero que por lo menos uno de los ejes que permite explicar por qué la salud pública es "así" y no "de otra manera", radica en comprender la doble relación señalada, y en particular en reconocer dónde se origina institucionalmente y dónde se reproduce científica, técnica y prácticamente. Dada la importancia que otorgamos a este último punto, vamos a tratar de exponerlo en mayor profundidad que los anteriores.

Para nosotros, la salud pública en cuanto saber y práctica profesionales constituye una variedad corporativa de lo que hemos denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH). En nuestros análisis hemos caracterizado dicho modelo a través de toda una serie de rasgos que consideramos estructurales y que permiten entender por qué la salud pública se comporta reiteradamente de determinadas maneras, pese a sus invocaciones y/o a algunas acciones coyunturales. Los comportamientos de la salud pública no deben ser considerados como episódicos, coyunturales o producto de un "mal desarrollo", sino como sus formas sobredeterminadas de actuar⁴.

En consecuencia, a continuación trataremos de exponer en forma sintética la estructura y funciones del MMH, dado que a través de éstas adquieren coherencia los comportamientos básicos de la salud pública.

La estructura del MMH

Por MMH entendemos 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.*

Durante el desarrollo de las sociedades capitalistas conviven varias prácticas y saberes de atención a la enfermedad, y durante dicho proceso el MMH irá construyendo una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención. En la práctica social, esto se resolverá en procesos de transformación de las otras prácticas y saberes curativo/preventivos, que cada vez en mayor medida constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias constituidas a partir de la hegemonía obtenida por el modelo médico.

Este proceso operará en los países capitalistas

*La utilización del concepto de modelo nos permite colocar metodológicamente entre paréntesis los procesos históricos, no para ignorarlos sino para poder formalizar nuestro análisis. Por "modelo" vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos, incluido el hegemónico, entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas — incluidos los "curadores"— sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Desde esta perspectiva, estos conceptos se manejan en un alto nivel de abstracción partiendo del supuesto de que al ser construcciones metodológicas, los mismos no pueden explicar cada una de las situaciones históricamente determinadas, sino que los modelos actúan como referencias teóricas de dichas

situaciones. Los caracteres y funciones del modelo proponen un primer nivel explicativo, que para su entendimiento procesal debe ser necesariamente articulado con la descripción y análisis de situaciones específicas. El instrumento "modelo" incluye la complejidad de los procesos a estudiar y cuestiona desde el inicio la posibilidad de explicaciones "maquiavélicas", remitiendo el análisis a las estructuras. Según algunos autores, esto puede ser riesgoso en términos metodológicos, porque puede conducir a forzar la construcción de modelos únicos y a no reconocer u a opacar metodológicamente las diferencias. Tanto estos como otros "peligros metodológicos", no pueden ser desechados; pero frente a ello, además de proponer un continuo autocontrol epistemológico, debe asumirse, tal como lo indicamos, que solo la referencia a situaciones históricamente determinadas hace posible la explicación de los problemas específicos a partir de los modelos. Además, la formulación de modelos debe implicar la posibilidad de proponer submodelos; los modelos deben ser contrastados y la historicidad debe operar como continuo corrector⁴.

metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente, así como en los denominados "socialistas de Estado". Al reconocer los caracteres diferenciales e idiosincráticos que en los niveles económico, político e ideológico operan las situaciones particulares, proponemos que en todos los contextos la expansión del MMH se genera conflictivamente y que dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no de emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y las otras prácticas y saberes. Más aún, planteamos que en los niveles de decisión ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económico-política, reforzando así la hegemonía del sistema, e inclusive determinando y reorientando las actividades médicas particulares.

Estos procesos pueden generarse porque la organización social, ideológica y económico-política que opera tanto sobre las prácticas médicas como sobre el conjunto del sistema tiende a generar más que la exclusión de los otros saberes y prácticas "médicas", la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica y técnica al MMH.

En consecuencia, el análisis global del MMH no debe reducirse a sí mismo, sino que debería ser realizado conjuntamente con los otros saberes y prácticas a los cuales subalterniza; además tendría que ser ubicado dentro del proceso de construcción histórica de esas relaciones.

Pero para los efectos de este trabajo, nos reduciremos a presentar las características del MMH. El análisis de éste supone el reconocimiento de tres submodelos: el modelo individual privado, el modelo corporativo "público" y el modelo médico corporativo "privado". Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: biologismo; concepción teórica mecanicista/evolucionista/positivista; ahistoricidad; asocialidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); orientación básicamente curativa; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; relación médico/paciente asimétrica; relación de subordinación social y técnica del paciente, que

puede llegar a la sumisión; concepción del paciente como ignorante (el paciente como responsable de su enfermedad); inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud; producción de acciones que tienden a excluir al "consumidor" del saber médico; prevención no estructural; no legitimación científica de otras prácticas; profesionalización formalizada; identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; tendencia a la medicalización de los problemas; tendencia inductora al consumismo médico; prevalencia de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica médica de la investigación médica.

Estos caracteres corresponden inicialmente a la práctica médica individual y privada dominante durante el siglo XIX y la mayor parte de el siglo actual. El desarrollo económico-político conducirá a procesos de concentración y organización privada y estatal de las actividades médicas a partir de la década de 1930, y ésto tanto a nivel de las instituciones de atención como de la denominada industria de la salud. Ello supone la emergencia de nuevas organizaciones que conservan la mayoría de los rasgos estructurales, pero también el surgimiento de otras como expresión de las nuevas formas organizativas.

En los dos submodelos corporativos podemos distinguir los siguientes rasgos estructurales: estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas; tendencia a la centralización y planificación; burocratización; disminución y evasión de la responsabilidad; dominio excluyente de los criterios de productividad; profundización de la división técnica del trabajo; creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos; y creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación. Debe señalarse que uno de los rasgos estructurales del MMH que se enfatiza en el modelo corporativo público es el preventivismo, así como el reconocimiento de la importancia del "medio ambiente". Sin embargo, y esto debe ser subrayado, ese énfasis no implica que el preventivismo sea hegemónico, dado que en todos los contextos aparecerá subordinado a lo curativo.

Es durante su período constitutivo cuando el MMH formula y consigue imponer su concepción excluyente respecto de las prácticas operadas por el modelo alternativo. Pero esta exclusión se dará básicamente en términos ideológicos y funcionará secundariamente en términos técnicos y profesionales. El MMH necesita imponer su hegemonía, es decir, ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad, aun cuando solo pueda ser consumido por un sector relativamente pequeño de la población. Será básicamente este submodelo el que se haga cargo inicialmente del proceso de hegemonización. Dada su identificación con los estratos dominantes y la apropiación de la enfermedad como mercancía y en función del proceso señalado, será este submodelo el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación alternativas. La legitimación para estigmatizar al modelo alternativo la obtiene parcialmente de las funciones de control social e ideológico que potencialmente puede cumplir respecto del conjunto de los estratos sociales. Estas funciones se manifiestan a través de la práctica profesional "privada" y luego de la pública, y justamente será esta acción profesional la que le oculte a los conjuntos sociales las funciones de control y legitimación que cumple el MMH.

No obstante las diferenciaciones señaladas, el desarrollo capitalista conducirá en todos los contextos al surgimiento del submodelo corporativo público. Este tenderá a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área salud. Será este desarrollo, junto con la emergencia del submodelo corporativo privado, lo que hará surgir nuevos rasgos estructurales e incrementar tendencias secundarias del submodelo individual privado. Así, la "sociabilidad" de la enfermedad y la cura serán opacadas por un desarrollo epidemiológico que tiende a "naturalizar" dicha "sociabilidad". Esta función tiene una racionalidad interna, fundamentada en el proceso económico-político en que opera, ya que la incorporación de lo social solo puede darse dentro de ciertos límites, más allá de los cuales se pone de manifiesto la concepción y producción sectorial y estratificada de

la sociedad, así como la causalidad social tanto de los padecimientos, como de la atención médica⁹.

La expansión de los submodelos corporativos público y privado se verificará en la emergencia y/o acentuación de tendencias ya enumeradas, así como en la extensión de sus prácticas a áreas y sectores subalternos. En el primer caso se hace evidente una tendencia a la concentración monopólica, un aumento de las pautas de burocratización, el surgimiento y agudización ulterior de la escisión entre investigación y práctica clínica, y la tendencia creciente a la medicalización. En el segundo caso, la expansión se expresará a través de formas directas e indirectas, de las cuales la más importante será el desarrollo de la medicina farmacológica, a la cual accederán los estratos subalternos, inclusive los más aislados, tanto en términos ecológicos como sociales.

La expansión del MMH sobre los otros modelos previos se realiza a partir de las funciones ya señaladas, y de una función que iniciada en la década de los treinta, cobra un aceleramiento espectacular en las décadas de los sesenta y setenta; nos referimos a la importancia económica que tiene la "industria de la salud" para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas. Pero junto con estas funciones, deben tomarse en cuenta las de eficacia real y simbólica que las prácticas de la medicina científica muestran también a partir de la década de los treinta. El descenso en las tasas de mortalidad en algunos países de capitalismo dependiente es correlativo a la expansión directa o indirecta del MMH, sobre todo en las primeras etapas del descenso. Además, más adelante cumplirán funciones de "mantenimiento", al disminuir la letalidad de la morbilidad, por una parte, y la disminución y el control de estados crónicos de "malestar" por otra. El autocontrol social y psicológico con Diazepam o Librium tiene tanta importancia como la contención oscilante del paludismo o el abatimiento de la letalidad de padecimientos respiratorios agudos con antibióticos. La hegemonía del modelo médico trata de mantenerse aun a través de la actual situación de crisis. Esto se manifiesta no solo en la apropiación de la quiropraxia, la acupuntura o la homeopatía sino en el intento de control y subordinación a través de los denominados

“planes de extensión de cobertura”. Debe subrayarse que este proceso de hegemonización no se da en forma mecánica y unilateral, ya que supone conflictos y la eventualidad de un cuestionamiento radical al MMH.

La expansión del MMH se caracteriza entonces por el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud y un papel cada vez más directo del Estado; el desarrollo de un proceso de profesionalización que puede ser diferenciado en dos etapas: una correspondiente al profesionalismo liberal—referida casi exclusivamente al médico—y una segunda que corresponde al desarrollo de los submodelos corporativos y que supone la emergencia de un tipo de profesional ligado directamente al control, la planificación y la administración; el desarrollo de prácticas curativas que van desde las actividades artesanales de bajo costo hasta una organización empresarial de la atención médica que supone un constante incremento de los costos en salud; el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos respecto de la eficacia simbólica dominante en las primeras etapas; y la ampliación de la medicalización y la demanda de las prácticas de este modelo por cada vez mayores sectores de la población, incluido el conjunto de las clases subalternas.

Algunos caracteres estructurales

El rasgo estructural dominante del MMH es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no solo 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 aparecen pensadas las consecuencias que éste tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho, el biologismo subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad.

Lo biológico no solo 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 psico-

lógicos son anecdóticos. El médico en su formación a nivel de grado y posgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos.

El biologismo del MMH se expresa no solo 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 allí donde con mayor significación puede destacarse la predominancia 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 se expresa en que la investigación epidemiológica se maneja con series de corta duración histórica. La segunda característica se refiere a que la epidemiología utiliza como principales variables a aquellas que más fácilmente pueden referirse a procesos biologizados: sexo y edad. Ello no quiere decir que no utilice variables como localización, ocupación, niveles de ingreso o estratificación. Lo que estoy concluyendo es, primero, que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso; y segundo, que respecto a las otras existe en la mayoría de los casos solo una propuesta descriptiva en la cual se pierde el contenido dinámico social de las mismas. Esto no solo pasa con la localización, sino que ha ocurrido de varias maneras con la “variable” estratificación social. Así, la epidemiología norteamericana usó con mayor frecuencia indicadores raciales que indicadores sociales para referirse a estratificación social. Pero además la estratificación social no solo ha sido la “variable” de menor uso comparativo, sino que cuando se usa se la reduce a mera posición social.

Al proponer esto 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 reciente tenemos el caso del 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 concepto¹⁰.

No es casual que el modelo preventivista, que con algunas modificaciones domina tanto la práctica médica de países capitalistas, como la de los socialistas de Estado, sea el de Laevell y Clarke 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 evolucionaria y no tiene historia. Otro de los rasgos estructurales del MMH es justamente su ahistoricidad.

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 no solo de explicar los procesos actuales, sino sobre todo de solucionarlos. Sin negar la validez parcial de estas afirmaciones, creo que el trabajo con series históricas cortas hace evidente 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.

Este enfoque ahistórico evita o limita observar la importancia de los procesos no biológicos. Lo ahistórico y lo biológico suponen la persistencia de una epidemiología recurrentemente coyuntural. La ignorancia de las series históricas largas impide incluir los procesos histórico-sociales que operan sobre el proceso salud/enfermedad, el cual no puede ser reducido a un análisis coyuntural por más importante que sea la necesidad de encontrar soluciones.

El biologismo y la ahistoricidad hallan su confirmación a través de otro rasgo: la asociabilidad. Debo recordar que al manejarlo 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 le da su capacidad explicativa al modelo, y no el análisis particular de cada rasgo (ver nota en página 108).

Proponer que uno de los rasgos estructurales del MMH es la asociabilidad puede aparecer como paradójico, en la medida que durante los sesenta y los setenta 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 a la práctica médica. Si bien han existido en escuelas de medicina de 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 descontinuaron o les redujeron el tiempo de dedicación*.

El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir 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 gran parte de la automedicación con fármacos, que la ha aprendido la población del propio equipo de salud y en particular del médico, tienden a ser ignorados o negados. Luego, cuando se generaron modificaciones en la práctica médica, tanto en función de nuevas investigaciones como de observar la resistencia del agente o del huésped, dichas modificaciones no fueron comunicadas como equivocación o cambio técnico por parte del médico, sino que fueron transmitidas como error popular. Este es un proceso que considero interminable¹¹.

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, aparecen saturadas de procesos sociales que no asumen en cuanto a sus implicaciones ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realizan sin consciencia del sistema local en el que operan. La falta de inclusión de lo social y cultural referidos a la salud pública en cuanto institución, saber y práctica es casi una contradicción en sus términos.

*Toda una serie de conceptos básicos que utiliza la salud pública han sido acuñados, usados, probados, criticados, reformulados y/o desechados por las ciencias sociales sin que la salud pública — por lo menos la que opera en América Latina — asuma los resultados de este proceso teórico metodológico. Necesidad, participación social, comunidad, estilo de vida, estrato o nivel socioeconómico, son solo algunos de dichos conceptos. Es interesante leer actualmente la producción en salud pública en Latinoamérica que utiliza estos u otros conceptos sociológicos y observar la ausencia casi total de referencias a las corrientes y autores procedentes de las ciencias sociales que los formularon y usaron previa y/o coetáneamente.

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.

Los caracteres enumerados no son fijos, sino que son dinámicos; dicha dinámica responde a los cambios generados tanto en los niveles de la sociedad global como en las condiciones autónomas de la propia teoría y práctica en salud pública. Además, como ya se señaló, la presencia de determinados caracteres no supone desconocer que estos pueden ser manejados en forma diferencial en el nivel manifiesto y en un nivel profundo; o si se prefiere, que el discurso médico puede apropiarse de un carácter mientras que su práctica lo orienta en forma notoriamente distinta. La institucionalización y reproducción del MMH requiere de un continuo proceso de reconocimiento/desconocimiento de determinados rasgos, como por ejemplo el de la sociabilidad. Determinadas orientaciones médicas—en particular las corrientes de medicina social—invocan esta dimensión, que el MMH niega continuamente en su práctica.

Al respecto debe subrayarse que todas las tendencias médicas, incluida la medicina social, no han tomado en cuenta un proceso social que se expresa a través de cualquier padecimiento, aun los de causalidad exclusivamente biológica. Me refiero al hecho de que las enfermedades producen sentidos y significaciones subjetivas y colectivas que operan de diversa manera sobre el proceso salud/enfermedad¹²⁻¹⁴.

Las enfermedades—los padecimientos—tienen sentidos y significados. Cómo surgen, qué los mantiene y/o cuestiona, cómo se modifican y cómo intervienen en las estrategias de solución no son preguntas externas al sector salud. Tanto las enfermedades “científicas” como los síndromes delimitados culturalmente (the culture-bound syndromes) son sociales en la medida en que operan en conjuntos sociales que no solo construyen significados, sino que operan dentro de relaciones de “contagio social”; de incidencia desigual según la pertenencia social o cultural; de acceso diferencial a los servicios. Que el origen inmediato sea biológico; que las consecuencias sean físicas, no invalida este obvio punto

de partida no incluido por la salud pública en sus estrategias de acción e investigación*¹⁵.

Las funciones del MMH

La estructura del MMH se ejerce a través de toda una serie de funciones, una parte de las cuales no suele ser reconocida por la propia práctica médica, incluida la salud pública. La descripción y análisis de estas funciones posibilita explicar no sólo la sobredeterminación de la salud pública por el sistema social en el cual está incluida, sino la racionalidad social, ideológica y técnica que ella estructura para intervenir en el proceso s/e/a.

Las funciones que cumple el MMH pueden ser organizadas en tres grupos: uno que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; un segundo grupo que se integra con las funciones de control, normatización, medicalización y legitimación; y un tercero en el cual incluyen las funciones económico-ocupacionales.

En un nivel manifiesto, las funciones no solo dominantes, sino aquellas con las cuales casi exclusivamente se auto-identifica la salud pública, son las de curación** y prevención. Pero también los conjuntos sociales identifican 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. Considero que no hace falta desarrollar el significado de las dos primeras funciones, pero sí aclarar lo que denomino función de mantenimiento.

*El énfasis colocado en la importancia de lo biológico para el MMH no pretende excluir ni restar importancia a la dimensión biológica. Ello sería irracional además de poco útil. Lo que proponemos es la necesidad de encontrar una explicación coherente de las formas de actuar de la salud pública.

**Nuestra discusión no pasa por la exclusión o negación de lo curativo, sino por establecer cuáles son las estrategias prioritarias que posibilitan una mayor equidad y eficacia en el abatimiento de los daños. Y todo indica que esa estrategia es la preventiva. Los que asumen esta constatación como una negación de lo curativo, generalmente están expresando uno de los caracteres ideológicos más relevantes del MMH. A su vez, los que además señalan que la curación implica en sí actividades preventivas están en lo cierto, pero ello no es razón para que en la mayoría de los países centrales el presupuesto para actividades preventivas oscile alrededor del 3% del total invertido.

Durante las décadas de los setenta y los ochenta se desarrollaron en América Latina procesos económico-políticos que permiten observar diferentes variedades de la función de mantenimiento. Así, las consecuencias en la salud generadas por la crisis socioeconómica y por las políticas de "ajuste" fueron enfrentadas en términos de control y abatimiento a través de medidas eficaces en algunos países de la Región, y en particular en Chile bajo la dictadura de Pinochet. Las estrategias y actividades aplicadas sobre todo en madres y niños menores de ocho años posibilitaron no solo mantener la "desnutrición" dentro de ciertos límites, sino abatir sensiblemente la mortalidad infantil y preescolar. Varios de los programas de atención primaria están cumpliendo esta función de "mantenimiento" a nivel internacional.

Debe subrayarse que el "mantenimiento" no supone necesariamente una mejora en las condiciones generales de vida, ni menos aún una mayor participación democrática. Pero debe indicarse que el "mantenimiento" requiere de la continuidad en la aplicación de estrategias, ya que si se reducen los recursos o las medidas de supervisión, es posible que la tendencia retome las características antes dominantes. Esto implica en consecuencia una determinación política por parte del sector salud (salud pública). 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 por ejemplo con las actividades de atención primaria, la "incongruencia" es resuelta a través de su apropiación política.

La medicalización de las tensiones psicosociales y de los desórdenes mentales a través del uso de fármacos ha cumplido una notoria función de mantenimiento, que debe ser directamente relacionada con la creciente farmacodependencia de los conjuntos sociales; proceso que no podemos olvidar se inicia desde la infancia y no solo con "pegamentos", sino con tónicos antitusígenos y drogas para niños "hiperkinéticos".

El sector salud puede contribuir a mantener situaciones de vida con una baja inversión, lo cual es compatible con el proceso de explotación vigente. Pero la práctica médica puede tener otra modalidad de mantenimiento, la cual ha opera-

do en casi todos los países de América Latina. Me estoy refiriendo al mantenimiento del torturado para que siga hablando, o para que pueda hablar, o para que lo que dice pueda ser usado con otras significaciones.

En función de este análisis, es secundario que en los dos primeros ejemplos opere gran parte del sector salud y en el segundo solo unos pocos médicos. Lo determinante es el cumplimiento institucionalizado de estas funciones.

Las funciones enumeradas en los tipos segundo y tercero se desarrollan necesariamente a través de las actividades curativas y preventivas. Más aún, 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 falta de conciencia la que facilita su reproducción ideológica a través de la práctica y el saber médico.

Las funciones del segundo tipo 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 el que ha conducido a proponer a la medicina como un aparato no sólo ideológico sino político del Estado, como una compleja institución donde el control se integra a la legitimación, y donde la normatización de conductas exige inclusive el "inventor" de nuevas categorías nosológicas.

Por otra parte, estas funciones, tienden a radicar en la subjetividad procesos y consecuencias que deben ser buscados en la estructura, o por lo menos en la relación estructura/sujeto. Dice McKinlay:

Los puntos planteados contienen ciertas implicaciones de tipo moral y práctico para quienes participan en actividades relacionadas con la salud. Primero he afirmado que la ideología predominante incluye la imputación de la culpabilidad a individuos y grupos específicos en la manifestación de la enfermedad y la conducta arriesgada. En segundo lugar se puede argüir que los llamados "profesionales de la salud" se han arrogado la facultad de determinar la moralidad de diferentes tipos de conducta y que también tienen acceso a un conjunto de conocimientos y recursos que pueden aplicar "legítimamente" a la eliminación o a la

modificación de esas conductas. [En tercer lugar] es posible sostener que gran parte de la intervención en la esfera de la salud constituye una fracción del patrón general de ordenación social¹⁴.

Este proceso de medicalización se ha expresado a través de la expansión de la cobertura médica a un número cada vez mayor de áreas del comportamiento, convirtiendo determinados problemas ("alcoholismo") en enfermedad u opacando la determinación económico-política de determinadas causales de enfermedad ("contaminación"). Este proceso, denunciado persistentemente en la década de los setenta y desde la propia práctica médica institucionalizada, sigue incrementándose.

El proceso de medicalización tiene que ver con una doble tendencia convergente: por una parte la propia complejización de la vida cotidiana y la ampliación del campo de las "desviaciones", y por otra, el desarrollo de la propia profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional legitimizando y normatizando las "desviaciones". Freidson¹⁷ ha descrito en forma notable ambos procesos convergentes que conducen a legitimar desde el Estado a la práctica médica como la única habilitada para operar sobre el proceso salud/enfermedad. "La característica más estratégica y apreciada de la profesión médica, su autonomía, se debe por ende a la relación con el Estado soberano con respecto al cual no es realmente autónoma". Freidson¹⁷ analiza la relación profesión médica/Estado en varios contextos nacionales para concluir que en Inglaterra, EUA o la antigua URSS el Estado ejerce control sobre la profesión médica no en el nivel técnico, sino en el de la organización social y económica del trabajo médico.

Debe enfatizarse que estas funciones no deben ser pensadas exclusivamente en referencia al "Estado", y como parte del proceso de concentración socioeconómica y política, sino que deben ser pensadas para las relaciones Estado/conjuntos sociales adquiriendo las mismas formas particulares según sean dichas relaciones.

El actual énfasis crítico en la hipertrofia del Estado y la necesidad del desarrollo de sectores, grupos e instituciones "intermedias" constituye una de las líneas dominantes del pensamiento sociológico desde Durkheim hasta nuestros días.

Pero esta tendencia, como queda claramente establecida en la línea Durkheim-Merton, no supone concluir que la "descentralización" no sigue reproduciendo al sistema a través del cumplimiento de las funciones enumeradas; lo que indica es que lo reproduce a través de sectores intermedios. Esto es casi una perogrullada, pero hay que recordarlo porque a veces la trivialización de las discusiones actuales pareciera radicar una suerte de garantía en la pulverización de las estructuras en beneficio de los sujetos y/o de los "grupos intermedios".

El tercer tipo de funciones (las económico-ocupacionales) 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 crea más puestos de trabajo, dentro de este sector en un país como los EUA, el sector salud constituye la segunda área de mayor generación de empleo.

Estas aseveraciones pueden aparecer conflictivas para varios países de América Latina, donde existe una creciente desocupación médica. Pero la desocupación y subocupación médica no niegan lo anterior—por lo menos en términos generales y comparados—sino que exigen una discusión teórica sobre las condiciones e implicaciones 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 tipo preventivo, en la medida que, como sabemos, la mayoría de éstas pueden ser llevadas a cabo eficientemente con un mínimo de intervención médica. El preventivismo, sobre todo cuando el perfil epidemiológico está dominado por padecimientos infecciosos y parasitarios, requiere de una cuota de personal relativamente reducida en cuanto a su complejidad técnica y profesional.

Como de inmediato señalaremos, los costos de la atención médica, los equipos y fármacos, el mantenimiento, entre otras cosas, constituyen una parte creciente del costo de la atención a la salud, lo cual se traduce en su incidencia creciente para el PIB. Ya en 1972 Cochrane² concluía en su análisis sobre la eficiencia médica, que la mayor parte de la inversión médica se destinaba

a diagnósticos y tratamientos cuya eficacia era dudosa por decir lo menos.

Posiblemente haya sido el desarrollo de la industria químico-farmacéutica y la extraordinaria expansión de la medicina farmacológica el caso más analizado desde esta perspectiva, incluso para América Latina. Pero los factores económico-ocupacionales no sólo debieran considerar la producción directa de medicamentos, de servicios o la generación de empleo, sino incluir a los productores de enfermedad. También deberían incluir las consecuencias negativas generadas para la salud colectiva por un desarrollo económico que no incluye dichos costos en su propio proceso productivo. Y al señalar esto no me estoy refiriendo solo a los alimentos, o al tabaco y al alcohol, sino al complejo productivo global. Como lo señala Mishan, en el costo de un producto no se incorpora el costo social que éste genera. Así, en el costo de un automóvil no están incorporados los costos de construcción y mantenimiento de carreteras; de utilización de hospitales; de utilización de servicios policiales y jurídicos; de contaminación ambiental y problemas de tráfico; de muertes por accidentes, etc. "Una legislación que penalizara muchos efectos nocivos... haría que se revisaran los precios de muchos bienes y servicios hasta que se cubrieran los costos sociales . . .".¹⁸

La relevancia de estos tres tipos de funciones no debe conducir a reducir la salud pública a un aparato ideológico de Estado, o a proponer que su actual rol básico es el de contribuir a la reproducción económica a través del proceso salud/enfermedad. Las actividades médicas a través del conjunto de sus funciones contribuyen en forma significativa a la reproducción socio-ideológica y económica, pero a partir de la identificación y utilización de las prácticas curativas, y en menor medida de las preventivas.

Las actividades curativas que dominan la teoría y práctica en salud pública, y que se expresan en la estructura y funciones analizadas, constituyen el núcleo transaccional de las instituciones médicas. Dichas actividades establecen la posibilidad de identificación y pertenencia, aun sabiendo que la misma no dará solución estructural al problema tratado. La teoría y la práctica médica saben que existen causas estructurales, no biológicas, respecto de algunas de las principales causas de mortalidad; pero

también saben que sus posibilidades profesionales de intervenir sobre lo estructural son limitadas.

La cuestión no radica en asumir estas limitaciones a través de identificarse exclusivamente con las funciones curativas, sino en que la salud pública en América Latina acepte en la práctica reducir la mayoría de sus actividades a dicha función. La curación y la prevención de base biológica excluyen en la práctica la posibilidad de otras alternativas preventivistas.

Para algunos autores como McKinlay, la salud pública aparece estructuralmente subordinada a los intereses dominantes, ya que la determinación productiva no solo genera enfermedad, sino que imposibilita determinadas estrategias preventivas. Desde esta perspectiva, las funciones económico-ocupacionales deben ser relacionadas con uno de los rasgos básicos del modelo: la mercantilización. Esta categoría supone que tanto en términos directos como indirectos las instituciones médicas están determinadas por el mercado. Esta mercantilización alcanza formas diferenciales según sea directa o indirecta, pero en todos los casos tiende a convertir los resultados de una relación técnica en un producto dominado por lo reparativo. Mientras que la intervención preventivista puede oponerse a la producción económica a partir del proceso salud/enfermedad, las actividades curativo-reparativas reproducen al capital sin demasiadas modificaciones. La desregulación económica impulsada por un proceso donde el mercado pretende ser el único determinante tiende a fortalecer aún más el dominio de relaciones mercantiles dentro del sector salud.

Los términos "deshumanización" o "despersonalización" que suelen utilizarse para describir la relación institución médica/paciente se refieren en gran medida a este proceso de mercantilización, que es vivido por la población de diferente manera según sean las condiciones de su relación con los servicios de salud. No son sólo los sistemas de prepago, los seguros médicos, o la publicidad para autovenderse como profesional lo que opera en los conjuntos sociales para ver mediadas por el dinero sus relaciones con la práctica médica. Las huelgas médicas, los conflictos donde el eje lo constituyen los bajos salarios del equipo de salud, la carencia de recursos materiales básicos para atender los

padecimientos dado el desfinanciamiento del seguro social, también tienden a establecer un marco de relaciones mercantiles respecto del proceso salud/enfermedad. El precio de un accidente laboral o el de un accidente de transporte; el costo de un órgano para trasplante; el comercio de los mismos; la compra de sangre, entre otras cosas, deben ser incluidos en este contexto mercantilizado.

Las tendencias hegemónicas político-económicas actuales posiblemente hallan en el proceso salud/enfermedad la expresión más negativa de las consecuencias de este tipo de concepciones ideológicas:

Un sistema que no conoce otra ley más que la del mercado que por sí mismo es completamente amoral, basado en la ley de la oferta y la demanda, y en la consecuente reducción de cualquier cosa a mercancía, con tal que esta cosa, llámese dignidad, conciencia, el propio cuerpo, un órgano del propio cuerpo, el voto . . . encuentre quién esté dispuesto a comprarlo. Un sistema en el que no se puede distinguir entre lo que es indispensable y lo que no es. Partiendo de la soberanía del mercado ¿cómo se puede impedir la prostitución y el tráfico de drogas? ¿Con qué argumento se puede impedir la venta de los propios órganos? Y por lo demás ¿los partidarios del mercado no sostienen que la única manera de resolver el problema de la penuria de los riñones para trasplantar es la de ponerlos en venta? . . . En una entrevista H. Boll dijo "Si no existe una fuerza capaz de oponerse al materialismo del mercado, no importa de que tipo sea la fuerza, religiosa, política, ideológica entonces nos venderemos a nosotros mismos e incluso a nuestros nietos"¹⁹.

EL RETORNO PERMANENTE DE LO INSTITUCIONALIZADO

La salud pública como sector que utiliza el saber y las técnicas médicas desarrolla sus actividades a partir de la doble relación enumerada, y es en función de ella que deben ser analizadas: sus orientaciones prácticas, sobre todo en relación con sus discursos; sus limitaciones, sus logros y sus "vaivenes". Desde esta perspectiva

analítica la crisis iniciada a mediados de los sesenta cobra en la actualidad otras características debido a los procesos ya señalados, que han agudizado negativamente las condiciones de vida de la mayor parte de la población de América Latina.

Frente a la crisis ideológico-técnica (y por supuesto en función de otros condicionamientos), la salud pública respondió con la búsqueda de una mayor eficacia (a veces pareciera que es sólo mayor cobertura) referida a problemas considerados prioritarios, y que implicaban la aplicación de tecnologías sencillas y a veces baratas. Esta respuesta puede ser englobada en la denominada atención primaria.

Pero la continuidad de la crisis, ya no sólo técnica, política y de pauperización de la población, sino del Estado condujo durante los ochenta a proponer una nueva vuelta de tuerca a través de los denominados Sistemas Locales de Salud (SILOS). Ambas propuestas supusieron para algunas tendencias algo así como la posibilidad de un cambio radical o por lo menos sustantivo en la salud pública, en la medida en que ambos "instrumentos" proponían la incorporación de la sociedad civil con un papel activo, no solo referido a la enfermedad y a la demanda de atención sino también a la gestión. Apresurémonos a recordar que éstos no eran los objetivos para otras tendencias.

El análisis sobre las posibilidades de que este cambio se genere debe ser remitido por lo menos en parte a las sobredeterminaciones analizadas, y a partir de éstas se pueden desarrollar dos tipos de indagaciones. Una debe consistir en el análisis histórico-social de la *trayectoria de la práctica* de la salud pública en la Región, y la otra debe analizar cuáles son las condiciones estructurales (incluida la dimensión técnica) que operan en el sector salud (salud pública) y en la sociedad para posibilitar dicho cambio.

Esta es una propuesta, y por supuesto este no es el espacio ni yo tengo los elementos suficientes como para poder desarrollarla sintéticamente. No obstante, a modo de ejercicio podemos observar lo que estamos proponiendo a través de dos ejemplos, que no pretenden ser más que eso.

En el primer ejemplo—la revisión de la trayectoria de la práctica médica, incluida la salud pública—nos permite concluir provisoriamente

que a partir de la institucionalización del MMH a fines del siglo XIX recurrentemente emergen tendencias científicas que lo cuestionan y proponen alternativas, para luego desaparecer como tales y ser reabsorbidas por la corriente institucionalizada. Entre 1880 y 1990 podemos distinguir varias propuestas de mayor o menor significación, pero considero particularmente importante una tendencia que se desarrolló básicamente entre 1930 y fines de los cincuenta*, y que siendo además de importancia potencial para la salud pública no tuvo demasiada incidencia en su desarrollo. Me estoy refiriendo a la interesante convergencia entre investigación biológica (H. Wolf, Selye), clínica (Weider, Cobb), psicoanalítica (Alexander, Deutsch) y científico-social (Mead, Ruesch) que, teniendo en la investigación biológica su eje disparador, dio lugar a lo que se denominó medicina psicosomática.

Para esta tendencia el proceso salud/enfermedad/atención fue considerado como una posible síntesis entre los niveles biológico, psicológico y sociocultural, donde lo biológico patologizado constituía la expresión del padecimiento a partir de procesos causales que debían ser encontrados en lo social y/o psicológico. Esta alternativa, que refiere necesariamente a los modos de vida**, que inclusive produce algunos "clásicos" como el texto de Halliday sobre la salud colectiva en mineros británicos²⁰, y que presenta variantes como las de la antropología médica alemana, fue silenciando su enfoque para quedar reducida a una variante más del MMH. La posibilidad preventivista de este enfoque fue desgastada en beneficio exclusivo de la práctica clínica.

El enfoque psicosomático, más allá de críticas de orden técnico que no importan en nuestro nivel de análisis, se disolvió en operaciones clínicas. Los conceptos modo de vida, modo de enfermar

y estilo de vida inherentes a este enfoque iban a ser retomados ulteriormente, sobre todo en relación a problemas como las "violencias", el SIDA o el alcoholismo. Pero, como concluyen Coreil y sus colegas, la salud pública nuevamente eliminó lo estructural de su marco de referencia para convertir al "estilo de vida" en un instrumento epidemiológico preocupado exclusivamente por la "conducta de riesgo"¹⁰.

Si bien el ejemplo anterior no refiere a América Latina***, el segundo alude a una estrategia que sí fue y es utilizada en nuestra Región: me refiero a la atención primaria. Dada la masa de opiniones escritas que existe sobre este "instrumento", quiero subrayar que a los efectos de este trabajo solo me detendré en aquellos puntos que considero de interés para los objetivos de esta reunión.

En los países centrales no cabe duda que la atención primaria es un equivalente de medicina curativa, y que la salud pública orienta sus acciones básicamente hacia esa función. Pero ¿en qué consiste la atención primaria en los países para los cuales realmente se pensó? Si bien hay toda una gama de variaciones en las propuestas, lo que sí podemos afirmar es que en la mayoría de los países de la Región una cosa es lo que hace la salud pública con la atención primaria y otra lo que pretenden hacer algunas organizaciones no gubernamentales (ONG).

Desde dentro del sector salud la atención primaria en sus mejores expresiones (mayor eficacia) opera básicamente a partir de lo que se denomina Atención Primaria Selectiva (APS), la cual implica no solamente el uso de criterios verticales y sectoriales en la prevención, sino que en la práctica dicho tipo de uso reduciría sustancialmente la posibilidad de un avance general en el mejoramiento de las condiciones de vida. Las razones de urgencia, ataque puntual, necesidad de sobrevida, etc., propuestas por los que utilizan la atención primaria selectiva son atendibles, pero aquí no estamos discutiendo esto, sino señalando que este tipo de atención primaria constituye nuevamente un paso hacia el retorno de lo institucionalizado (MMH), pese al cambio en algunas modalidades (uso de técnicas simples, trabajo con promotores, etc.). Según algunos críticos, este proceso se da porque la atención primaria sigue estando "medicalizada".

Más allá de aceptar o no estas conclusiones²¹⁻²²,

*Por supuesto que en la década anterior había producción científica en esta dirección y ulteriormente también.

**Ruesch los plantea inclusive en términos de clase social en sus investigaciones desarrolladas en las décadas de los cuarenta y de los cincuenta.

***"No refiere", porque este enfoque fue muy escasamente utilizado a nivel de salud colectiva en América Latina.

lo que para nosotros hace evidente cuál es el *uso real* de la atención primaria en América Latina es la persistencia en la orientación de los recursos que maneja el sector salud (salud pública). Estos siguen siendo masivamente orientados hacia las actividades de tipo curativo, no habiéndose generado en la mayoría de los países de la Región modificaciones significativas luego de más de una década de atención primaria*.

LOS "TIPOS" DE SALUD PÚBLICA

Las reflexiones presentadas están formuladas obviamente desde una manera de pensar la salud pública que si bien pretende ser técnica, no pretende ser neutral en términos valorativos. No obstante nuestra reflexión no intenta proponer una salud pública, ni negar la legitimidad de otras propuestas. Por otra parte, mis reflexiones se hacen desde afuera de la salud pública, lo cual tiene sus implicaciones negativas, pero también determinadas ventajas. Lo más negativo—como lo han planteado a nivel ideológico/metodológico una parte de los antropólogos, algunos críticos de filiación leninista y varios salubristas—es que el "afuera" impide considerar realmente cuáles son las determinantes y cuáles las posibles estrategias (prácticas) a utilizar. Este "realismo político" y metodológico tiene una parte de verdad, sobre todo para las sociedades latinoamericanas. Pero desde "afuera" no solo también se pueden analizar los determinantes aunque de otra manera, sino que además se pueden incluir aquéllos que lo institucional (comprendidas las relaciones de poder) niega en función de estar sobredeterminados por factores económico-políticos y técnico-ideológicos**.

A partir de lo señalado y dentro de un juego constituido entre Estado/sector salud (salud

pública)/ONG/sociedad civil, haremos un último ejercicio y es el de tratar de enumerar los "tipos" de salud pública que suelen ser pensados y/o actuados en la Región, incluyendo los tipos de acción colectiva en salud que no consideramos salud pública en términos de seguro social. Debe recordarse que esta enumeración es formulada en términos esquemáticos.

Los "tipos" que distinguimos se formulan básicamente a partir de las dos "relaciones" analizadas. Esto no quiere decir que no se usen otros criterios, pero son menos constantes y congruentes. Una parte de los "tipos" enumerados realmente son subtipo o variantes, y todos ellos remiten a un doble juego: por un lado a la mayor o menor democratización de la sociedad así como a las características de las condiciones de vida dominante, las cuales posibilitan asumir con mayor o menor congruencia algunas de las posibilidades a señalar, y por el otro a la auto-ubicación (y la ubicación objetiva) de los equipos técnicos dirigentes, ya sea como técnicos de un saber, técnicos de un partido, técnicos de un Estado u otras posibilidades.

Los tipos propuestos provisionalmente son los siguientes***:

- La salud pública es sector salud y en cuanto tal debe asumir un rol técnico y no un rol científico, dado que no se puede intervenir sobre las estructuras que afectan la producción y mantenimiento de determinados problemas. Es en función de ello que dominan las acciones curativas respecto de las preventivas, dados los intereses económico-políticos y las condiciones de la profesión médica. El objetivo "realista" de la salud pública sería lograr el mejor funcionamiento, la mayor calidad posible, dentro de las reglas establecidas. La salud pública puede

*Quiero subrayar que esta afirmación es válida no sólo para las actividades aplicativas, sino que en el campo de la investigación la distribución de recursos de todo tipo es aún más diferencial en favor de lo curativo respecto de lo preventivo. Si lo pensamos en términos de calidad, la diferenciación es todavía mayor. Uno de los puntos a enfatizar es que el concepto de calidad debe ser aplicado tanto a la dimensión curativa, como a la preventiva, pero la salud pública ha pensado y aplicado este concepto básicamente a través de la curación. Desde el MMH esta "decisión" es coherente, ya que la aplicación técnico-científica de calidad en la dimensión preventiva conduce a intervenir sobre las estructuras que generan enfermedad y padecimientos colectivos.

**Diferentes corrientes metodológicas en las ciencias sociales y antropológicas vienen planteando desde la década de los treinta, y sobre todo desde fines de los cincuenta, que las propias instituciones—máxime cuando pertenecen al ámbito político—no deben estudiarse a sí mismas, dado que excluirán, concientemente o no, determinados factores y procesos que son los estructurantes de su acción, y a los cuales *necesitan negar*.

***Lo que sigue es un *ejercicio* y el mismo es solo indicativo y para nada conclusivo, por lo cual se asumen las diferentes críticas. El espacio con que contamos solo ha permitido esta primera aproximación.

contribuir a mejorar la calidad de vida, pero no es su objetivo más importante, ni el más decisivo. Además, se asume que se hace lo que se puede a partir de las determinaciones existentes. El sector salud debe asumir excluyentemente el manejo de la salud pública.

- Una variante del anterior es la que enfatiza y fundamenta la hegemonía de lo curativo no solo por “realismo político-técnico”, sino porque lo curativo sería parte de un proceso de salud pública en el cual se dificulta establecer cuál es el efecto particular de lo curativo y de lo preventivo y de las condiciones de vida. Para este enfoque lo curativo también comprende actividades preventivas (todo el resto del primer tipo se incluye en éste).
- La salud pública es sector salud y en cuanto tal debe tratar de jugar, dentro de las condiciones dominantes, una función de limitación a los factores que incrementan los daños colectivos, intentando a la vez forzar las condiciones hasta donde el juego de fuerzas lo permita (todo el resto del primer tipo se incluye en éste).
- La salud pública es sector salud si se asume que constituye un factor decisivo en el incremento de la calidad de vida, de la democratización de la sociedad, y para ello el eje debe ser colocado en la descentralización. Esta es la que haría posible dar mayor peso a la sociedad civil. El sector salud debe, sin embargo, seguir asumiendo la dirección de la salud pública pese a la inclusión de la sociedad civil. La sociedad civil es *propuesta* como fundamental para el logro de la descentralización, y también la prevención aparece como objetivo prioritario. La descentralización aparece referida a la responsabilidad de la población en el control de los riesgos; la prevención también es referida al control de los riesgos, *pero no al control de las causas*.
- La salud pública es parte intrínseca del Estado, donde éste aparece como la única garantía para poder superar los intereses sectoriales y/o individuales y favorecer la posibilidad de acciones respecto de los conjuntos sociales tanto en términos de curación como de prevención. Esta debe ser una constante que puede visualizarse sobre todo en situaciones de urgencia, cuando se necesita intervenir eficazmente más allá de los intereses encontrados o diferencia-

les de grupos y sujetos. La “debilidad social” de algunos sectores respecto de otros hacen necesaria esta intervención del Estado. La posibilidad de delegarle ésto a la sociedad civil es una “fantasía” tanto en términos de estructura social, como de eficacia técnica.

- La salud pública es un instrumento del sector salud y/o de la sociedad civil que tiene serias limitaciones, dado que todavía no se han creado las técnicas idóneas para dar solución a los problemas de enfermedad. “Cuando tengamos el código genético completo”, así como las técnicas derivadas a partir de ese conocimiento, podremos hacer una prevención integral a partir de lo biológico y sea cual sea el sistema social y político dominante (en lo restante, se incluye lo dicho sobre el primer tipo).
- La salud pública es un saber que solo investiga y da recomendaciones científico-técnicas que el sector salud utiliza según sus propias determinaciones. La salud pública puede cuestionar el tipo de realizaciones, pero se abstiene de intervenir dada la neutralidad valorativa de tipo técnico-científico en la cual se incluye. Da recomendaciones preventivas, dentro de una aceptación de hegemonía de lo curativo.
- La salud pública es un saber crítico que asume la necesidad de la transformación estructural para referir a las condiciones sociales el mejoramiento de la salud colectiva. Esto puede ser identificado con lo que se llama “medicina social”. Este discurso se centró en la prevención, pero cuando está en el poder o en el micropoder las prácticas dominantes son las curativas. No obstante se enfatiza que la salud pública debe operar conjuntamente con otros sectores en mejorar las condiciones económico-sociales, de las cuales depende el control de la enfermedad.
- La salud pública como actividad debe ser sacada parcial o totalmente de la esfera del Estado (sector salud) y ser derivada parcial y/o totalmente a la sociedad civil. Esto *puede* favorecer no solo la desmedicalización, la reducción de la industria de la salud, sino la democratización social. La sociedad civil debe estar a cargo de lo preventivo. La descentralización sin inclusión real de la sociedad civil y del mejoramiento en las condiciones de vida no modifica significativamente el sector salud

(salud pública), dado que son estos procesos los que hacen posible limitar las acciones negativas de intereses sectoriales y convertir a la prevención en hegemónica.

- La salud pública debe ser sacada totalmente del Estado y ser manejada sólo en términos de sociedad civil, donde el equipo de salud interviene en la esfera técnica y no se constituya como entidad separada de la misma. La salud pública así entendida debe trabajar básicamente sobre el mejoramiento de las condiciones de vida (procesos productivos, accesibilidad a alimentos, infraestructura sanitaria, etc.), del cual depende directamente la producción de enfermedades y la calidad de vida (el resto similar al tipo anterior).
- La salud pública en términos "ideales" se entiende como se describió en dos tipos inmediatamente anteriores, pero dadas las condiciones y la urgencia de resolución de problemas, se opta por limitar sus funciones a las descritas en el tercer tipo.

Todos estos tipos, en su mayoría biomédicos,³³ y otros que podríamos pensar, pueden provisionalmente organizarse en cuatro tendencias básicas. Considero que es a partir de una indagación de dichas tendencias en dos niveles—el genérico y el referido a situaciones históricamente determinadas—que podemos comenzar a observar cuál es la aplicación real de ciertos principios que casi todos los tipos de salud pública asumen en la actualidad (equidad, prevención, calidad), o de principios que solo algunos tipos plantean como propios (democratización, peso decisivo de la sociedad civil en la gestión, etc.).

La mayoría de los objetivos señalados aparecen actualmente más difíciles de obtener, dado que existe contradicción, o por lo menos conflicto, entre las políticas económicas que se están imponiendo en la Región y la estructura social y política que el cumplimiento de la mayoría de los objetivos implican. Debe recordarse no solo que en América Latina se están expandiendo los fenómenos calificados de pobreza a la mayoría de la población, sino que la polarización socio-económica adquiere cada vez más caracteres inaceptables en términos políticos y éticos en la Región. Es en el período en que varios tipos de salud pública desarrollan a nivel de discurso gran

parte de los objetivos enumerados, cuando se polariza aún más la situación de los grupos sociales. Al respecto debe subrayarse que dos países de la Región están considerados como la décima y la decimotercera potencias económicas a nivel internacional, y que dichos países presentan algunas de las desigualdades socio-económicas más contrastantes a nivel mundial. Dichas desigualdades se incrementaron en la última década.

Si bien han entrado en crisis las ideologías de recambio social, no obstante es difícil entender en términos económico-políticos e ideológicos cómo se van a conjugar la equidad o la prevención estructural con las nuevas orientaciones económico-políticas. ¿Cómo conciliar el énfasis en la desregulación económica con una orientación preventivista que además aplique criterios de calidad? ¿Cómo conciliar el empobrecimiento de la población con la posibilidad de una mayor participación social organizada y democrática referida al proceso s/e/a? ¿Cómo conciliar una línea de desregulación económica, pero también política, con la aplicación de medidas que limiten eficientemente el "consumo médico"? ¿Cómo conciliar técnicas salubristas que implican modificaciones en los modos y estilo de vida, cuando se incrementan los modos de vida en la pobreza y extrema pobreza, pero además se impulsan ideologías que buscan mayor competitividad, mayor agresividad económica, mayor capacidad de éxito individual en función de las concepciones desreguladoras?

Estas conciliaciones pueden operar tal vez a nivel de discurso, pero no son compatibles en términos de prácticas. Por otra parte ni estos discursos, ni las contradicciones y conflictos son "nuevos", sino que reproducen, con modalidades diferenciadas, situaciones y discursos demasiado reiterados. Creo que el análisis histórico y antropológico de la salud pública puede contribuir a evidenciar cuál es su verdadera práctica en América Latina. La historicidad de la salud pública y de las ciencias médicas en general se pone de relieve tanto en la ignorancia histórica (y de los procesos históricos) que determina sus posibilidades para "superar" las contradicciones o conciliaciones enumeradas, como en las invocaciones casi apocalípticas de fin del mundo (o fin de las ideologías) de algunas tendencias más

o menos críticas o más o menos neoconservadoras.

Por ahora concluyo aquí mi propio discurso retomando una frase ya citada que adquiere en la actualidad desregulada, competitiva y al mismo tiempo contaminada y desigual, mayor vigencia que en los sesenta: "Todo conocimiento que no prevé las consecuencias negativas de su aplicación, es un conocimiento irracional en términos teóricos y éticos"¹. Mi propuesta final es tratar de aplicar esta concepción a la descripción y explicación de las prácticas que se procesan en las saludes públicas de América Latina.

Referencias

(1) Rivas LF. *La situación colonial*. Buenos Aires: CEDAL; 1971.

(2) Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency*. Nuffield: Nuffield Hospitals Trust; 1972.

(3) McKeown TH. *El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?* México: Editorial Siglo XXI; 1982.

(4) Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: F Basaglia et al. *La salud de los trabajadores*. México: Editorial Nueva Imagen; 1978.

(5) Menéndez EL. *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Editorial Nueva Imagen; 1979.

(6) Menéndez EL. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Libros de la Casa Chata; 1981.

(7) Menéndez EL. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata; 1983.

(8) Menéndez EL. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana; 1991.

(9) Illsley R y Svenson PG, eds. Health Inequities in Europe. *Soc Sci Med* 1990; 31(3): 223.

(10) Coreil J et al. Lifestyle. An Emergent Concept

in the Sociomedical Sciences. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1990; 9:243.

(11) Menéndez EL. Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En: E. Menéndez. *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata; 1990a.

(12) Eisenberg L. Disease and Illness: Distinction between Professional and Popular Ideas for Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1977; 1: 9.

(13) Fabrega H. *Disease and Social Behavior. An Interdisciplinary Perspective*. Cambridge: The MIT Press; 1974.

(14) Good B, Delvecchio Good MJ. The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. En: Eisenberg L y Kleinman A, eds. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Hol: D. Reidel Pub. Co.; 1985.

(15) Simons R and Hughes C, eds. *The Culture-Bound Syndromes*. Dordrecht, Hol: D. Reidel Pub.Co.; 1985.

(16) McKinlay J. En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad. En: Jaco EG, ed.: *Pacientes, médicos y enfermedades*. IMSS:29; 1982.

(17) Freidson E. *La profesión médica*. Barcelona: Península; 1978.

(18) Mishan 1979 (1969).

(19) Bobbio N. La democracia realista de Giovanni Sartori. *Nexos* (México) 1990; 146: 12.

(20) Halliday JL. *Psychosocial Medicine. A Study of the Sick Society*. New York: W. W. Norton and Co.; 1948.

(21) Grodos D and de Bethume X. Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. *Cuadernos Médico-Sociales*. 1988; 46: 71.

(22) The Antwerp Manifesto for Primary Health Care. *Ijda Dossier*. 1987; 61: 61-2.

(23) Hahn R and Kleinman A. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Ann Rev Anthropology*. 1983; 12: 305.