

Nueva
Antropología **23**

REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES

**PRESENCIA DE MARX EN LA
ANTROPOLOGIA MEXICANA**

*JORGE ALONSO, Volver a Marx para transformar el hoy •
BRIGITTE B. DE LAMEIRAS, El origen del Estado en el
Valle de México • ESTEBAN KROTZ, Cultura y análisis
político • VICTORIA NOVELO La cultura obrera • HECTOR
TEJERA G., Estructura agraria y diferenciación campesina •
EDUARDO MENENDEZ, Estructura, relaciones de clases
y la función de los modelos médicos • JUAN MANUEL
SANDOVAL, El proceso de trabajo en el proceso de
hominización • CARLOS GARCIA MORA, La cuestión de
la sociedad y la naturaleza en la antropología mexicana •
ANDRES MEDINA, El Estado en Mesoamérica •
Documentos.*

Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos

APUNTES PARA UNA ANTROPOLOGIA MEDICA
CRITICA

Eduardo Menéndez

Actualmente está de moda la crítica al marxismo, al marxismo-leninismo, al marxismo estructuralista, al historicista; los cuestionamientos llegan a todos los distintos "marxismos". Gran parte de esta crítica supone un "desencanto": el marxismo no fue la promesa teórica y política que había vuelto a constituir en los 60. Luego de la esterilidad teórica de los 40 y 50, de los límites del stalinismo, los 60 irrumpieron no sólo desde la perspectiva estructuralista, sino desde la recuperación historicista de Gramsci, el redescubrimiento del freudomarxismo, y la reapropiación de los marxistas marginales de los 20 y 30. La década de los 70 supuso el inicio del cuestionamiento y ahora, en los 80, se profundiza la crítica a la "nueva esterilidad".

La producción antropológica también resiente este proceso que no puede ser meramente referido a las "modas" teórico-ideológicas o a las consecuencias de la producción social de los "socialismos reales", sino que implica junto con éstos, problemas particulares en la constitutividad teórica de nuestra disciplina.

En principio cabe señalar que los "desencantos" teóricos no nos llaman demasiado la atención. Constituyen recurrencias que tienen que ver en gran medida con la *apropiación* de una teoría y con la determinación práctica que los procesos sociales y cognoscitivos operan sobre la apropiación de una teoría.

Si puntualizamos esto, es porque nuestros comentarios pretenden ser críticos pero no negadores y desencantados, quizás porque nunca

estuvimos "encantados", y porque no nos planteamos al marxismo ni como concepción-praxis mesiánica, ni estática, ni definitiva. El marxismo, al igual que las teorías sociales básicas, opera su práctica en diferentes niveles y según éstos puede ser utilizado ya sea como teoría ideologizada o bien como ideología teórica. Es esta alternativa constante la que lo convierte en una teoría abierta, en una práctica teórica que implica la apropiación reflexiva y práxica (*sic*) de otras perspectivas teóricas y no la negación maniquea de las mismas.¹

Nuestros comentarios se harán respecto de una área, que si bien ha sido reconocida como problemática por las teorías marxistas en el nivel general, y en mucho menor grado por la producción antropológica marxista, no ha sido desarrollada sino hasta las

¹ Una parte de los autores marxistas ha manejado en el nivel manifiesto la negación de la importancia de otros aportes teóricos y frecuentemente han utilizado sin mencionarlos los hallazgos y productos de dichos aportes. Otras veces se atribuyen "descubrimientos" de problemas y explicaciones ya producidos por otros marcos analíticos. No todos han procesado así los materiales "ajenos", aun cuando esta práctica stalinista ha generado una secuela de lamentables equivocaciones, cuya culminación la constituye toda una serie de producciones etnográficas claramente

funcionalistas, que sin embargo pretenden ser "marxistas". Justamente lo relevante de una parte de las producciones marxistas italianas y británicas la constituye la asunción clara y reflexiva de dichos aportes. Inclusive los más importantes aportes de autores marxistas o influenciados por el marxismo respecto de la problemática salud/enfermedad (B. Stern, E. Ankernecht, B. Farrington, H. Sigerist, E. de Martino) se caracterizan por haber generado esta apropiación respecto de producciones teóricas historicistas, culturalistas o funcionalistas.

dos últimas décadas y sigue siendo de muy baja producción en América Latina.

En este trabajo proponemos analizar la problemática de las relaciones de clase a partir del eje salud/enfermedad y describir las funciones que las prácticas médicas cumplen en el desarrollo de dichas relaciones. El análisis de las mismas se realiza a través de un modelo que implica la constitución permanente de un espacio ideológico de reconocimiento y eficacia, dentro del cual se producen actividades técnicas específicas, conjuntamente con funciones de control y normatización que tienden a ser opacadas por las primeras. Este modelo abstracto debe ser referido a situaciones históricamente determinadas, así como a una problemática particular que en nuestro caso la constituye "el proceso de alcoholización". A partir del reconocimiento de esta problemática se propone la revisión de la producción antropológica médica, y en particular de los aportes de la antropología asumida como marxista, respecto del eje salud/enfermedad, para concluir que la misma es muy escasa y evidencia un sesgo en el análisis de las relaciones y transacciones de clase, ya que tiende a focalizar las relaciones en la cuasi-determinación de la clase dominante y de los aparatos de Estado, y a prácticamente ignorar la propia racionalidad de las clases subalternas.

CONOCIMIENTO, IDEOLOGIA Y PRACTICAS CURATIVAS

El objetivo central de las investigaciones que venimos desarrollando sobre la problemática salud/enfermedad es contribuir al análisis y "entendimiento" de las relaciones de clase organizadas en torno a esa problemática, así como las funciones que al respecto cumplen las prácticas (y el saber) médico. En principio y para evitar discusiones (o tal vez fomentarlas) nuestro marco teórico no plantea la determinación social, ni mucho menos clasista del conocimiento, en este caso del "saber médico", ni tampoco niega la autonomía relativa de las prácticas teóricas, sino que por el contrario la reconoce, pero asumiendo que toda práctica teórica se ideologiza en las prácticas técnicas y que es en las relaciones sociales en que estas prácticas técnicas operan, que pasan a ser sobre-determinadas por las relaciones de clase.

Las relaciones de clase son investigadas en función del interés por discriminar el proceso de mutua construcción social e ideológica de estas relaciones, así como por establecer cuáles son los procesos determinantes en dicha construcción y sobre todo entender cómo *intervienen* en ellos las clases subalternas.

Si analizamos esas relaciones en función de las problemáticas de salud/enfermedad y de las prácticas médicas, es porque consideramos que ambas constituyen procesos que permiten analizar las relaciones de clase tanto

en un nivel genérico, como en situaciones históricamente determinadas, y porque a través de las mismas se articulan procesos económicos, ideológicos y teóricos determinantes para la reproducción social y biológica de los conjuntos sociales.

Las problemáticas de salud son estructurales para todas las sociedades. Más aún, en la selección de esta área de trabajo partimos de los siguientes supuestos:

- a) la distribución no sólo general, sino diferencial de la enfermedad, los estados de salud y la muerte;
- b) la existencia en todas las sociedades de actividades teóricas, técnicas y/o ideológicas para enfrentar y de ser posible solucionar las problemáticas de salud/enfermedad;
- c) la producción por todas las sociedades de "curadores" que asumen la organización, transmisión y/o aplicación de las estrategias respecto de la enfermedad y la salud;
- d) el hecho de que las funciones curativas y/o preventivas han supuesto siempre la integración con otras funciones de control, normatización y/o legitimación que los curadores articulan sobredeterminados por las primeras funciones;
- e) el hecho de que los problemas de salud/enfermedad constituyen *siempre* procesos que afectan y se constituyen a partir de conjuntos sociales, además de conformar un hecho individual.

Todos estos supuestos nos conducen a proponer que toda sociedad establece estructuralmente una relación teórica, técnica e ideológica respecto de los procesos de salud/enfermedad incluidas las actividades "curativas", mismas que operan tanto en los conjuntos sociales como en los "curadores". Es decir, en todas las sociedades los conjuntos sociales estratificados, incluidos los "curadores" reconocidos y legitimados diferencialmente —desde los "tradicionales" hasta los "científicos"— establecen relaciones tanto teóricas e ideológicas como técnicas acerca de los problemas de salud/enfermedad, en la práctica concreta de sus mutuas relaciones sociales, que incluyen no sólo el rol profesional, sino también las condiciones de sus relaciones de clase.

Con esto no pretendemos concluir que las relaciones teóricas, técnicas e ideológicas en lo concerniente a la enfermedad y a los pacientes tengan la misma significación teórica en los curadores y en los conjuntos sociales estratificados. De hecho, sólo tratamos de proponer la existencia de esas tres dimensiones en relación con una problemática específica. El dominio de aproximaciones teóricas o ideoló-

gicas, o si se prefiere de teorías ideologizadas o de ideologías teóricas en los diferentes protagonistas sociales, no constituye un problema a dilucidar todavía; lo básico que proponemos es que en *todos los conjuntos sociales incluidos los "curadores" nuestra problemática implica estos tres tipos de relaciones.*

Una vez asumido esto, por lo menos hipotéticamente, podemos afirmar que estas tres relaciones operaron y operan cotidianamente en las prácticas curativas de autoatención. Estas prácticas se dan en todas las sociedades y suponen necesariamente la sintetización de aproximaciones técnicas, ideológicas y teóricas, de las cuales son las dos primeras dimensiones las que operan constantemente en las relaciones curador/paciente, pero implicando la referencia a teorías sobre la salud/enfermedad y la curación.

Las prácticas de autoatención constituyen el trasfondo reiterado a partir del cual se generará la emergencia de curadores profesionales. No interesa en este trabajo generar un análisis histórico-estructural de estos roles profesionales, que como ya dijimos, se dan en todas las sociedades, sin por ello eliminar las relaciones de autoatención. Sólo nos interesa señalar que la emergencia de los curadores profesionales se da en relación a los problemas de salud/enfermedad/deviación; que su acción supone no sólo la curación sino el control ideológico sobre los conjuntos; que su profesionalización implica la construcción de

propuestas técnicas, ideológicas y también teóricas que se van especializando y haciendo más complejas, pero que suponen el mantenimiento de relaciones con los conjuntos sociales con los que operan, dado que dichas relaciones son necesarias para ejercitar su eficacia tanto en la cura como en el control.

La producción social de "curadores profesionales" cobrará características particulares en cada sociedad, y aun se dará una división técnica del trabajo entre los mismos que los diferencia y jerarquiza. Pero en la totalidad de las sociedades, esos curadores, en cualquiera de sus tipos serán los articuladores específicos de la ideología (y teorías) dominantes respecto de la salud/enfermedad. Estos curadores serán los sintetizadores y reproductores oficiales de la articulación ideológica mencionada.²

² La división del trabajo y la jerarquización de los curadores está determinada por la inserción socioproductiva y por las funciones que cumplen. En las sociedades "precapitalistas" una parte de los curadores, los de mayor jerarquía social cumplían las principales funciones de sintetización y control ideológico. En las sociedades capitalistas las funciones más jerarquizadas son las que tienen que ver directa o indirectamente con la reparación de la fuerza de trabajo y con el aseguramiento de la reproducción biosocial, dentro de los límites construidos por cada sociedad.

En función de esta especialidad curativa y controlada, los "curadores" se irán diferenciando respecto del manejo técnico e ideológico popular de la enfermedad y de los enfermos. Sin embargo, estas prácticas curativas no pueden quedar desarticuladas de los conjuntos, ya que encuentran en éstos, parcialmente, su posibilidad de eficacia. El "conocimiento" teórico puede alcanzar una alta complejidad relativa; puede ser manejado de tal manera que parezca incomprendible "en sí", pero necesita estar articulado en un espacio ideológico y social común de reconocimiento para actuar eficazmente, y como ya se reiteró, para servir como cura y control.

La eficacia simbólica es delegada, pero es a partir del trabajo con un objeto especial, la enfermedad, la cura, la muerte, que el curador profesional se hace necesario, y su actividad curativa puede opacar la "delegación" y las operaciones de control. Esta participación y esta delegación suponen un espacio ideológico común, en el cual los conjuntos sociales reconocen los mecanismos básicos que provocan la enfermedad y la curación; poseen esquemáticamente ciertos principios teóricos y técnicos, sintetizados ideológicamente, y es dentro de este espacio que pueden funcionar los curadores profesionales. Una de las tareas básicas de éstos y de la sociedad dominante es construir este espacio de reconocimiento y eficacia.

Es decir, que los "curadores" parten ideológica y técnicamente del

contexto social y es a partir de éste, de su profesionalización curativa y de las funciones delegadas de control, construidas a partir de su práctica institucionalizada, que van diferenciándose. Los curadores son operadores de ideologías y técnicas constituidas socialmente, que ellos articulan como ideologías teóricas para aplicar al contexto social del cual "obtuvieron" los principios técnicos e ideológicos iniciales y que ellos organizan, modifican, profundizan en función de la sociedad dominante y de su propia profesionalización.

Considero que la concepción etiológica-curativa "frío-caliente" constituye un posible "caso" que puede ejemplificar lo que venimos analizando. Como sabemos, dentro de la tradición académica dominante, la oposición frío-caliente refiere a una concepción teórico-ideológica tanto hipocrática como galénica, expresada no sólo a través de los "cuatro humores", sino ligada como fundamento "etiológico-fisiológico" a procesos de transformación de los alimentos³, así como a principios de organización simétrica del espacio, de la sociedad y por supuesto de la enfermedad. Esta concepción que constituye el modelo

³ Como lo analiza R. Pérez Tamayo, esta concepción supone una superación de las explicaciones basadas exclusivamente en principios mágico-religiosos. Ver R. Pérez Tamayo (1974 y 1982).

hegemónico de la medicina occidental hasta el siglo XVIII, al igual que lo fue para China y para varias áreas americanas pre y postcolombinas, es la concepción dominante en los conjuntos sociales estratificados, y hasta lo que sabemos en *todos* los estratos.

Tanto los curadores oficiales, los curadores no oficiales (pero que pueden tener una mayor difusión y consumo), como los conjuntos sociales comparten la interpretación ideológico-teórica de las enfermedades. Esta concepción fue practicada por los conjuntos sociales, pero fue organizada teóricamente por los curadores y difundida tanto en el ámbito doméstico como en la relación médico-paciente, a través de una articulación práctico-ideológica común, aunque con diferencias en la elaboración y organización teórica.

La población, o por lo menos las clases subalternas, mantendrán las categorías referidas a la concepción frío/caliente como explicación dominante, mientras que a partir de los siglos XVI/XVII comenzarán a generarse aproximaciones médicas que cuestionan no episódicamente, sino en forma continua y radical a dicho modelo. Este cuestionamiento no implica al conjunto de los curadores, ni siquiera dentro de los curadores oficiales. No obstante, se generan concepciones que van estableciendo un corte radical con la ideología-teórica popular y profesional dominantes hasta dicho período. Antes había una unidad ideológica popular/

profesional donde las diferencias estaban depositadas en la complejidad diferencial de los respectivos discursos, pero no en los fundamentos ideológico-teóricos, que eran básicamente los mismos.

Además, y esto lo consideramos fundamental, las prácticas médicas profesionales y las de autoatención no sólo evidenciaban una limitación radical respecto de las principales causas de muerte⁴, sino que dados los procesos productivos dominantes no aparecen como determinantes la reparación y el aumento de la producción y reproducción de la fuerza social de trabajo.

De hecho será el cambio de las condiciones económico/productivas las que generarán las nuevas concepciones ideológico-políticas sobre la población, y sobre las políticas de crecimiento y de control, que en el campo de la salud/enfermedad se expresa básicamente a través de lo que se llamó "policía médica".

La emergencia de nuevas teorías sobre la enfermedad es paralela a los cambios generados en la estructura productiva y en la apropiación de la fuerza de trabajo. Las condiciones económico-productivas que institu-

⁴ La expresión más evidente de las altas tasas de mortalidad la tenemos en el reducido tamaño de la población y en el lento crecimiento de la misma hasta fechas relativamente recientes.

cionalizan su hegemonía en el siglo XVIII implican no sólo la construcción de una nueva estructura de clases, sino la emergencia de la nueva ciudad industrial, del proletario expuesto al ciclo ocupación-desocupación; es decir, a la emergencia de una nueva clase social que no puede contar con ningún o casi ningún recurso propio de subsistencia (y salud), salvo su trabajo.⁵

La sociedad dominante necesita en consecuencia solucionar en la práctica una contradicción permanente: asegurar la reproducción social y física de una fuerza de trabajo, que la clase dominante sabe que está continua y cíclicamente expuesta a condiciones de vida (ciclo ocupación/desocupación) que afectan su reproducción

tanto biológica como social e ideológica.

La sociedad capitalista necesita construir socialmente al proletario, obligarlo económica y físicamente a trabajar, pero también necesita construirlo ideológicamente para asegurar la reproducción consensual, y su propia legitimación. Como sabemos todo un conjunto de instituciones se cristalizan durante el siglo XVIII y llegarán a ser hegemónicas en el siglo XIX, una de ellas será la institución médica cumpliendo sus funciones de cura y control.

Debe subrayarse que este tipo de instituciones aparecen y se desarrollan inicialmente en los países capitalistas centrales y que su aparición no evitará la falta de educación ni la falta de atención médica para el grueso de la población, ni supondrá que se creen cárceles para todos los delincuentes. El alcoholismo será considerado un delito, pero muy pocos son encerrados en cárceles, manicomios u hospitales. La emergencia de estas instituciones supone una tendencia: tratan de instituir lo que se considera "normal", lo que se considera "correcto", lo que puede solucionar la situación actual. El Estado, o mejor dicho la sociedad dominante, necesita la salud, la educación, el autocontrol para asegurar la reproducción y controlar a las "clases peligrosas", pero eso no implica que invierta económicamente para ello, sino en la medida en que no afecte su proceso de acumulación. El conflicto que opera

⁵ La ciudad no es sólo una nueva categoría socioecológica, sino que es el lugar donde se constituye la nueva estructura de clases. El proletariado, la pequeña burguesía, la burguesía serán clases básicamente urbanas. La ciudad será el lugar donde se instalen las nuevas instituciones para trabajar, para educar y para curar disciplinadamente. Será la ciudad el lugar de las "clases peligrosas", de las áreas insalubres y contagiosas, de las masas desocupadas. Será la ciudad donde emerjan la enfermedad mental y el "alcoholismo" como problemas. Los "tontos" serán personajes rurales; los violentos y "viciosos" serán identificados con lo urbano.

entre construcción de consenso-legitimación y las políticas disciplinarias que aseguren la explotación y reproducción de la fuerza de trabajo es resuelto a favor de este último proceso.

Las "nuevas" instituciones de control ideológico, cuyo objetivo básico y manifiesto no es por otra parte el control, aparecen como los modelos a partir de los cuales se vuelven a construir los sistemas de "autocontrol" que fueron violentados y eliminados entre los siglos XVI/XVIII. A partir de estas instituciones se intentarán construir nuevos "valores objetivos" subjetivizados. Estos procesos suponen una tendencia, cuyas funciones de control social e ideológico son a nivel manifiesto secundarias y además en potencialidad de transformación.

Un segundo punto a subrayar es que estas instituciones operarán como las más representativas y "opacadoras" en la construcción de los nuevos espacios ideológicos dominantes. La educación, y la ciencia (y la práctica médica incluye a ambas) constituyen no sólo instituciones sino valores aparentemente "en sí", que se oponen a valores "objetivamente" negativos y/o reaccionarios (la falta de educación; las supervivencias; la medicina curanderil, etc.), y esta oposición opera tanto a partir de los sectores hegemónicos de la burguesía, como de las tendencias ideológicas radicales. La práctica médica, como práctica científica, no sólo se legitima a través del apoyo de todas las clases urbanas,

sino que emerge como "el" proyecto curativo progresista.

La institución médica va produciendo una serie de características que son funcionales al conjunto de las clases, tanto en la cura como en el control, y esta funcionalidad pasa no sólo por la necesaria reproducción de la fuerza de trabajo y de la disciplina del cuerpo (y luego de la "mente") para los sectores dominantes, sino que se impone porque esa reproducción, así como el "autodisciplinarse" aparecen como necesarias para la supervivencia individual y familiar del proletariado. Esta funcionalidad común y diferencial se halla legitimada por "valores" comunes que tanto el sistema dominante como las ideologías que lo enfrentan (socialismos desde los fabianos hasta el marxismo, anarquismo, anarcosindicalismo) ponderan como los "mejores" y progresistas.

Esta identificación se fundamenta no sólo en la intencionalidad, sino en una práctica médica que establece su particularidad, su diferenciación y su autoproposición como ciencia a partir de fundarlas en la autonomía del nivel biológico. La "mirada médica" refiere a la biología como nivel de análisis y como determinante autónomo de la enfermedad. Desde esta perspectiva el darwinismo constituye el momento de la institucionalización de este saber y no su inauguración. Darwin cristaliza el corte y autonomía biológica en la explicación no sólo estructural sino "histórica" del cuerpo humano. El

desarrollo de la perspectiva biologista-evolucionista es compañera del desarrollo del control económico, laboral e ideológico del cuerpo del productor directo, es decir del proletario⁶. Si bien el uso "abierto" del cuerpo muerto, del cadáver se remonta a siglos anteriores, el uso legitimado del mismo corresponde a los siglos XVIII y XIX. El desarrollo de la anatomía descriptiva, topográfica y patológica implican la expresión más destacada de esta autonomía, que legitima cada vez más la apertura de todos los cuerpos, aunque en realidad los cuerpos que se abrían durante el siglo XIX pertenecían siempre a las clases subalternas, y sobre todo a los "marginados" y "desviados".

Justamente la identificación científica con el nivel biológico constituye el punto de fractura más significativo respecto de *todas* las otras prácticas curativas. En la afirmación positiva del cuerpo y del fundamento biológico

del mismo radica su fuerza científica distintiva y su excepcionalidad, por lo menos desde la perspectiva de los conjuntos sociales. Es a partir de la dimensión biológica que todo lo demás pasa a ser "curanderismo". Desde esta perspectiva, la práctica médica así como las otras disciplinas centradas en la biología expresan una alternativa potencial que será reiteradamente utilizada científica e ideológicamente. Estas disciplinas plantearán recurrentemente la determinación biológica no sólo de la enfermedad sino de la organización social. Su intrínseco individualismo biológico, que a su vez expresa un reduccionismo genérico, tiende a la anulación permanente de las condiciones sociales como condicionantes reales de la salud/enfermedad; constituyen inconscientemente un modelo de explicación para los conjuntos que entran en contacto con su práctica.

Ahora bien, lo expuesto hasta ahora no niega la existencia de una dialéctica propia en la práctica médica, sobre todo en el nivel de las teorías médicas. Nuestro análisis no pretende concluir que el "Modelo Médico Hegemónico" (MMH) se constituye para controlar, ni que sus funciones de control y normatización son las hegemónicas. Las funciones dominantes, tanto a nivel latente como manifiesto, son las "curativas" y es justamente en esto en que la práctica médica hallará gran parte de su fuerza de control ideológico. La práctica médica no es pensada por los

⁶ Este proceso no implica el desarrollo de una "medicina del trabajo". Emerge el reconocimiento de esta problemática, pero será una "especialidad" muy poco desarrollada. Una cosa es reconocer la necesidad de un trabajador sano, y otra muy distinta que la situación de enfermedad sea producida por el trabajo. La medicina será una práctica reparadora de los cuerpos, será una medicina para curar al trabajador, pero no será una medicina del trabajo.

actores como un ejercicio de control; dicha actividad se articula inconscientemente en su propia práctica curativa y preventiva.⁷

SABER MEDICO, SABER "POPULAR" Y RELACIONES DE CLASE

Si se esquematiza lo analizado hasta ahora, se puede decir que a partir de mediados del siglo XVIII cristalizan toda una serie de procesos que implican la reformulación de las relaciones de clase en torno a la salud/enfermedad y las prácticas curativas. Estos procesos son:

- El desarrollo de nuevas teorías (ideologizadas) médicas, que serán parte constitutiva del nuevo MMH con funciones de cura, control y normatización;

- el desarrollo de un proceso económico-social que implica una nueva estructura de clases y la necesidad de transformación y control del cuerpo productivo;

- la aparente dispersión de la localización de los poderes, que debe ser percibido como un proceso de reconstitución del consenso a través de instituciones que en el nivel manifiesto no se constituyeron para dichas funciones;

- la emergencia de un nuevo discurso teórico-ideológico médico, que supone un corte radical con el discurso dominante tanto a nivel médico "tradicional" como popular y cuyo fundamento se halla en la determinación biológica excluyente de los problemas de salud/enfermedad.

⁷ Con esta afirmación no pretendemos negar la función de la subjetividad de los actores. Existen demasiados ejemplos significativos de esta función intencional de control y que no sólo pasa por el ejercicio de la violencia simbólica, sino directamente por actitudes intencionales de represión. Pero esto no constituye lo dominante dentro de las funciones realizadas por la práctica médica.

Ahora bien, durante el siglo XIX este proceso se profundiza, es decir se acentúa el distanciamiento teórico entre los curadores oficiales y los conjuntos sociales. No obstante, conjuntamente se generan procesos de apropiación y determinación a partir de la reconstitución del espacio ideológico cuyo eje de acción está en la relación médico-paciente. Esta relación constituye sólo una parte del saber y la práctica médica, pero es en ella que se sintetizan la transferencia,

transformación y apropiación "popular" de dicho saber.

El saber médico, como la mayoría de los saberes científicos, se verifica en actividades tanto teóricas como técnicas. Esta doble relación no sólo supondrá una división del trabajo que cada vez se profundiza más entre los investigadores y los médicos aplicativos, sino que también implica una relación diferencial con el objeto de trabajo. Cada vez los investigadores tienen menor relación directa con los conjuntos sociales, y cuando la tienen constituye una relación básicamente instrumental: el enfermo es un medio para acceder a un conocimiento. Que este conocimiento revierta ulteriormente en forma eficaz sobre el mismo es secundario para el tipo de análisis que estamos realizando.

Los conjuntos sociales acceden al saber médico a través de los médicos aplicativos. Se debe subrayar que tanto para unos como para otros el enfermo es básicamente un *paciente*, término que implica de hecho una relación de subordinación y sometimiento, pero en el caso de la investigación ese sometimiento supone una característica particular: si bien todos los pacientes aparecen subordinados, casi en la totalidad de los casos los pacientes que son sometidos a investigación proceden de las clases subalternas. La mayoría de la investigación médica se ha hecho y todavía se hace con personas de las clases subalternas. Además el sujeto/objeto de estas investigaciones no tiene generalmente ni una

preparación educacional, ni puede establecer una relación que le permita acceder a lo producido a partir del trabajo con su propio cuerpo (o mente). Estas condiciones se profundizarán a partir de la tercera década del siglo XIX.

La cosificación de los sujetos de las clases subalternas, puede o no haber influenciado en las condiciones ideológicas del conocimiento producido. Pero ahora no nos interesa discutir esto. Lo que no cabe duda es que esta relación tiene que estar inscrita en el cuerpo histórico de los conjuntos sociales sometidos, y que esta inscripción no sólo expresa la violencia simbólica de esta relación, sino también la violencia física y social en la cual no se disimulan las relaciones de fuerza, sino que el tipo de relación supone al mismo tiempo relaciones y significaciones de control ideológico, social y físico, que lo determinan como subordinado.

Pero puede ocurrir que la contribución de la investigación médica a constituir como "naturales" las relaciones de subordinación de las clases subalternas no afecten los núcleos teóricos del conocimiento. A nuestro juicio, discutir la determinación ideológica posiblemente inscrita en la producción de conocimiento médico, pasa a ser un problema secundario en la medida que la dimensión ideológica aparecerá indefectiblemente en la aplicación de ese saber ya verificado. El producto de las investigaciones, ajeno al grado de autonomía científi-

ca que tenga, va a operar prácticamente en las relaciones equipo de salud/paciente, y sobre todo en la relación médico/paciente. Es decir que los "descubrimientos" de las investigaciones no quedan aislados en los gabinetes de investigación, sino que se manifiestan prácticamente a través de un medicamento, de una vacuna, de un tratamiento que opera un médico aplicativo, y no el investigador. Dicha aplicación se da, además, en determinados contextos institucionales y a través de procesos de relaciones sociales que implican potencialmente procesos de apropiación, esquematización y transformación del saber "original".

La construcción del "paciente", de la situación de "paciente", supone un trabajo social e ideológico dentro del cual operará el conocimiento médico. En esta construcción intervienen no sólo los curadores e investigadores, sino los conjuntos sociales. El rol de paciente supondrá en los hechos una situación de "minoridad" y sobre todo en los pacientes de las clases subalternas. La situación de paciente es potencial para todos los estratos de la sociedad, y la misma se construye subordinadamente a partir del reconocimiento de una relación estructurada en torno a saber/no saber, de una relación en la cual el que "sabe" utiliza un lenguaje subordinante ya que pretende ser científico, verificado, universal. A través del operador médico hablará un lenguaje médico que refiere a un saber investigado que de hecho

subordina a los "otros" y que de hecho tiende a legitimar la estructuración social dominante por lo menos dentro del campo médico.

La construcción del paciente supone, durante el período de institucionalización del MMH, el rechazo de las otras formas de atención curativa. En este rechazo radical se fundamenta parcialmente la posibilidad de construcción de un nuevo espacio ideológico común, donde el sometimiento a esta medicina no sea cuestionado. La estigmatización y la negación de las otras "medicinas" constituye una estrategia, en la cual el saber científico reduce el saber tradicional a la ignorancia, a la superstición y como consecuencia al riesgo iatrogénico. En un nivel latente, la inferiorización de estos saberes "tradicionales" supone la inferiorización y subordinación tanto de sus consumidores como de los operadores, es decir de las clases subalternas, o por lo menos de una parte de éstas. A nivel del discurso médico oficial del siglo XIX y hasta la década de 1950, no se acepta la convivencia técnica e ideológica con las "medicinas alternativas".

La construcción del paciente supone además la legitimación del encierro. Nuevamente esta legitimación se propugna a partir de principios científicos que justifican el encierro en la casa o en el hospital, para curar, investigar, proteger o enseñar. Y en estas actividades se sintetizan elementos determinados científicamente y otros condicionados social e ideológicamente.

te, pero que hallan sus justificaciones en la referencia a la ciencia y a su objetividad.

Es en los objetivos centrales y manifiestos de la práctica médica donde la reproducción se ejerce consciente e inconscientemente. Es justamente en la necesidad "objetiva" de aislar, de crear condiciones de higiene, de supervisar, de vigilar, de enseñar que las funciones de control se ejercen, se reproducen, se ocultan y se normalizan inconscientemente. Tan inconscientemente que las clases subalternas han llegado a aceptar su propia utilización experimental en clínicas y hospitales más que ninguna otra clase social.

La potencialidad de hegemonía supone además que el discurso médico se homogenice, o por lo menos que aparezca ante los conjuntos sociales como homogéneo aunque jerarquizado. La práctica médica aparece como "Una", donde las diferencias pasarán por la especialidad y donde la jerarquización se generarán a partir de ésta.

Ahora bien, esta homogeneización, organizada a partir de proponer a la medicina como científica, no implica desconocer que las prácticas médicas están saturadas de saberes y prácticas "tradicionales", y que además son fuente de la creación de "nuevas concepciones populares". La homogeneización constituye en gran medida una tarea ideológica que apropia y transforma prácticas "tradicionales". Esto se hace necesario para una "medicina" que se asume diferenciada

como científica, pero cuya base de formación profesional es aún sumamente frágil y enormemente diversificada (ver Informe Flexner para los EEUU); donde los controles académicos operan sobre una parcialidad de los profesionales.⁸

Desde esta perspectiva, se debe partir del supuesto de que durante su proceso de homogeneización la práctica médica sintetiza ideológicamente elementos que proceden de las "nuevas investigaciones" científicas, fundada en la autonomía biológica, con concepciones y prácticas apropiados de la experiencia "popular" y de clase de los curadores científicos. ¿Cuáles son los criterios científicos que conducían a percibir el alcoholismo como "vicio" casi exclusivo del proletariado? ¿Qué hallazgos científicos indicaban cuáles eran las pautas correctas de alimentación, destete y ablactación durante la segunda parte del siglo XIX? ¿Qué bases científicas avalaban los diagnósticos de debilidad congénita, de dipsomanía, de pelagra para el mismo período? ¿Quiénes fueron los que recomendaban profesionalmente

⁸ Si inicialmente la práctica psicoanalista permite que estudiantes de segundo año de medicina atendieran pacientes (Tausk) o que personas sin formación profesional actuaran como psicoterapeutas (E. Erikson), fue porque la institución médica no había aún medicalizado a la institución psicoanalítica.

y aun a nivel infantil administrar opio (como actualmente diazepam) y "vinos fortificantes", justamente en el período en que la medicina científica instituye su hegemonía?

Estos casos no son meros ejemplos, expresan de hecho la normalidad sintetizadora de una práctica, que nosotros estamos estudiando en particular respecto del "alcohol" como curación y como enfermedad. Actualmente, algunos conjuntos sociales siguen diagnosticando no sólo "el empacho", sino "la debilidad"; de igual manera, una parte de esa misma población reconoce que empacho y diarrea constituyen prácticamente el mismo fenómeno⁹. La relación con la leche materna y el destete "incorrecto" constituye, como sabemos, un doble efecto de demostración de clase. Por una parte, las pautas de clase que tienen que ver con el cuidado del cuerpo, y por otra parte, la incidencia de la mirada médica que cuestiona las prácticas "tradicionales" y fomenta pautas modernas. Pero ¿de dónde extrae la

práctica médica sus recomendaciones conductales sobre el destete, la debilidad o los "vinos tonificantes"? Por supuesto que estas concepciones están sacadas parcialmente de las "nuevas" teorías médicas; por ejemplo, en el caso de los vinos "tonificantes" debe ser relacionada con la concepción irritación/reacción y en consecuencia con las propuestas de Brown y de Broussais. Pero previamente las prácticas populares y los "curadores" pre-científicos también lo consideraban tonificante. Es decir que la práctica médica sintetiza elementos del saber médico científico y del saber de los conjuntos sociales; los sobredetermina a partir de una práctica profesional reconocida básicamente como científica, y los escinde al fundar la explicación teórica en la dimensión biológica.

Respecto de las relaciones que venimos analizando, es necesario puntualizar dos problemas. El primero refiere justamente a la potencialidad normatizadora de la práctica médica, que fundada en lo biológico a nivel científico, justifica las prácticas ideológicas construidas en la relación médico-paciente. Es en este pasaje en el cual se oculta y se manifiestan las funciones ideológicas de la práctica médica. Normatizar quiere decir para nosotros proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto de la salud. Normatizar supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de fundamentos médicos. Es justa-

⁹ La revisión de certificados de defunción firmados por médicos nos ha permitido constatar en diversas partes del país la vigencia de diagnósticos de muerte que certifican defunción por "debilidad". Además como sabemos la relación creciente que la población reconoce entre un tipo de empacho y diarrea se debe a la incidencia educacional médica.

mente en este "salto" de lo "biológico" a lo "conductal" donde la normatización opera una transformación y esquematización de los referentes teóricos, ajeno o no a la propia intencionalidad de los curadores.

El segundo punto implica una discusión que generalmente se da a partir de cuestionamientos incorrectos. Cuando se señala que a fines del siglo XIX o en 1982 determinadas "recomendaciones" médicas evidencian incorrección en términos científicos, los profesionales del arte de curar se apresuran a señalar que dicha incorrección provisoria es "normal", dado que el avance del conocimiento se realiza sobre propuestas desechadas, sobre hipótesis superadas que la investigación y la práctica van verificando. Esto puede ser correcto, pero lo que este planteo no reflexiona, lo que este cuestionamiento parece ignorar, es que dichas "recomendaciones" médicas —las cuales en su momento fueron suscritas por la institución médica y luego fueron reconocidas como erróneas—, tienen la particularidad de haber sido aplicadas a personas, a conjuntos sociales, en nombre de la objetividad científica; que dichas prácticas se ejercitaron y se experimentaron en su cuerpo y generalmente además no se les informó cuando dejaron de ser "verdad". El modelo médico, actúa, al igual que gran parte de las prácticas que se asumen como científicas, ignorando a los sujetos; tanto es así que ni siquiera se reflexiona *significativamente*¹⁰ sobre esta situación y

consecuencias en la "educación para la salud" del paciente, en la apropiación y transformación que éstos hacen del saber médico en la relación médico-paciente.

Analizar la autoatención y la automedicación, como una permanente trasgresión de los conjuntos sociales, como un comportamiento incorrecto, conduce a reducir este proceso a las conductas individuales de los consumidores, a no tomar en cuenta la función de la práctica médica en este proceso y a concebirla como aislada y exclusivamente científica, y a no buscar las determinaciones profundas del mismo. La autoatención constituye un proceso estructural y *potencialmente* positivo; el problema no radica en eliminarla "en sí", sino en precisar y explicar la aparente inevitabilidad de la misma (la "evitabilidad" supone justamente aumentar los "controles") y de los procesos no sólo curativos sino sociales que cumple. Oponer medicación científica a automedicación de los conjuntos sociales, vuelve a colocar el problema en torno al eje ciencia/anti-ciencia, que evita entre otras cosas llegar a percibir cuáles son las causas de esta percepción ideologizada.

¹⁰ Por supuesto que existen médicos o biólogos que han pensado esta situación y sus consecuencias, pero esta reflexión no ha sido significativa para la práctica médica.

El proceso de medicalización supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social. El alcoholismo dejará de ser un "vicio" para devenir "enfermedad"; el parto se convierte en una ceremonia quirúrgica, que primero siguió en manos de mujeres, para luego ser apropiada por el médico varón. Estos procesos implican nuevas reglas, nuevas actividades y nuevas formas de relación, más allá de la eficacia y/o efectividad. El proceso de medicalización constituye un fenómeno aparentemente paradójico, pues si bien es parte del desarrollo de la práctica médica, de una práctica y un saber que suponen un distanciamiento creciente del saber y práctica de los conjuntos sociales, al mismo tiempo dicho proceso de medicalización que se proyecta cada vez sobre más áreas del comportamiento físico, pero también psíquico y social implica una articulación inteligible, por lo menos ideológicamente, con los conjuntos sociales. Desde esta perspectiva, la medicalización implica la necesidad de construir un nuevo espacio ideológico en el cual se establezcan mínimas correlaciones entre la teoría médica y los conjuntos sociales.

La indudable complejización de las prácticas teóricas produce una escisión respecto del saber popular, que no sólo se trata de resolver a través de los propios procesos médico-sociales. Cohetaneamente aumentan las tasas de escolaridad en función de un doble

proyecto básico productivo-ideológico, que aun suponiendo una apropiación y posibilidad diferencial según los estratos sociales (hipótesis de B. Bernstein y P. Bourdieu respectivamente), supone no obstante la construcción de espacios de mutuo reconocimiento y participación ideológica.

Además, si bien el propio desarrollo de las ciencias médicas implica un proceso cada vez de mayor complejización, este proceso opera crecientemente en dos niveles. Uno es el que se establece entre los productores de conocimiento y los operadores de este saber (médicos aplicativos); y otra la que se produce entre éstos y los conjuntos sociales en la relación institución/paciente. Hay un tercer nivel que se incorporará ulteriormente y es el que establece las relaciones entre el conocimiento médico y la población a través de mecanismo de divulgación intencional o involuntaria¹¹. Es básicamente en la relación institución/paciente que se constituye el espacio ideológico común en el cual se dará una nueva articulación curador/conjuntos sociales. Este espacio supone

¹¹ "Medios" de divulgación han existido previamente. Algunos "Florilegios" medicinales han tenido una extensa difusión en etapas precapitalistas, pero dicha difusión no puede ser comparada con el desarrollo generado a partir del siglo XIX y sobre todo del siglo XX a partir de la industria editorial de la salud.

procesos de esquematización y opacamiento como condición de la apropiación del mismo; y como ya se dijo, a partir de un "empobrecimiento y esquematización" previos constituidos entre el "saber teórico" y el "saber aplicado". Este primer proceso se da en la actualización de la teoría médica por los médicos aplicados. Esta apropiación y empobrecimiento opera dentro de un tipo de relación subordinada; una relación de aprendizaje académico/profesional que implica subordinación, pero cuya calidad de subordinada es diferencial respecto de la relación médico/paciente donde la subordinación no sólo supone una situación de inferioridad en el conocimiento, sino también una situación de dependencia y en cierta medida de "desviación".

Es en esta relación donde operan transacciones técnicas e ideológicas que suponen desde relaciones "abstractas" (en nombre de la ciencia; fenómeno universal), hasta relaciones específicas de clase (quiénes son los que intervienen en la relación). En todos los casos no sólo existe una relación potencialmente subordinada y dependiente sino que el tipo de relaciones supone una necesaria enseñanza (la prescripción médica) y una necesaria apropiación (saber cumplir dicha prescripción). Esta relación supone en consecuencia una evaluación a través de criterios de saber y de no saber, que se actualizan en una relación práctica donde el objetivo es la cura real o imaginaria. Este proceso supone

una transformación en la constante verificación cotidiana cuya referencia no constituye sólo un proceso de aprendizaje teórico de principios abstractos sino la puesta a prueba por los curadores y por los pacientes, aunque en diferentes posiciones y saberes. Ambas prácticas esquematizan y transforman ese saber "abstracto", pero vinculándose ideológicamente al mismo. Esta vinculación es posible por el nuevo espacio ideológico construido en función de la determinación científica, pero a partir de su transformación social.

El nuevo espacio ideológico supone tal vez compartir menos conocimiento en cuanto a cantidad de conocimiento verificado; pero no menos en lo referente a los principios básicos que articulan tanto a la medicina actual, como a la galénica con los conjuntos sociales.

La fractura generada en el siglo XVIII, fractura teórica e ideológica, se ha ido suturando ideológicamente constituyendo un nuevo espacio de inteligibilidad ideológica, sobredeterminado en el proceso de transacciones médico/paciente y de clase por la práctica y saberes médicos.

Como ya se señaló, respecto de los procesos más recientes, los "medios" han contribuido a reforzar tanto la hegemonía del MMH como la constitución del nuevo espacio ideológico. En la mayoría de los países capitalistas, las enciclopedias médicas, los libros sobre dietética y salud, las revistas sobre problemas médicos, consti-

tuyen constantemente uno de los rubros editoriales de maycr venta.

El nuevo espacio ideológico se constituye en función necesaria de los objetivos curativos, reparadores y preventivos, tanto desde la perspectiva de los curadores, como desde la de los pacientes. Son justamente estos objetivos centrales los que refuncionalizan y opacan las funciones de control y normatización, *intrínsecas a la propia práctica de los curadores*. En consecuencia la hegemonización médica no sólo refiere a la hegemonía de una medicina basada en la ciencia, sino que también refiere y se articula con las prácticas políticas e ideológicas dominantes.

Analizar las relaciones técnicas e ideológicas que operan en la relación médico/paciente y afirmar la sobre-determinación ideológica, científica y clasista de las mismas no implica reducir nuestro trabajo a la denuncia "en sí" del Modelo Médico (MM). Problematizarnos críticamente sobre este modelo, tanto en sociedades capitalistas como de socialismo real, supone para nosotros discriminar sus funciones de articulador y legitimador ideológico, sus funciones de control en sus relaciones con el conjunto de las clases sociales.

Ajeno a reconocer la legitimidad de su capacidad de curación, lo relevante es que a través de la demanda se legitima, aun cuando dicha demanda pueda ser conflictiva. La legitimación que el MM establece se inscribe en la experiencia real y/o imaginaria del

propio cuerpo de los sujetos; es decir, implica no sólo la experiencia de subordinación y/o reacción dentro de la relación, sino una relación donde uno de sus límites lo constituyen la enfermedad y la muerte¹².

Es justamente la importancia de esta relación/apropiación la que tiende a legitimar y a reconocer favorablemente a las "vigilancias", las "campañas", así como la medicalización¹³, dado que se instituyen a partir de las necesidades construidas en relación del propio cuerpo y de su superviven-

¹² Esto ya había sido puesto parcialmente de manifiesto por los antropólogos culturalistas que entre los 40 y los 60 describieron y analizaron la relación médico-paciente. Una lectura ideologizada impidió ver en su información más allá de lo que los propios antropólogos concluían en sus investigaciones.

¹³ Aseverar lo anterior no significa desconocer la "resistencia" y hasta el "rechazo" que en numerosas sociedades se ha generado respecto de las acciones oficiales de salud. Pero analizado este rechazo en un lapso histórico amplio, se demuestra el cese o aminoramiento del mismo. Se ha tendido a interpretar como definitivo, lo que en casi todos los casos aparece como episódico. Nuevamente el éxito del programa de planificación familiar en México, incluso el aumento de la denominada esterilización "voluntaria" constituye el ejemplo más relevante al respecto.

cia individual y colectiva. El control aparece en consecuencia legitimado, junto con la normatización y la cura. Es en gran medida la dificultad o incluso imposibilidad de cuestionar dichas funciones en un nivel teórico lo que a su vez tiende a fundamentar su legitimación. Son estas características las que favorecen la adopción del MMH por la mayoría de los sistemas sociales, ya que a través de dicho modelo se puede no sólo curar y prevenir, sino que se puede controlar, normalizar y legitimar a través de categorías científicas. Es en función de esta potencialidad que el "control" de la salud deviene tan necesario como el "control" de la enfermedad¹⁴.

Esta funcionalidad ideológica de la práctica médica no implica que nos-

otros reduzcamos su actividad a la construcción de un consenso que no sólo lo legitime, sino que le permita ejercer su eficacia. La violencia simbólica, posiblemente más que en ninguna otra actividad, ha funcionado complementariamente con la violencia física. En este sentido, la apropiación generada en la relación médico-paciente, constituye una apropiación en la cual se sintetiza la aceptación conflictiva del control y la violencia simbólica (y frecuentemente física) desigual.

ACOTACIONES METODOLOGICAS AL ESTUDIO DE LA "MEDICALIZACION"

El análisis de las relaciones de clase en función de la enfermedad/salud, el análisis de las funciones de la práctica y saber médico operando en dichas relaciones de clase, el análisis de la apropiación, transformación y transacciones producidas por el conjunto de las clases sociales y en particular de las clases subalternas, puede ser generado a través de varias problemáticas específicas. Nosotros hemos seleccionado la que denominamos "Proceso de Alcoholización" por considerar que esta problemática expresa los procesos en un nivel de complejidad que casi impide caer en los reduccionismos que periódicamente dominan a las interpretaciones teóricas. Además la hemos seleccionado por las siguientes razones:

¹⁴ Es esta funcionalidad "científica" la que conduce a denuncias esquemáticas sobre su potencialidad de instrumento de control. Toda práctica científica tiene la potencialidad de ser *algo más* que una mera formulación teórica a través de la instrumentación de la misma. En el caso de prácticas científicas que se ejercitan técnicamente en forma cotidiana, como es el caso de las prácticas médicas, esto supone una alternativa permanente. Pero reconocer esto no supone el rechazo de la "ciencia", sino considerarla como un instrumento potencial y cuya ideologización dependerá de los sujetos históricos que se hagan cargo de ella.

- a) Constituye una de las primeras causas directa y/o indirecta de mortalidad general en varones en "edad productiva". Sigue incrementándose o por lo menos aparece estacionaria; es decir que constituye un problema que aparentemente no es "solucionable";
- b) conforma un problema tanto "físico", como "mental", así como una reconocida problemática "social";
- c) su reconocimiento como enfermedad corresponde al período de transformación teórica del MMH. Algunos de los principales aportes de la "nueva medicina" se harán sobre investigaciones clínicas y anatomopatológicas referidas al "hígado" y en particular a la cirrosis en la dimensión física. La "nueva psiquiatría" también se legitimará científicamente con las consecuencias del alcoholismo a través de los aportes de Verniker o Korsakow;
- d) constituyó y sigue constituyendo en varios países no sólo un problema médico, sino también un problema jurídico-policial. En algunos países constituye la primera o la segunda causa de reclusión policial, es decir que cumple obvias funciones de control;
- e) es un fenómeno que tiene que ver con *todos* los estratos y clases sociales de una sociedad determinada, incluyendo a los propios curadores. Conforman un proceso inter e intraclase, que se expresa a través de acontecimientos cotidianos y extraordinarios constantes;
- f) desde por lo menos el siglo XVI/XVII constituye un fenómeno de importancia económica y ocupacional determinante para algunas sociedades;
- g) la emergencia de la alcoholización de "masas" como un fenómeno continuo y no sólo ritualmente esporádico ("fiestas"), parece haberse constituido entre los siglos XVI y XVII y alcanzado su reconocimiento social y médico en el siglo XVIII;
- h) constituye un problema de salud (morbilidad y mortalidad) en la mayoría de los países de Latinoamérica, y en particular en México, así como en la mayoría de los países capitalistas y de "socialismo real";
- i) existe una notable producción empírica y teórica sobre esta problemática tanto en ciencias antropológicas y sociales, como en psiquiatría social.

Ahora bien, como ya dijimos, tanto la problemática general como la específica está planteada analíticamente a través de un modelo abstracto. Pero como se sabe, todo modelo abstracto, por lo menos en antropología, refiere *siempre* a situaciones históricamente determinadas. En nuestro caso es transparente que la referencia es al conjunto de países en los cuales se constituye el proceso capitalista, que es por otra parte los países en los cuales se constituye la "nueva" teoría médica, las teorías antropológicas y sociales, y por supuesto en los países donde la "alcoholización" emerge inicialmente como problema médico.

Este esquema abstracto se refiere en consecuencia a las sociedades en las cuales se constituyen los determinantes de los procesos señalados y que operaron determinadamente en la reconstitución de lo que sería Latinoamérica. Pero este esquema abstracto no puede pretender ser impuesto/propuesto como explicación aislada de los contextos económico-políticos específicos en los cuales se generó inicialmente, ni de los contextos sobre los cuales impondría transnacionalmente estos esquemas.

Lo señalado previamente implica la necesidad metodológica de proponer esquemas generales explicativos, pero también necesariamente verificarlos en las situaciones históricas y sociales. Sólo así puede generarse un mutuo control de la generalidad y de la particularidad, dos reduccionismos que acechan constantemente y que

pueden llegar a tener denominaciones provisorias como estructuralismo o historicismo.

Consideramos que en gran medida las limitaciones del enfoque de Foucault y sus seguidores proceden por una parte de su casi negación de la dimensión económico-política y por otra de la propuesta de generalidades que no son avaladas por las situaciones históricas específicas en *aspectos fundamentales* para su propuesta teórica. Esta tendencia puede llevar a "omisiones" que de ser tomadas en cuenta, por lo menos cuestionarían el esquema propuesto. Al respecto hay dos ejemplos que pueden aclarar lo que estamos señalando. Como sabemos los trabajos de Foucault sobre "la locura en la Edad de la Razón" y sobre "el nacimiento de la clínica" han sido dos de los textos que más han influenciado y renovado el análisis de estas problemáticas. Cualquier crítica debe reconocer este aporte. El esquema foucaultiano del "Gran Encierro", tanto por articularse con algunas aproximaciones marxistas sobre el desarrollo del capitalismo (función productiva del encierro de los "marginales"), como por la recuperación de la autonomía relativa de la dimensión ideológica (función de control de la desviación), tuvo una notable y dispar influencia sobre la producción teórica de los 60 y los 70. Ahora bien, todas las generalizaciones de Foucault están construidas basándose principalmente en el caso de Francia y en un segundo lugar en el Reino Unido, Alemania y

Holanda, entre otros. Italia y sobre todo España, y no digamos América Latina casi no aparecen. Pero ocurre un pequeño detalle; justamente uno de los países que prácticamente no es tomado en cuenta, España, constituía la "vanguardia" en el tratamiento de los enfermos mentales. Tenía el mayor número de instituciones psiquiátricas, algunas con criterios de manejo del paciente, que tomaban en cuenta el trabajo y la relación abierta con la comunidad. Lo que es más, el Hospicio de Valencia fue modelo reconocido por Pinel para las modificaciones generadas en el principal hospicio francés. Por otra parte, éste fue construido casi trescientos años después de instalados los principales hospicios españoles. Más aún, México construyó un hospicio para varones mucho antes de que hubiera ninguna institución realmente manicomial en París. Pero París es París para los franceses y para una parte de los intelectuales latinoamericanos. La información histórica indica que el Gran Encierro no comenzó durante el siglo XVII, no es coetáneo de la Edad de la Razón, sino que habría empezado en el siglo XV, período de mayor instalación de hospicios en España. El Gran Encierro no empezó ni en Bicetre ni en Bethlam, hospicios que fueron construidos mucho después de la mayoría de los manicomios españoles. Todo el esquema de Foucault basado en Francia necesita ser revisado en función de las situaciones históricas que realmente operaron el "encierro de la sinrazón"

Algo similar podemos decir para el redescubrimiento de Bentham y del Panóptico. Se pretende referir a todos los contextos este modelo de "vigilancia de los cuerpos", y establecer generalizaciones a partir de encontrarlos en diferentes países de América Latina. Como sabemos en la interpretación foucaultiana, la cárcel, la fábrica y el hospicio constituyen los modelos de la institucionalización ideológica de la nueva disciplina de los cuerpos y de la mente, la disciplina que debe constituir como nuevos sujetos a las clases subalternas urbanas, es decir al proletariado. En términos específicos esta interpretación es parcialmente correcta, pero en su traslado a otras áreas ocurre que las construcciones de tipo panóptico son mínimas y que además el proletariado industrial es casi inexistente. En el siglo XIX la población que vive en el medio rural constituye aproximadamente más del 90% de la población de casi la totalidad de los países latinoamericanos y su experiencia policial y carcelaria no se da ni en el nivel real, ni en el imaginario respecto de los panópticos.

Si traemos estos dos ejemplos basados en propuestas de Foucault, no es meramente para cuestionarlo, sino sobre todo para plantear la necesidad de referir el modelo general a las situaciones históricamente determinadas. En nuestro caso dicha situación la constituye el "proceso de alcoholización" en México, problema sobre el cual hemos trabajado los últimos tres años.

**ANTROPOLOGIA MEDICA
CRITICA O EL
CUESTIONAMIENTO
DE LA OBVIEDAD**

El análisis de la problemática propuesta supone la construcción de un marco teórico que implique dar cuenta del modelo abstracto, así como de los procesos particulares en los cuales pretendemos analizar las relaciones de clase en función de la problemática salud/enfermedad, y en particular del "proceso de alcoholización".

Este marco teórico supone la más clara elucidación que nosotros podamos alcanzar de la problemática de las relaciones y transacciones de clase. Dicho marco teórico se produce, y esto lo explicitamos, desde nuestra propia práctica antropológica y no desde la Geofísica o desde planteos supuestamente epistemológicos "en sí"¹⁵.

Este planteamiento supone no sólo subrayar nuestras limitaciones y partir modestamente desde nuestra propia práctica, sino exigir en la pro-

ducción antropológica la existencia de los dos niveles de abstracción propuestos y sobre todo tender a encontrar las mediaciones que los articulen y que no pueden ser reemplazadas con palabras. También se debe plantear la posibilidad de caer en reduccionismos, pero sólo en la medida en que los mismos establezcan claramente cuáles son sus mediaciones explicativas¹⁶.

La construcción de nuestro marco teórico supone en consecuencia dos revisiones teórico-metodológicas. Una referida a la problemática de las relaciones de clase en el nivel económico-político, específicamente en lo que atañe a la problemática salud/enfermedad, y otra referida a la revisión de la problemática salud/enfermedad desde las diferentes aproximaciones teóricas y de sus propuestas de articulación entre clase social (o el referente

¹⁵ Hasta ahora hemos percibido un notable defasaje en el análisis de los problemas de salud/enfermedad cuando los autores no están acostumbrados a ejercitar su metodología en este tipo de problemas. Por otra parte las propuestas epistemológicas que no reflexionan sobre problemáticas específicas tienden a conducir al reduccionismo y/o a la extrapolación.

¹⁶ Consideramos que numerosos, importantes e ingeniosos análisis han permanecido siempre en el nivel de mayor abstracción, sin poder verificarlo en los procesos específicos, por lo menos estructuralmente. Por otra parte algunos de estos análisis han pretendido solucionar su inviabilidad teórica con un "nombre"; este nombre puede ser por ejemplo el de "apelación" u otro similar, donde se supone que dicho término explica el proceso que nombra y que permitiría la articulación "deseada", pero que desgraciadamente la mera utilización de una palabra no cumple.

conceptual equivalente) y este tipo de problemas. En ambos se focalizará de ser posible el proceso de alcoholización.

Obviamente ambas revisiones son complementarias. Aunque en este trabajo no podemos extendernos sobre su desarrollo teórico y metodológico, sí haremos algunas acotaciones al hacer una revisión esquemática de la segunda propuesta.

La revisión de la producción antropológica social en el área de la antropología médica nos condujo a periodizar dicha producción a partir de criterios tanto "internos" como "externos", en una serie de etapas en las cuales tratamos de discriminar las problemáticas nucleares, los enfoques teórico dominantes, la producción de información estratégica analizada, los aportes teóricos y metodo-

lógicos, y los aportes específicos de la producción marxista. Quedaron propuestos cuatro períodos: 1850-1920, 1920-1950, 1950-1965 y desde 1965 hasta la actualidad.

En principio podemos decir que hasta el último período los aportes de la investigación y teorización marxista fueron mínimos y en algunas etapas directamente inexistentes¹⁷. Si hacemos una revisión de las problemáticas básicas desarrolladas por la Antropología y Sociología Médica, observaremos que salvo tres casos (clases y salud/enfermedad; trabajo y salud/enfermedad e industria de la salud) que justamente se manifestaron durante el último período, el aporte marxista ha sido escaso en todas sus variantes teórico-ideológicas, con excepción de la del freudo-marxismo de los 30.

¹⁷ Varios argumentos se han propuesto para explicar el bajo interés del marxismo respecto de estas problemáticas. Algunos de estos argumentos son los siguientes: a) porque la salud y sobre todo la enfermedad se consideran problemas dependientes de la estructura económico-productiva, y en consecuencia la solución a estos problemas está en un cambio radical. Lo mismo ocurriría para la atención médica diferencial, la cual se solucionaría con la medicina socializada; b) porque los investigadores marxistas sólo recientemente han accedido a las instituciones de investigación;

c) porque los análisis de las funciones de control del Modelo Médico se siguen evidenciando en los países de socialismo real; d) porque la dimensión sociogénica de la enfermedad y de la salud implica la búsqueda de las causales económico-políticas e ideológicas en los propios países socialistas para problemas como el alcoholismo o el suicidio; e) porque la concepción de que la "normalidad" y la "desviación" son impuestas por la sociedad dominante conduce a focalizar no sólo a los "anormales", sino a los productores de la "anormalidad".

Durante los períodos propuestos, las principales problemáticas y aportes de la Antropología y Sociología Médicas fueron los siguientes:

- a) Legitimación teórico-metodológica del objeto salud/enfermedad. Los fundamentos específicos y el nivel del análisis de la sociogénesis fue planteada *radicalmente* por Durkheim y ulteriormente todas las corrientes básicas lo corroboraron;
- b) el cuestionamiento y redefinición de los criterios de normalidad/anormalidad y de normatización fueron propuestos por el culturalismo y el interaccionismo simbólico;
- c) el cuestionamiento de la institución y de los procesos de institucionalización en los diferentes niveles fueron planteados por el interaccionismo simbólico, por el intervencionismo institucional, así como por la Escuela de Frankfurt a partir del psicoanálisis;
- d) la relación curador-paciente e institución-paciente como procesos no sólo de curación, sino de control y de normatización social fueron planteados por el funcionalismo y la mayoría de las corrientes ulteriores;
- e) el problema de la "desviación social" como construcción social fue propuesta por el interaccionismo simbólico;
- f) el problema de la legitimidad de la "desviación social" fue inicialmente analizada por el culturalismo y básicamente por el interaccionismo simbólico. La desviación como producto del sistema fue propuesto por las mismas escuelas y por la teoría crítica de la desviación (escuela marxista);
- g) la problemática de la autogestión en salud fue planteada por el culturalismo y el interaccionismo simbólico;
- h) la problemática de la legitimidad de las funciones sociales normales y en consecuencia de los "poderes" particulares fue analizada por el funcionalismo crítico y por el estructuralismo foucaultiano;
- i) las relaciones entre clase y/o estrato social y las condiciones de morbimortalidad y atención médica fueron desarrolladas inicialmente por el funcionalismo crítico.

Debemos subrayar que hemos seleccionado en gran medida estas problemáticas porque en la emergencia y desarrollo de las mismas son

notorias las implicaciones políticas e ideológicas de la mayoría de ellas. Más aun, algunos de estos problemas supusieron en su momento ejes de enfrentamiento político que implicaban, tanto teóricamente como en lo político, al socialismo en el poder. Así, por ejemplo, la discusión teórica sobre la normalidad/anormalidad de la enfermedad o de la "desviación" se recortaba respecto de una lucha ideológica que refería a otras categorías ideológico-teóricas como las de lo cultural y lo biológico, que a su vez remitían a la política concreta de la Alemania Nazi, pero también de los EEUU y de la mayoría de los países "democráticos". Esta discusión alcanza su máxima expresión en la década de los 30; descontextualizada de las condiciones teórico-ideológicas y económico-políticas en las cuales se dieron, pasa a ser ininteligible y trivializada. Luego sería retomada en la década de los 60, a partir de la problemática de la "desviación" en su máximo nivel de abstracción, hasta las políticas concretas llevadas a cabo contra los "desviados".

En el último período propuesto, el marxismo junto con otras tendencias retoma alguna de estas problemáticas y tiende a la focalización de otras, básicamente las referidas a las relaciones clase social/enfermedad; es decir, tratan de proponer una epidemiología diferencial de base estructural. Otros dos campos de trabajo serán las relaciones entre trabajo/enfermedad y la denominada "industria de la salud".

Cabe subrayar que estos problemas ya habían sido manejados críticamente, aunque no como nucleares, por diferentes tendencias teóricas en los períodos previos. Así, el replanteamiento de la atención desigual y de una epidemiología diferencial no proceden sólo de investigaciones asumidas como marxistas, sino de autores radicales como Lynd, en 1929 y 1937, y sobre todo de las investigaciones de Hollingshead y Redlich de 1948, 1952 y 1958. Son estas investigaciones las que a partir de una concepción no estructural de la estratificación social, evidenciaron no sólo la distribución diferencial de enfermedades (en el último caso de enfermedades mentales), sino que demostraron que son los estratos bajos los que tienen la más alta incidencia de enfermedad, la atención médica más deteriorada y las mayores dificultades de acceso a los servicios de salud.¹⁸

¹⁸ Como sabemos será también durante los 50 y sobre todo durante los 60 cuando el "descubrimiento de la pobreza" conduzca a una proliferación de trabajo que pusieron aun más en evidencia esta diferenciación clasista. Subrayemos que los sectores con mayor letalidad y peores servicios serán siempre sectores sociales que corresponden a las clases subalternas, aun cuando el tipo de "clasificación" no utilice esta terminología. En este trabajo no vamos a entrar a discutir la concepción teórica que funda estas

Estos autores verificaron lo que en parte es obvio para el conjunto de las investigaciones socioantropológicas, sean o no marxistas, la incidencia diferencial de la enfermedad y de la atención médica. El hecho de que los niños del conjunto de las clases subalternas, en función de las condiciones específicas de la sociedad en que viven (y mueren) sean los que van a estar más expuestos a enfermar y morir de desnutrición, en comparación con los de otras clases sociales, constituye un dato obvio. Que los trabajadores de determinadas ocupaciones y en función de su exposición al riesgo vayan a tener una morbilidad diferencial generada por el proceso productivo constituye también una obviedad. Antes, durante y después de Marx numerosos autores de corrientes ideológicas progresistas y aun reaccionarias han reconocido esta sobredeterminación a partir de diferentes propuestas teóricas.

Nosotros, y queremos que esto quede claro, no negamos la necesidad de realizar este tipo de investigaciones dado que cumplen varias funciones, entre otras la de denuncia y la de hacer constantemente visible dicha obviedad. Por otra parte, en el caso específico de México las propias insti-

estratificaciones; lo que nos interesa subrayar es que estas evidencias epidemiológicas diferenciales fueron producidas por investigaciones funcionalistas.

tuciones estatales han reconocido reiteradamente esta epidemiología diferencial (respecto del problema nutricional son relevantes los aportes del Instituto Nacional de la Nutrición).

Lo que planteamos es la aplicación necesaria de las teorías marxistas y no marxistas al análisis de problemas no sólo básicos, sino donde no contamos con evidencias obvias. Más aún, podemos partir de lo obvio para acceder a aquellos problemas que no tienen una explicación fácil, máxime cuando los mismos refieren a núcleos básicos de la teoría utilizada. Desde esta perspectiva, para nosotros el problema no lo constituye la mortalidad diferencial interclase, lo cual es evidente en los países de América Latina, sino que el problema lo constituye la mortalidad intraclase, sobre todo las diferencias significativas dentro de las clases subalternas, dentro del proletariado. En México y en la mayoría de los países de Latinoamérica, la mortalidad diferencial que opera en los jornaleros rurales y en el campesinado minifundista no sólo respecto del conjunto social, *sino en particular referido al proletariado industrial*, no pasa básicamente por el "oficio" sino por la inserción de clase.

La cuestión entonces radica no sólo en demostrar lo "sabido", sino en evidenciar y explicar aquellas áreas problemáticas que en gran medida refieren a la dimensión ideológica. Desde esta perspectiva surgen toda una serie de problemas que implican no sólo la resolución práctica de los

mismos, sino también la "puesta a prueba" de la teoría marxista.¹⁹

Es respecto de estos problemas que la teoría crítica (marxista y no marxista) *debe trabajar teóricamente*. Que en México, Brasil, Haití o Guatemala haya niños desnutridos y que la mayoría pertenezcan al campesinado lo sabemos sin necesidad de hacer ninguna investigación. Inclusive, al respecto tampoco constituye un problema lo que debería hacerse. Esto ya está demostrado no a nivel de investigaciones, sino a nivel de la práctica social. En Latinoamérica, los casos de Cuba y recientemente de Nicaragua son relevantes en cuanto al abatimiento de la mortalidad y control de enfermedades de mayor letalidad.²⁰ Para nosotros los problemas teóricos más significativos no se constituyen en torno a ejes económicos; esto no quiere decir que no los tomemos en

cuenta, lo que significa es la necesidad de partir de lo ya demostrado y organizar nuestras investigaciones en torno a los problemas para los cuales no existen explicaciones, o cuando éstas se reducen a meras opiniones.

Para nosotros los problemas teóricos estratégicos desde la perspectiva salud/enfermedad deberían organizarse en torno a la explicación de porqué las clases subalternas *aceptan (consciente y/o inconscientemente) morir-se más*. No sólo si aceptan enfermarse más o supervivir peor, sino porqué *aceptan* que ellos y sus hijos mueran más que los "otros". Por qué *aceptan* matar directa e indirectamente a sus hijos. Toda una serie de investigaciones han demostrado la tremenda incidencia no sólo de la desnutrición y de las enfermedades infecciosas, sino del infanticidio entre las familias obreras y campesinas en la Europa

¹⁹ Algunos de los problemas de salud/enfermedad implicados desde la perspectiva señalada serían: a) si las clases subalternas evidencian una mortalidad diferencial, por qué la salud no aparece como una demanda organizada; b) si las condiciones de salud y de enfermedad constituyen los polos manifiestos de la reproducción biológica y social, ¿cuál es el significado político e ideológico de las estrategias de supervivencia?; c) si la clase obrera tiene la más alta tasa de enfermedades ocupacionales, por qué no aparece una propuesta

organizada, sobre todo en los periodos de mayor tasa ocupacional; d) cuál es la significación política e ideológica de que el alcoholismo constituya un fenómeno interclase y se siga reproduciendo en sociedades no capitalistas; e) por qué algunos países socialdemócratas tienen las tasas más bajas de mortalidad general e infantil, es decir, son más bajas que las de los EEUU, y también que las de la URSS.

²⁰ Esta aseveración debe ser referida exclusivamente a problemas de salud "física".

del siglo XIX, y es casi seguro que algo similar ocurre en áreas campesinas y proletarias actuales.²¹

Ahora bien, ¿qué significa esto en términos de las acciones y transacciones de clase? ¿por qué estos sectores sociales aceptan la reducción o la no ampliación comparada de la vida colectiva? o ¿por qué las estrategias de supervivencia de las clases subalternas, que siempre implican una suerte de mutilación total (la muerte prematura) o parcial (enfermedades) no intentan otras soluciones alternativas más *frecuentemente*?

Hay toda una serie de investigaciones que halla casi exclusivamente la explicación en la dimensión económico-política, que frecuentemente sólo es tecnoeconómica. Desgraciadamente, hasta ahora la mayoría de esta producción sólo ha generado la evidencia de correlaciones más o menos simples entre condiciones sociocupacionales y condiciones de salud, pero sin ir más allá de lo "económico en última instancia".

La articulación y mediaciones con procesos sociales, ideológicos y en menor grado políticos de salud/enfermedad, o no aparecen o son depositados en relaciones mecánicas que no dan cuenta de los problemas estratégicos. Lo que queremos decir es que

una vez demostrado, y ya está muy demostrado, la existencia de la "industria de la salud" o de que los trabajadores de determinada rama de la producción o empresa tienen una mayor incidencia de determinada enfermedad ocupacional ¿qué? Y ¿qué? en dos niveles teórico y político. En el nivel político generalmente la recuperación de la información sobre salud no supera el horizonte de la denuncia ideológica.²² En el nivel teórico, como ya lo señalamos, estas correlaciones no explican los problemas que por lo menos nosotros consideramos como más estratégicos. ¿Cuál es la significación (y resignificación), el procesamiento, la apropiación que las clases subalternas hacen de la industria de la salud, de *sus* enfermedades laborales? Respecto de estas problemáticas no existe casi ninguna investigación en Latinoamérica; lo que existe son trabajos sobre la determinación económico-productiva o sobre los mecanismos de control represivo y consensual leídos y analizados desde el nivel de los productores ideológicos y no desde el procesamiento de las clases sociales o de los sectores de clase. Las investigaciones se centran casi exclusivamen-

²¹ Esto no significa reducir el infanticidio a estas clases sociales, ni tampoco acortarlo a este período.

²² Esto debe relacionarse con el problema ya planteado de que las clases subalternas no se apropian en nuestros países de la enfermedad como consigna político-ideológica, sino como instrumento transaccional.

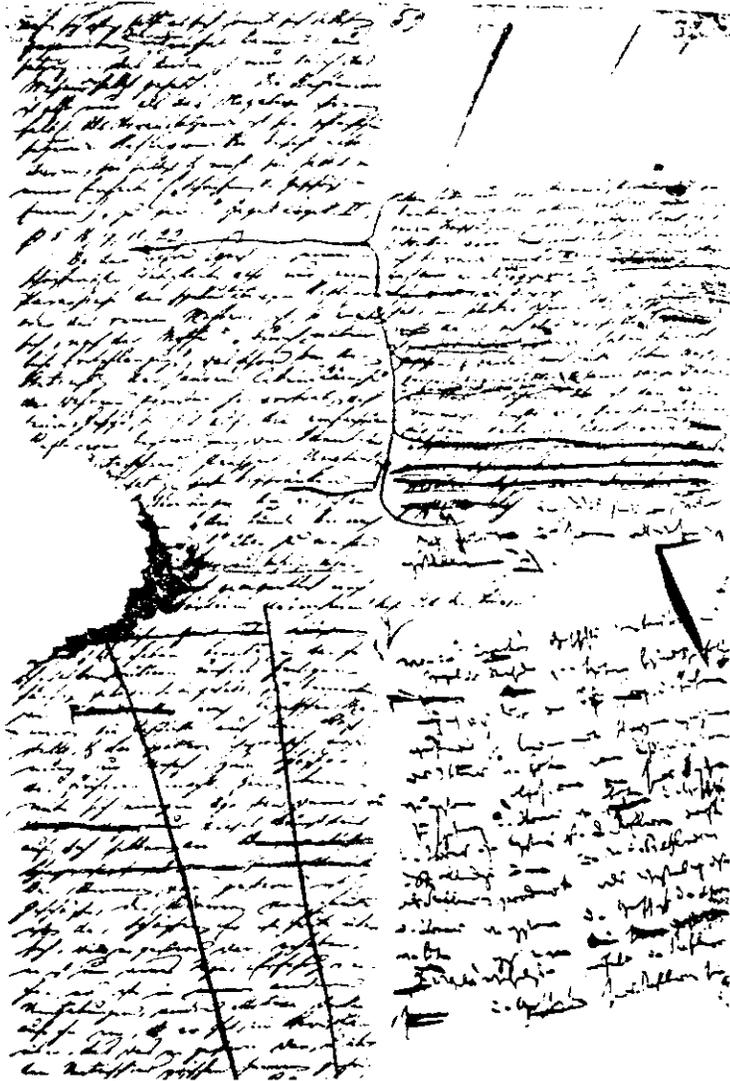
te sobre lo que la clase dominante, o el Estado o inclusive las "vanguardias", le hacen directa o indirectamente a las clases subalternas, pero prácticamente no tenemos trabajos sobre la producción autónoma (enfrentadamente autónoma) o transaccional de estas clases, por lo menos en el área salud/enfermedad.

REFERENCIAS

- ANKERNECHT, E (1965) *History and Geography of the Most Important Diseases*, Hafner, New York.
- BERNESTEIN, B. (1961) "Social Class and Linguistic Development: a Theory of Social Learning", en A. Halsey, J. Floudt, C. Anderson (Edits.): *Education, Economy and Society*, Free Press, Glencoe, Illinois, p. 288-314.
- BOLTANSKI, L. (1976) *Puericultura y moral de clase*, Laia, Barcelona.
- BOURDIEU, P. (1979) *La distiction. Critique social du jugement*. Minuit, París.
- DE MARTINO, E. (1961) *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*, Il Saggiatore, Milano.
- FARRINGTON, B. (1957) *La mano y el arte de curar*, Lautaro, Buenos Aires.
- FOUCAULT, M. (1966) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México.
- (1967) *Historia de la locura en la época clásica*, FCE, México, 2 vols.
- McKEOWN, TH (1976) *The Modern Rise of Population*, Academic Press.
- MENENDEZ, E.L. (1962) *Investigación del proceso de alcoholización en América Latina*, Ponencia al X Congreso Internacional de Sociología, México.
- (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y automedicación (gestión en salud)*, Casa Chata, Cuaderno 86, México.
- PEREZ TAMAYO, R. (1974) *Tres variaciones sobre la muerte*, La Prensa Médica Mexicana, México.
- (1982) *Tríptico*, El Colegio Nacional, México.
- SIGERIST, H. (1981) *Hitos de la historia de la salud pública*, Siglo XXI, México.

STERN, B. (1945) *American Medical Practice in the Perspectives of a Century*, The Commonwealth Fund., New York.

WAITZKIN, H. (1978) "A Marxist View of Medical Care", en *Annals of Internal Medicine* 89 (2): 264-278.



Página 53 del manuscrito de "La Ideología Alemana", capítulo III