

Medicina oficial y modelo alternativo

Eduard Pardo Jávega (ICA-Barcelona)

THE OFFICIAL MEDICINE MODEL AND ALTERNATIVE MODELS

Eduard Pardo Jávega (ICA-Barcelona)

English Abstract: Since the eighteenth century, and with the objective of monopolizing medical practice, the Hegemonic Medical Model or MMH (Modelo Médico Hegemónico: E.L. Menéndez, 1984) has opposed alternative systems, from the medical practices of earlier periods to contemporary alternative European (and American) models, such as Natural Medicine or Homöopathy. Armed with documents such as the Flexner Report (a direct attack on the American School of Homöopathy and other medical schools - USA 1910), opposition at the beginning of the present century used legislation to exclude these alternative models and obstruct their development. This article examines the articulations and bridging points between the Hegemonic Medical Model and the so-called Alternativa Models, from the moment of their foundation as medical models to the present day.

La formación del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (E.L. Menéndez, 1984) se realiza, desde el siglo XVIII, en contraposición no solamente con las prácticas médicas ya existentes sino también en contra de otros modelos médicos que se constituyen de forma simultánea y contemporánea -naturismo médico y homeopatía- en Europa (y América) con el objetivo de monopolizar la práctica médica. Esta situación tiende a radicalizarse especialmente hacia principios de la siguiente centuria con una serie de normativas que excluyen o perjudican el desarrollo de otros modelos, cuyo elemento más conocido sería el llamado Flexner Report, en EE.UU., de 1910, que supuso un ataque frontal contra la homeopatía americana y otras escuelas médicas:

"Thus, with the Flexner Report American allopaty succeeded in giving effect to the anti-homoeopathic policy first proposed by Worthington Hooker in 1851. In this report to American Medical Association that gentleman had stated:

... the grounds upon which the granting of charters to homoeopathic, thompsonian, eclectic, and other so-called medical institutions, has been opposed by the profession, have not always been tenable. Such application should be opposed distinctly and only upon the ground that such institutions interfere with that system of education which secures to the community a body of well-qualified physicians, and not all upon the ground that errors dangerous to the commu-

nity will be taught in them.

(...) To make absolutely certain that its prophecies prove true, the Report recommended against the allocation of funds to the homoeopathic schools (H.L. Coulter, 1982: 449)."

Estas luchas por la hegemonía del s. XIX, se dan entre el modelo hegemónico en expansión y los otros modelos de salud, tanto el popular como la medicina resultante de las teorías dominantes del siglo XVIII, de corte naturalista, neohipocráticas y galénicas. Sin embargo la principal novedad, viene dada por la construcción teórico-práctica de sectores médicos que se automarginan del MMH y se agrupan entorno a modelos naturalistas como la homeopatía o el naturismo médico, recuperando en parte las elaboraciones empírico-naturalistas a través de la construcción de modelos alternativos.

En este sentido, para nosotros, dentro del desarrollo histórico del fenómeno, el siglo XIX en la historia de la Medicina sería un período no sólo donde se sientan las bases de la medicina científica, sino además, el punto de arranque de las teorías médico-naturalistas en medicina.

Como señala Menéndez (1990:60) en el proceso por la hegemonía "el nivel biológico constituye el punto de fractura más significativo respecto de las otras prácticas curativas" es en función de esto que "todo lo demás pasa a ser curanderismo".

Es este proceso de exclusión el elemento fundamental sobre el que se articula el MMH como modelo dominante.

Esto se produce sobre la totalidad de modelos de salud presentes, pero de forma especial sobre los modelos alternativos que utilizan igualmente en su construcción, formulaciones de carácter científico y sistemático en sus investigaciones. Esta exclusión sistemática se realiza con respecto a los modelos alternativos a todos los niveles, de profesionales dentro de las organizaciones médicas, a nivel asistencial expulsando fuera de los sistemas públicos a estos modelos, o ideológica, a través de la negación e estigmatización de los saberes de dichos modelos, que frecuentemente eran situados como acientíficos al mismo nivel que los sistemas populares de salud.

Debe señalarse, sin embargo, la permanencia de modelos no-hegemónicos en salud (E.L. Menéndez, 1984:12) hasta nuestros días. En este proceso cabe indicar, a modo de hipótesis, el papel que juegan las guerras en el desarrollo del modelo biomédico y la eliminación y/o subordinación de modelos no-hegemónicos. Como hemos podido comprobar con la Guerra Civil Española, en la que el proceso de construcción -aunque de manera subalterna- de modelos alternativos queda seriamente fracturado a causa de esta (E. Pardo, 1996). Desaparecen o son seriamente mermados los hospitales y organizaciones profesionales que sostenían estos modelos, son perseguidos relevantes figuras -por motivos ideológicos o de afiliación a la masonería- y fundamentalmente quedan afectados los mecanismos de relevo generacional, que obliga a los sobrevivientes de la

generación que conoce la guerra a ejercer en condiciones precarias y muchas veces semiclandestinas, hasta las nuevas incorporaciones de los años 70.

Dado que las patologías de guerra -cirugía, traumatismos, infecciones, etc.- reforzaban el modelo biomédico, tal como estaba constituido, en determinados períodos el prestigio del modelo biomédico creció enormemente, especialmente a finales del siglo XIX y después de la Segunda Guerra Mundial (Cl. Herzlich, 1996:62).

De hecho los mecanismos de exclusión y estigmatización de las prácticas alternativas funcionan, en España, prácticamente hasta los años 70, en donde los fenómenos de recuperación por diversos colectivos sociales -como mujeres, ecologistas, orientalistas, autogestionarios, parto natural, etc.- y la crisis del MMH las colocan en el primer plano, produciéndose el "boom de las medicinas alternativas" y la incorporación creciente de facultativos al fenómeno.

Es a partir de este momento que se produce una transformación de las relaciones entre ambos modelos pasando de la estigmatización a la apropiación y de la marginalidad a la subordinación, o lo que es igual, la incorporación creciente de facultativos a estos modelos produce por una parte el surgimiento de asociaciones de profesionales al margen de las usuales, pero al propio tiempo la creciente subordinación ideológica al MMH. Puesto que en la medida que el fenómeno se generaliza los criterios que validan el sistema son los sintomáticos, propios del modelo biomédico y la aplicación terapéutica se hace más imitativa -se aplica la terapia si funciona y si hay demanda social- siendo aplicadas incluso por generalistas.

Por una parte podemos decir, como ocurre en otros países, que el desarrollo del MMH en el mundo desarrollado no a conducido a la eliminación de modelos de salud ajenos al oficial (E.L. Menéndez, 1981:368), pero en el caso de los alternativos la incorporación progresiva de facultativos al modelo, o que simplemente utilizan algunas de sus terapéuticas, hace que se produzca un fenómeno de apropiación y complementación, y que por lo tanto que estos modelos no se comporten, en su mayoría de manera opuesta

Los mecanismos de exclusión y estigmatización de las prácticas alternativas funcionan, en España, prácticamente hasta los años 70

al MMH sino que desarrollan sus propias prácticas en aquellos sectores que el MMH no obtiene buenos resultados -crónicas, degenerativas- o bien progresivamente abandona (J.M. Comelles, 1989:51-52).

Otros elementos económicos ayudan colateralmente a este último proceso, la existencia de modelos alternativos y su uso por sectores sociales alto y medio-alto supone para los sistemas públicos de salud, con serias dificultades para su financiación, un alivio para su economía.

Son, sin embargo, las coyunturas generales las que parecen condicionar los procesos transaccionales entre MMH y los modelos alternativos, de manera que la situación general de crisis y la liberalización de mercados económicos en los 90, parece haber incidido no solamente en la financiación de los sistemas públicos de salud sino en una ralentización del desarrollo de modelos alternativos, debido, entre otros factores, al descenso del consumo privado.

Por otra parte, el MMH parece reorientar sus estrategias de dominio y la crisis ideológica que padece en el desarrollo del campo de la medicina génica, que si bien supone una posibilidad para determinadas enfermedades de carácter hereditario, como la diabetes, los resultados obtenidos hasta la fecha no responden a la intensa propaganda de esta nueva orientación. Pero su funcionalidad es más ideológica que real, pues permite fortalecer la hegemonía al propio tiempo que se refuerza la orientación biológica del modelo biomédico al propio tiempo que sirve para justificar las fuertes inversiones necesarias para su desarrollo.

Así pues -además del desarrollo de la medicina génica- los próximos años

verán el surgimiento en la Unión Europea de una legislación que permita la estructuración de modelos médicos alternativos y la implantación de sistemas de atención de salud más plurales.

BIBLIOGRAFÍA

- Josep M. Comelles (1989). Proceso de automedicación y prevención de las drogodependencias. Madrid, Jornadas de drogodependencias.

- Harris L. Coulter (1982). Divided Legacy. Volume III: Science and Ethics in American Medicine 1800-1910. Berkeley, North Atlantic Books.

- DM Eisenberg, RC Kessler y otros (1993). Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use. New England J. Med. 328(246-252).

- Eduardo L. Menéndez (1981). El modelo médico y la salud de los trabajadores, en F. Basaglia y otros (1981). La salud de los trabajadores, México, Nueva Imagen, pp. 11-53.

- (1984). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. México, Cuadernos de la Casa Chata, 86.

- (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México, Cuadernos de la Casa Chata, 179.

- Eduard Pardo (1992). Hegemonía, crisis y alternativas de salud: El caso de Catalunya. Quaderns d'Antropologies, monográfico Antropología Médica, pp. 47-54.

- (1994). Medicina oficial y alternativa. Notas sobre el uso de diferentes medicinas por parte de la población. Cuadernos 21 (6-7).

- (1995). Medicinas complementarias y generalistas en Gran Bretaña y Nueva Zelanda. Natura Medicatrix, 40(24-26).

- (1996). Medicinas alternativas en Catalunya: Desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos. Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili, Facultad de Lletres. Tarragona.

- Claudine Herzlich (1996). De la medicina triunfante a la época de las dudas. Mundo Científico, 164(62-64).

- D. Taylor (1983). Young doctor's views alternative medicine. British Medical Journal, 287(337-339).