



Universidad
Nacional
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

**Título: Un análisis de las modelos de atención en salud
y efectos subjetivos.**

La importancia de una práctica en salud ampliada, crítica y

solidaria. Modalidad de presentación: Ensayo

Autora: Valentina Lucia Salaris DNI 37.463.599

Legajo: S-5148/9

Docente Responsable: Alberto Velzi Diaz

2022

Agradecimientos

A las personas que hacen de sostén, al menos por un tiempo, cuando no se puede

recurrir al autoapoyo.

A las que impulsan a que volvamos distintos a un mismo lugar o a que habitemos lugares distintos a cada rato.

A las que permiten que todo sea como es primero para que luego podamos transformar.

A los humanos y a los valientes.

A los que ríen y a los que abrazan.

A mis personas queridas que intentan todo eso y mucho más.

- Resumen – Palabras claves.....	Pág. 4 -
Introducción.....	Pág. 5 -
Acerca del paradigma positivista y el Modelo Médico Hegemónico.....	Pág. 7 -
El discurso del Modelo Médico Hegemónico y su incidencia en las prácticas de atención.....	Pág. 7 1.
Consideraciones acerca del proceso de salud – enfermedad.....	Pág. 9
2. La salud ¿derecho o mercancía?.....	Pág. 10 3.
La medicalización de la vida.....	Pág. 12 4. La
ontologización y el estigma de la enfermedad.....	Pag
13 - Sufrimiento psíquico: un abordaje complejo del malestar subjetivo.....	Pag 14 -
Un paradigma de atención crítico y solidario. El modelo de la medicina social – salud colectiva.....	Pág.
17 1. La importancia de prácticas en Salud Ampliadas y subjetivantes.....	Pág. 18 2. La
construcción de un sujeto libre y autónomo.....	Pág. 19 - Reflexiones
finales.....	Pág. 21 - Referencias
bibliográficas.....	Pag 23

RESUMEN

El siguiente trabajo se propone considerar que los Modelos de atención en salud vehiculizados por las prácticas concretas producen efectos subjetivos y estos efectos tienen una relación directa con los procesos de salud- enfermedad, en tanto, dependiendo del paradigma, se generaran intervenciones de diversa índole, algunas tendientes a producir efectos saludables y otras a generar efectos negativos o iatrogénicos. La intención de este trabajo es poder hacer un análisis acerca del modo en el cual ciertas prácticas abordadas desde la lógica del Modelo Médico Hegemónico vehiculizan intervenciones tendientes a objetivar a los usuarios produciendo la vulneración de sus derechos, relegando la singularidad propia y des -subjetivando a los pacientes; lo que deriva en la producción de un sufrimiento psíquico que ya no es efecto del cuadro psicopatológico en sí mismo, sino que constituye un efecto iatrogénico del mismo sistema de atención que ha sido construido para su tratamiento.

Palabras Clave

Modelos de atención – prácticas de atención – efectos subjetivos – sufrimiento psíquico

**Un análisis de los modelos de atención en salud
y efectos subjetivos
La importancia de una práctica en salud amplia, crítica y solidaria**

Introducción

En el último siglo se han experimentado profundas modificaciones sociales, culturales, económicas y políticas, que se han producido con una velocidad y amplitud magistrales y han conformado un escenario complejo. El campo de la salud no estuvo exento de sufrir estos impactos. Como tantos otros es un campo que se ha caracterizado históricamente por luchas políticas e ideológicas, en un intento por transformar los espacios institucionales, simbólicos y sociales en función de los requerimientos que el contexto exigía. Cuando se habla de modelos de atención en salud no puede negarse que se está infiriendo acerca de las prácticas mismas de atención en función de que se busca dar respuesta de alguna manera a un padecimiento, se busca prevenir, dar tratamiento, aliviar y/o curar un padecimiento. Así se han desplegado movimientos en salud que han ido constituyéndose en estructuras bien definidas, caracterizadas por un

bagaje ideológico

cultural específico, con maneras propias de concebir la realidad y de ejercer su praxis. A lo largo de todo el siglo XIX fueron generándose avances tecnológicos y científicos notables en el campo de la salud. Gracias a todos estos avances la práctica médica empezó a constituirse en una ciencia más efectiva para el tratamiento y la cura de enfermedades, generó una eficacia simbólica significativa, a tal punto que fue constituyéndose en un paradigma con un alto grado de legitimación social. Poco a poco con el avance del capitalismo y la globalización, la medicina empezó a especializarse, y pasó a estar vinculada a otras esferas de la vida social. Foucault (1976), construyó el concepto de *Modelo de la biomedicina* para hablar de estos procesos y desarrolló un análisis de las maneras en las cuales se imbricaba la práctica médica con el biopoder y la economía política. En este marco empezó a pensarse en cuál era el papel de los médicos en las problemáticas sociales, culturales, económicas y políticas sobre todo en el mundo occidental.

Menéndez (1978) nombró *Modelo Médico Hegemónico* –que a lo largo del trabajo denominaremos también *MMH* o *Modelo de la biomedicina* para facilitar la lectura- a esa gran estructura de la medicina con características muy particulares y recalcó su carácter de hegemonía. Entre sus principales características se encuentra la reducción epistemológica exclusivamente en función de la dimensión biológica, dejando por fuera otras dimensiones de los padecimientos, la concepción de la salud como un bien mercantil, la medicalización de la vida, la exclusión del saber del paciente, entre otras. Actualmente este Modelo engloba las prácticas llevadas a cabo específicamente por los agentes de atención en salud, cuyo prototipo está representado por los médicos pero que se amplía hacia otros campos disciplinares. A su vez reviste formas institucionales y políticas específicas vinculadas estrechamente a las particularidades del contexto actual.

En relación a lo antes dicho, se hace menester puntualizar que el ser humano ingresa a la cultura, produce las instituciones y a la vez es un sujeto producido por ellas. No existe un sujeto por fuera de las instituciones, por tanto, el sujeto es un proyecto coproducido por la vida institucional y su paso por ellas produce efectos subjetivos. Así también el campo de la salud en tanto campo institucional no solo tiene el objetivo de dar respuesta a procesos de salud enfermedad, sino que también conforma un dispositivo de configuración de subjetividad por los efectos que produce. El Modelo Médico Hegemónico ha sufrido transformaciones a lo largo de los años y ha ido modificándose en función de las críticas recibidas por sus propias dinámicas, pero las nuevas formas que engendra siguen respondiendo a lo esencial de su estructura, que hoy generan ciertas consecuencias en la relación médico- paciente, en los pacientes y en el mismo personal de salud. Muchas de dichas consecuencias se reflejan en prácticas iatrogénicas y negativas.

De estos cuestionamientos han nacido otros movimientos en salud que han planteado propuestas que pudieran dar mejores respuestas a las cuestiones que dejaba

5

por fuera el MMH, entre ellos el Modelo de la Medicina Social – Salud Colectiva, con un enfoque integral, crítico y solidario.

El siguiente trabajo se propone considerar que los Modelos de atención en salud vehiculizados por las prácticas concretas producen efectos subjetivos y estos efectos tienen una relación directa con los procesos de salud- enfermedad, en tanto, dependiendo del paradigma, se generaran intervenciones de diversa índole, algunas tendientes a producir efectos saludables y otras a generar efectos negativos o iatrogénicos.

El cuerpo teórico del trabajo consta de cuatro apartados y una conclusión. El primero de ellos aborda una caracterización introductoria del Modelo Médico Hegemónico vinculado a su esencia como paradigma hegemónico. Seguidamente se abordarán los discursos de dicho modelo y su incidencia en las prácticas de atención en base a cuatro

dimensiones principales: su concepción acerca de los procesos de salud – enfermedad, el proceso de mercantilización de la salud, la medicalización de la vida y la ontologización de la enfermedad. Estas dimensiones van a ser el puntapié inicial para reflexionar sobre cuál es en esencia la estructura ideológica de este modelo, cómo se vehiculiza en las prácticas y cuáles son los efectos subjetivos que genera en los pacientes.

El tercer apartado intentará ser una suerte de enlace crítico y reflexión entre modelos, donde intentará desenredarse el nudo principal de este trabajo al indagar sobre el sufrimiento psíquico como una categoría ampliada para concebir los procesos de salud – enfermedad, y cómo se relaciona con los dispositivos creados para la atención de un padecimiento y con las intervenciones de los profesionales.

Para concluir, el último apartado estará dedicado a la introducción del Modelo de la Medicina Social Salud colectiva, una concepción de paradigma crítico y solidario, que integra prácticas en salud ampliadas y subjetivantes, cuyo principal objetivo es la construcción de sujetos- pacientes o sujetos- grupos libres y autónomos como participantes activos en el proceso de construcción de su salud.

La intención de este trabajo es poder hacer un análisis acerca del modo en el cual ciertas prácticas abordadas desde la lógica del Modelo Biomédico vehiculizan intervenciones tendientes a objetivar a los usuarios produciendo la vulneración de sus derechos, relegando la singularidad propia y des -subjetivando a los pacientes; lo que deriva en la producción de un sufrimiento psíquico que ya no es efecto del cuadro psicopatológico en sí mismo, sino que constituye un efecto iatrogénico del mismo sistema de atención que ha sido construido para su tratamiento.

Desarrollo

ACERCA DEL PARADIGMA POSITIVISTA Y EL MODELO MEDICO HEGEMONICO

Uno de los autores que más clarificó acerca de la concepción de Paradigma fue Thomas Kuhn que expresó que “con paradigma quiero indicar conquistas científicas universalmente aceptadas, que durante un tiempo determinado brindan un modelo de problemas y soluciones aceptables a aquellos que trabajan en un campo de investigaciones”; esta definición indica la capacidad que tiene una comunidad de establecer ciertas estructuras lógicas, epistemológicas e ideológicas que brinden la

posibilidad de poder hacer lecturas de la realidad y dar respuestas a las problemáticas que surgen. A su vez habla de que durante un tiempo este modelo se consensua entre aquellos que forman parte de un campo de investigación. (1962, p. 47)

Lo que esta definición aun deja por fuera es que este consenso forma parte de disputas políticas y disciplinares que tienen como protagonista la cuestión del poder. A este respecto es bastante esclarecedor Foucault cuando refiere que la historicidad es belicosa y que debe poder ser analizada a partir de la inteligibilidad de las luchas, las estrategias y tácticas, en función de considerar no relaciones de sentido sino de poder. (1979, p. 68)

Cuando se habla de hegemonía se alude a la idea de supremacía, en este caso de un modelo teórico con una estructura ontológica y epistemológica propia, por sobre otros que, en función de lo que determina el contexto, no llegan a ser suficientes para dar respuesta a los problemas que plantea la realidad.

Es conveniente apropiarse en este sentido de la noción de campo tal como la define Bourdieu como un “conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente en él”. El autor proporciona un modo particular de definición de estas luchas en función de la disputa en ellas por un tipo particular de capital; de esta manera por ejemplo el saber forma parte considerable del capital simbólico de una sociedad. (1971, p. 82)

En este sentido la medicina tiene una larga historia que se remonta desde los comienzos de la civilización, que ha sido protagonista de numerosas disputas por el saber científico y que a lo largo de los periodos históricos ha ido adquiriendo, en función del contexto y sobre todo de los avances del desarrollo del pensamiento científico y las innovaciones tecnológicas e industriales a lo largo del siglo XIX y XX, formas características particulares que la han ido constituyendo en un paradigma hegemónico. Eduardo Menéndez sintetiza las principales características de este Modelo Medico Hegemónico:

Es como construcción metodológica que considero que las principales características del MMH son las siguientes: biologismo, a sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica. (p. 194)

A raíz de esta caracterización se impone el inevitable señalamiento de que los factores históricos, culturales y sociales no están presentes o no son considerados en la concepción de salud- enfermedad que tiene este modelo por tanto su campo de acción se encuentra reducido a las concepciones teóricas y metodológicas nombradas anteriormente, más específicamente se produce un reduccionismo signado en lo biológico y lo individual. Menéndez resalta que se producen *explicaciones biológicas de los padecimientos y soluciones basadas en la producción de fármacos*, se asiste a una biologización de las representaciones sociales del proceso salud – enfermedad. (2003, p. 194)

Por otro lado, conviene destacar también que hablar de las características de un paradigma de atención en salud incluye pensarlo a la luz de la coyuntura del momento histórico-social en que se desenvuelve. Es importante no dejar de lado esta dimensión, ya

que las formas que adquiere actualmente el Modelo Medico Hegemónico están estrechamente relacionadas con lo histórico social, político y contextual. El periodo histórico reciente y actual se caracteriza por una profunda globalización de la economía, un importante avasallamiento de la industria tecnológica y medicamentosa; una florida

agenda política de modelos de corte neoliberal, modificaciones en la producción de subjetividad y los lazos sociales, entre otros factores que conducen a que el campo de la salud esté expuesto a profundas transformaciones en su estructura y sus prácticas mismas.

A este respecto es conveniente traer a colación a Laurell, la autora plantea que los derechos sociales se han condicionado de distinta manera dejando de ser titularidades de los ciudadanos y una obligación del Estado. Lo universal ha pasado a ser restringido a algunos bienes y servicios básicos focalizados, que, además, son susceptibles de ser elegidos en el mercado, por tanto, los ciudadanos han pasado a ser clientes o consumidores. (2010, p. 35)

Es claro que, según lo antes expuesto, cada comunidad establece su propia identidad social en función de las características del contexto. En la actualidad esta identidad social esta signada por la prevalencia de la dimensión mercantil por sobre la humana, lo que evidentemente produce efectos en la subjetividad y en los lazos sociales en función de dicha dimensión. Las instituciones de la sociedad y el campo de la salud en particular han sido afectados de igual manera, de tal forma que lo que denominamos el Modelo Medico Hegemónico por sus características a- sociales, a- culturales e individualistas termina por vehiculizar una estructura ideológica que prescinde de la dimensión humana y singular.

EL DISCURSO DEL MODELO MEDICO HEGEMONICO Y SU INCIDENCIA EN LAS PRACTICAS DE ATENCION

El MMH constituye una configuración de paradigma que expresa una representación comprensiva de los procesos de salud-enfermedad, con sus propias tramas discursivas y de poder legitimado al interior del campo de la salud. A este respecto menciona Menéndez que la biomedicina no es solo una cuestión de mercado competitivo de saberes y técnicas, sino que incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos que se relacionan con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía. (1968, p. 201). Es decir, forma parte de una “hegemonía discursiva”, un concepto propuesto por Marc Angenot donde se produce la institución de un enunciador legítimo con el derecho a establecer sentido sobre estilos de vida, costumbres o actitudes. (2010, p. 68).

El MMH a través del llamado “Complejo Medico Industrial” (Iriart, Celia, 2008) vehiculiza discursos tendientes a generar procesos de medicalización de la vida, de mercantilización de la salud y de ontologización de la enfermedad. A su vez su tendencia a dar explicaciones biológicas de los padecimientos produce exclusión de la palabra del paciente y negación de su subjetividad.

Así el Modelo Medico Hegemónico o “Modelo Biomédico”, engloba intereses económicos y de poder corporativos que establecen políticas de salud a veces inadecuadas o que propulsan construcciones de sentido que, de la mano de la tendencia a una manera de atención estructurada excluyendo las particularidades de cada caso, producen muchas veces iatrogenia e imposibilidad de resolver problemas de salud. De Sousa Campos expresa que la medicina nunca perdió su capacidad de ejercer control social sobre las personas; su discurso competente sobre temas ligados a la vida continúa vigente, de lo que se trata según él es de hacer una crítica constante a la ritualidad de la clínica, a su tendencia a medicalizar la salud y la enfermedad y al predominio de procedimientos dictados por intereses económicos. (2009, p. 45).

Alicia Stolkiner expresa a este respecto: “Hay una profunda imbricación entre el lenguaje *científico* y el *común* de modo que los términos de uno terminan circulando en el otro y formando parte de prácticas sociales diversas” (2013, p. 41). Como tal, lo decible o lo narrable en el vínculo terapéutico o en las prácticas de atención, el tratamiento que se le da al paciente en el ámbito de una consulta y los discursos que se vehiculizan desde este modelo pueden afectar la relación que tiene un sujeto con su propio cuerpo, con sus

concepciones acerca de sí mismo, de la vida en general y sobre todo modificar su propia relación con su sufrimiento.

1-Consideraciones acerca del proceso salud - enfermedad

Como antes de mencionó, una de las características más relevantes del discurso del Modelo de la biomedicina es su tendencia a dar explicaciones biológicas para la totalidad de los padecimientos, aún para aquellos para los que únicamente una elucidación biológica es insuficiente, aquello constituye un núcleo de exclusión de procesos históricos, sociales y culturales. En general un médico tiene escasa formación profesional en estas dimensiones y muchas veces las dejan de lado en el momento de atender un padecimiento, lo que lleva a que se produzca una explicación simplista y reduccionista. De Sousa Campos expresa que la medicina opera con un objeto de estudio e intervención que queda reducido hacia el lado biológico olvidándose de las dimensiones subjetivas y sociales, y que este reduccionismo tiene consecuencias, por ejemplo, un abordaje terapéutico orientado excesivamente a la noción de cura, dejando de lado la posibilidad de promoción o prevención de la salud. La noción de cura vehiculizada por la biomedicina se inclina a conseguir exclusivamente la erradicación o atenuación de la enfermedad a través de tratamientos y administración de fármacos. A este respecto el autor propone una noción de cura mucho más ampliada que la propuesta por la clínica médica que tendrá que ver con la lucha por la ampliación de la capacidad de autonomía de esa persona en particular. (1992, p. 97).

Los actores del campo de la salud necesariamente adoptan un marco teórico y epistemológico para llevar adelante sus prácticas en salud y en función de éste construyen el objeto de estudio, su abordaje y los criterios con los cuales realizar el análisis de una situación problemática y las posibles respuestas que se estructuran para dicha situación. Parafraseando nuevamente a De Sousa Campos comenta que los profesionales de salud participan de la construcción de los saberes y disciplinas de su campo y son los principales traductores de los principios generales de cada política para los modelos de atención, (1992, p. 113).

Si se le pregunta a un trabajador de un servicio de salud como ser un médico, una enfermera, una trabajadora social, un psicólogo acerca de qué es salud es muy probable que respondan la definición que en su momento dio la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (O.M.S. 1948). Alberto Vasco Uribe reflexiona sobre este concepto y expresa que hay aquí una creencia eminentemente biomédica que implica considerar que la enfermedad irrumpe en general por causas externas, cambia el estado permanente de salud en el que teóricamente se encontraba el sujeto y el fin es volver al estado anterior como meta; a su vez extrapola estas consideraciones y deja traslucir la convicción en la creencia de una sociedad completamente sana y libre de enfermedad. (1987, p. 121). Esta concepción se torna un tanto utópica teniendo en cuenta las características actuales del presente. Se asiste a un contexto histórico volátil que fuerza a una sociedad a adaptarse permanentemente a condiciones cada vez más adversas y hostiles. En este escenario parece dificultoso considerar un completo estado de bienestar e inclusive cabría considerar si no es hasta necesario una cierta cuota de malestar para el movimiento de la vida. Alicia Stolkiner manifiesta: "Más que pensar la salud como un estado a recuperar cabría pensar la salud como un proceso, como una dinámica permanente" (2003, p. 39). De esta forma no se pierde la dimensión subjetiva del impacto que puede producir una enfermedad y se sostiene también la idea de la complejidad del proceso, por ejemplo, a veces el desenvolvimiento de un malestar puede ser un indicador de salud en determinados sujetos.

El modelo biomédico tiene otra característica importante: su objeto no es solo un

objeto fragmentado sino ontologizado. La enfermedad o el padecimiento se ontologiza, pasa a formar parte del ser de la persona, constituyéndose su identidad. Retomando a De Sousa Campos que es muy claro en este sentido: “Su paciente con nombre y apellido desaparecerá para dar lugar a un psicótico, un hipertenso, un canceroso o un quejoso

9

múltiple cuando no se acierta de inmediato con algún diagnóstico”. (p. 75). En este sentido el autor habla de la relación entre la enfermedad y el sujeto y dice que hay muchas posiciones posibles entre ambos desde aquellas en que la dolencia ocupa un gran espacio en la existencia del sujeto hasta otras en que la enfermedad es un evento transitorio y fugaz, por tanto, pueden incidir de forma diferenciada de acuerdo a la historia y los recursos subjetivos y materiales de cada sujeto. El autor trae un concepto que es interesante para reflexionar en esta línea: el de *proceso de invención de la salud*. Expresa que implicará la salida de la enfermedad como una dolencia que recubre todo el ser de la persona como plantea la medicina, para enfocar en el proceso de reproducción social del paciente, influenciada por una perspectiva de protagonismo del sujeto y de su reconocimiento como una persona con derechos. (2001, p. 78).

Desde esta perspectiva la salud estaría dada por la construcción de una nueva dialéctica entre sujeto y enfermedad, donde al poner la enfermedad entre paréntesis permite la entrada en escena del sujeto, su participación activa en el proceso de invención de su salud.

Las consideraciones que tiene un modelo de atención en salud acerca de la salud y la enfermedad son relevantes en tanto generan intervenciones que producen efectos determinados, si bien muchas veces no puede anticiparse dicho efecto, se tiende a recalcar la significatividad de las intervenciones en función de las formas, del contenido y de la transmisión. Un paciente al que se le transmite una situación de enfermedad como una ruptura o un paso de un estado a otro, en condiciones más o menos fortuitas, puede contribuir a que se deje de lado el por qué surgió dicha enfermedad o si tiene que ver con otros planos de su vida que no se han tenido en cuenta, a modo de ejemplo, un estilo de vida que viene extendiéndose en el tiempo como infructuoso, o alguna circunstancia subjetiva previa que ha conseguido expresarse como enfermedad. Se considera que los procesos de salud – enfermedad no son disruptivos, sino que forman parte de la continuidad de la vida, tener en cuenta esta percepción puede contribuir también a generar menos impacto en la subjetividad del paciente a la hora de ciertos diagnósticos que parecen ser sorprendidos. Por otro lado, se sostiene la creencia de que los estados completos de bienestar carecen de existencia real. Las condiciones de vida de las personas son tan diversas que, a veces y en ciertos casos, se mantienen saludables a pesar de vivir en un ambiente de hostilidad o, inclusive pueden llegar a la determinación de transformar algo propio a partir de un malestar que genera una condición de posibilidad. Todo lo dicho tiene que ver con la singularidad propia de cada caso.

2-La salud: derecho o mercancía

La medicina históricamente ha estado enlazada a la economía política, pero de diferentes maneras. Michel Foucault señala que en un primer momento se le exigía a la medicina que sea un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para sostener el funcionamiento de la sociedad, pero que en cierto momento esta relación con la economía se entronca porque empieza a poder producir riqueza directamente en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros, adquiere importancia económica y se inserta en el mercado. (1976, p. 76)

El complejo Médico Industrial fue a través de los años tomando más fuerza gracias al avance de las técnicas, de la aparatología, los procedimientos médicos y el desarrollo de la industria farmacéutica. Emiliano Galende a este respecto expresa que la medicina vio sus núcleos objetivistas reforzados por la inclusión de nuevas tecnologías,

sobre todo en el diagnóstico, y las prácticas médicas se iban reformulando hacia una restricción de la práctica liberal de la profesión médica por la hegemonía de las empresas médicas. En esta línea, la ideología neoliberal produce el direccionamiento del Estado hacia la privatización de todo lo que sostenía lo público. El Estado se desentiende de las funciones que alguna vez le concernían, en palabras de Galende: “La ideología neoliberal produce una redefinición de las funciones del Estado: se restringen aquellas ligadas a la protección social, se refuerzan las que hacen de soporte al desarrollo económico de las grandes empresas” (1997, p. 165).

10

Por tanto, el Estado se retira de ser el garante de los derechos y la protección ciudadana, dejando sobre todo a los individuos más vulnerables de una comunidad en una situación de desamparo, y contribuyendo al crecimiento y la expansión dentro del sector salud de los seguros de salud a cargo de empresas financieras. Así las empresas de medicina privada fueron adquiriendo protagonismo y ofrecen planes en función de su propio costo-beneficio, es decir, más accesibles a los individuos que no constituyen un riesgo de enfermar y más costosos a personas con presencia de comorbilidades, antecedentes genéticos de enfermedad o adultos mayores.

La salud pasa desde esta perspectiva a circular dentro de la competencia del mercado, como compra-venta de servicios y los individuos sucumben a un proceso de objetivación, en palabras de Alicia Stolkiner: “Las relaciones sociales aparecen como relaciones propias de cosas entre personas y relaciones sociales entre las cosas” (p. 13), es decir las personas son colocadas en el lugar de *cosa*, objetivadas en función de la producción de ganancia o del gasto que pueden significar. Parafraseando a la autora: se viola la dignidad cuando aquello que se liga a la vida adquiere una *condición mercantil*. (2010, p. 13)

La concepción de la salud no como un derecho sino como una mercancía empieza a configurar una noción de valor monetario de la vida y asimismo la sensación de un discurso legitimado de que habría personas que necesariamente por la forma en que está conformado el sistema quedarían por fuera del derecho a la salud por no poder proveérselo. Cristina Laurell a este respecto comenta que la consideración de los servicios médicos a criterio o a gusto de cada quien como si fuesen cualquier otro objeto de consumo o mercancía constituye una falacia cuando para muchas personas el acceso a ellos es una cuestión definitiva entre la vida y la muerte (1994, p. 46). A su vez las narrativas neoliberales refuerzan estos discursos depositando la responsabilidad de la falta de acceso a un servicio de calidad no en los estados sino en las mismas personas en función de su falta de esfuerzo o de voluntad. De Sousa Campos expresa que la idea de salud como derecho no se traduce en consignas prácticas y que se nota actualmente una difusión de la noción de que la asistencia a la salud dependerá de iniciativas individuales, filantrópicas o de la suerte de cada grupo socioeconómico. (2009, p. 76).

De esta manera los usuarios ven restringida su acción social ya que son sometidos en la atención de sus sufrimientos a los criterios económicos del mercado (utilidad, eficacia, menor costo), (Galende, 1997, p. 80).

Lo antes expuesto deja traslucir el vínculo importante que tiene la salud, propuesta desde el paradigma médico dominante con la economía política, y cómo se vincula con la dimensión socio-económica de la vida de las personas. El complejo médico industrial está conformado por monopolios, un claro ejemplo es el monopolio de los medicamentos, que gracias a la aprobación de patentes ostenta un poder anexo al arrogarse el privilegio exclusivo de producir y comercializar medicamentos. Esto constituye un problema ya que como se sabe, los medicamentos son bienes imposibles de reemplazar, porque se relacionan con la posibilidad de poder acceder a una mejor calidad de vida o resolver problemas de salud. En el contexto de capitalismo voraz actual la industria médica busca producir ganancias notables que se concentran en pocas

manos, lo que muchas veces deja imposibilitados a los usuarios a acceder a ciertos tratamientos o medicaciones por sus altos costos y por cuestiones atinentes al mercado. Así una persona que enferma muchas veces se ve expuesta a no conseguir una respuesta desde este modelo y a tener que optar por formas de atención que no contribuyan a resolver su malestar e inclusive que impactan negativamente produciendo aún más incertidumbre. La falta de acceso a tratamientos para cuidar la salud es un efecto directo de la vulnerabilidad que produce la concepción mercantil del Modelo Médico Hegemónico, constituye la forma de expresión más deshumanizada y desubjetivante a la que se asiste en nuestra época.

3-La medicalización de la vida

En el ámbito de la salud la nueva economía neoliberal tiene como principio básico ampliar los ámbitos de acumulación del capital; el resultado de ello también es el fuerte

11

protagonismo como se dijo antes, que empieza a tener el “Complejo médico-industrial”, constituido por las grandes corporaciones privadas de la salud. La industria farmacéutica parte importante de este modelo lleva adelante acciones para incluir dentro de sus consumidores a cada vez más segmentos de la población. Este escenario no puede desligarse de los rasgos de la nueva cultura y de la preponderancia del mercado. Emiliano Galende sostiene que no solo se producen nuevos productos sino también se generan nuevos valores para ordenar el comportamiento de las personas como consumidores. Así se producen alianzas entre el mercado y los profesionales con la intención de ofrecer cada vez más fármacos para los padecimientos, inclusive aquellos que son parte de los procesos vitales.

Conviene citarlo en toda su extensión:

Si usted percibe que el deseo sexual lo abandona, que ya no responde, no importa quien sea la otra persona cuando usted se lo propone, venga que hay una pastilla que le devolverá su erección... y no tendrá que estar preguntándose ni por su deseo sexual ni por quien es para usted la persona con quien lo practica. (Galende, 2008, p. 127).

Se asiste a un momento en el que se propulsa la transformación de una vivencia dolorosa en una categoría psicopatológica. El proceso de la medicalización según Menéndez es un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos. Según el autor este proceso implica que los sujetos y grupos vayan asumiendo lo que les pasa en términos de enfermedad y no de lo que son tradicionalmente: conflictos y padeceres propios de la vida misma. (2003, p. 123). Dice Foucault: “Con lo que eres, con tu vida, con aquello que motiva quejas a tu respecto, con lo que haces y dices, proporcióname síntomas, no para que yo sepa qué enfermo eres, sino para que pueda ser un médico frente a ti”. (1987, p. 137).

No es inocente plantear la incidencia en este panorama de la difusión del DSM, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* hecha por corporaciones de psiquiatras norteamericanos, sobre todo en su variante más actualizada el DSMV. Galende a este respecto comenta que su difusión como criterio clasificador provoco un estallido de las nosografías tradicionales al llevar a las antiguas categorías diagnosticas (psicosis, neurosis, depresión, etc.) más cerca de los padecimientos cotidianos. (1997, p. 130).

De esta forma es muy posible que se generen acciones de intervención profesional donde se administren psicofármacos por ejemplo en situaciones de duelo producidas por la pérdida de una persona querida. Alicia Stolkiner retoma este tema al expresar que el DSMV amplía la gama de procesos mórbidos por medio de la patologización de procesos vitales, por tanto, pareciera que habilita entonces un

diagnóstico de depresión la persistencia de síntomas de ánimo depresivo (falta de interés, pérdida de apetito, insomnio) en un periodo de dos semanas posteriores a una pérdida importante. (2013, p. 47)

Estas concepciones dejan por fuera los saberes de los propios sujetos y comunidades acerca de sus propios malestares, cada grupo social concibe formas singulares de significación y re significación de los procesos de salud- enfermedad. La enfermedad es un acontecimiento social que genera en los sujetos y grupos la movilización de acciones tendientes a dar una resolución a dicha situación. Así van constituyéndose entre las personas diferentes formas de atención de su malestar, que a veces coinciden con la medicina tradicional y en ciertas ocasiones están vinculadas a otras disciplinas, como, por ejemplo, medicinas alternativas, practicas orientales, curanderos, entre otras. Todo esto proceso está impregnado de la singularidad de estos sujetos y grupos y es un proceso que no reconoce una sucesión lineal y temporal determinada e inflexible, sino que está afectado por distintas variables vinculadas a ese grupo social determinado. Por tanto, el discurso del Modelo Biomédico según el cual los procesos de salud- enfermedad poseerían una estructura bien definida y esperable, y que lo que suceda por fuera de esos parámetros es un problema de salud, niega absolutamente toda subjetividad posicionándose en un lugar desde donde se excluyen multideterminaciones que podrían muchas veces ser claves para la resolución de dicho malestar. Los procesos de salud-

12

enfermedad llevan impregnados la marca de un atravesamiento no solo del cuerpo sino también subjetivo, así cada singularidad o grupo social tiene sus propias formas de simbolización y re significación.

4-La ontologización y el estigma de la enfermedad

Cecilia Augsburger expresa que la nosografía clásica ha trabajado con criterios de enfermedad objetivos, considerando solo aquello que podía verse y comprobarse, dejando de lado la dimensión subjetiva de quien lo padece. (2002, p. 27).

Si se piensa en este modelo reduccionista es inevitable mencionar todas las aristas del proceso, explicado por Alicia Stolkiner: “En el proceso de medicalización sucede un tercer movimiento que es el proceso de reducir el problema. Primero se lo individualiza, luego se lo patologiza y luego se lo ontologiza, esto es lo que llamamos patologización” (2003, p. 65). Es decir, al individualizar el problema pasa a ser exclusivamente un problema del sujeto que lo padece, luego se le agrega un criterio diagnóstico y después este diagnóstico pasa a formar parte del ser la persona, se lo ontologiza.

De Sousa Campos cita a Goffman y hace una analogía de su concepto de *Institución total* para referirse al proceso de ontologización con el término *Enfermedad total*, expresa: “Para la medicina ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales de enfermo, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva identidad” (p. 133). Este proceso puede extenderse muy profundamente al interior del ser del sujeto, hasta se habla de un arte psicopatológico para referirse a las pinturas elaboradas por enfermos mentales. El autor también establece que tratar la enfermedad de esta forma constituye en sí mismo un problema, porque autoriza a un profesional de salud a intervenir de cierta forma. Y si bien ayuda, a modo de ejemplo, conocer las características de la hipertensión en función de considerar que existe un proceso de gestación considerado normal, también confunde, porque en nombre de esta abstracción se autorizan intervenciones impropias que desconocen la variabilidad de lo singular. (2001, p. 132)

Además de las consecuencias expuestas de la ontologización se le agregan las consecuencias atinentes al contexto social y cultural en el que se incluye el sujeto luego.

En palabras del autor: “Las personas dejarán de ser viejas, jóvenes, padres, madres, trabajadores, jubilados o desempleados, músicos o profesores, y todos serán enfermos de alguna cosa” (De Sousa Campos, 2001, p. 133).

El proceso de etiquetamiento que la enfermedad produce (diagnóstico) le confiere un destino al sujeto dentro del conjunto social, y ese destino desliga el sufrimiento del proceso que le dio origen. (Augsburger, 2002, p. 55). Esto puede tener innumerables consecuencias negativas y perturbar la vida del sujeto hasta conformarse en un estigma que lo acompaña y condiciona sus formas de estar en el mundo y sus vínculos con los demás.

Alicia Stolkiner clarifica este planteo con el siguiente ejemplo: “El momento de delirio de una mujer joven diagnosticada como *paciente esquizofrénica* bien puede requerir de la psicopatología como una de las herramientas necesarias para su abordaje; pero la incertidumbre y el temor que a ella le produce al iniciar una relación amorosa o de amistad, elegir si explicita que toma medicación psiquiátrica, no es comprensible sin incorporar la dimensión del estigma”. (2012, p. 39).

Los problemas de salud mental son procesos que tienen un lugar discursivo dentro de la cultura. Como antes se menciona, el diagnóstico, la categoría psicopatológica se adhiere a la identidad del sujeto en la práctica médica, pero no puede dejarse de lado que el proceso de patologización incluye también una dimensión social y cultural, que es donde termina expresándose el estigma. Los saberes culturales y sociales sobre las problemáticas de salud mental siguen conteniendo en su núcleo este aspecto inherente a la estigmatización, cuyo efecto es muchas veces la exclusión del circuito social de la persona psicopatologizada, lo que genera necesariamente padecimientos anexos para dicho sujeto al estar expuesto al rechazo social y a la imposibilidad de poder continuar con sus actividades cotidianas. El resultado es un sujeto largado a su suerte, despojado de los

13

sostenes que hasta ese momento permitían más o menos un desenvolvimiento acorde a los requerimientos sociales. Es decir, el orden de problemas que surge en el propio sujeto al interactuar con su entorno habiendo estado expuesto a un proceso de patologización, ya no es un sufrimiento propio de la patología, sino un sufrimiento nuevo que le se le añade a raíz del mismo proceso de ontologización.

SUFRIMIENTO PSÍQUICO: UN ABORDAJE COMPLEJO DEL MALESTAR SUBJETIVO

Los conceptos traídos a cuenta anteriormente: la salud como una mercancía, la medicalización de la vida y la ontologización de la enfermedad, tienen un elemento en común que las atraviesa: la objetivación del sujeto. Es decir, el Modelo Médico Hegemónico se instaura como un paradigma profundamente objetivante.

Stolkiner es muy clara a este respecto:

El proceso de medicalización es el modo en que se manifiesta en este campo el antagonismo central de nuestra época, la tensión indialectizable entre la tendencia hegemónica a la objetivación y la tendencia a la subjetivación, esta última sostenida por actores y sujetos que desarrollan prácticas de ampliación de derechos, que ponen en escena lo irreductible de la vida. (2012, p. 42)

A su vez el proceso de Mercantilización de la salud, sigue incentivando la objetivación de los sujetos al intentar extender los procesos patológicos a otras dimensiones de la vida e incluir a los sujetos como potenciales consumidores de medicación que presumiblemente reducirían cualquier forma de malestar pero que sin embargo no resuelve el sufrimiento subjetivo, sino que las más de las veces lo acentúa.

Galende argumenta que el consumo de psicofármacos tal como se impulsa en el contexto actual, suponen una desobjetivación ya que invitan a existir eliminando el malestar de la vida que porta todo sujeto, olvidar las razones de su ansiedad, los motivos de angustia, la imposibilidad de conciliar el sueño y desprenderlos de las condiciones de existencia, en un proceso de enajenación de uno mismo. (1997, p. 11).

Esto ocurriría también a través de un proceso de “Creación de enfermedades”, incentivado por una variedad de actores del Complejo Médico industrial: corporaciones de investigación, médicos y especialistas, empresas de marketing, periodismo científico de divulgación general. Stolkiner explica eficazmente que este proceso se inicia con el aislamiento o la definición de un problema que luego pasa a nominarse como *enfermedad* o *síndrome*, luego se le asigna una cierta sintomatología y se lo reduce a su dimensión individual y biológica, ofreciendo como respuesta medicamentos preferentemente. (2012, p. 22)

Todo este complejo proceso atraviesa desde la relación entre profesionales y sujetos, hasta el papel del aparato estatal en la fijación de políticas públicas bajo la forma de la medicalización y/o la falta de acceso a cuidados; a su vez simultáneamente generan prácticas definidas e identidades.

El problema de la falta de acceso a cuidados está profundamente imbricado con el proceso de medicalización- mercantilización y debe ser tenido en cuenta ya que es una dimensión más de los procesos de salud- enfermedad que el Modelo Médico Hegemónico invisibiliza: la dimensión socio- económica de los sujetos. La falta de acceso a los cuidados constituye una transgresión del “Derecho a la salud” y una vulneración hacia los sujetos que demandan atención, en función de objetivarlos por el hecho de asignarles a sus vidas una condición mercantil. Así en una sociedad profundamente desigual, donde existe una inequidad socio- económico relevante entre algunos sectores de la sociedad, la mercantilización produce que muchos sujetos se vean imposibilitados o limitados de acceder -si enferman- a un proceso terapéutico y de poder atender su padecimiento de alguna forma, lo que produce incertidumbre e incrementa el malestar.

14

Es necesario mencionar que el hecho de que un discurso social produzca legitimación y sea aceptado no quiere decir que carezca de contradicciones, precisamente las luchas por la hegemonía discursiva son parte de los debates de los cuerpos sociales y es de esa forma como llegan a construirse otras líneas de pensamiento que contribuyen a criticar y cuestionar lo que en cierto punto puede llegar a quedar obsoleto o constituir un núcleo iatrogénico o vetusto para la sociedad.

Stolkiner asegura que la eficacia simbólica del Modelo de la biomedicina empezó a resquebrajarse ante el reconocimiento de los efectos iatrogénicos o los daños que acompañaban el progreso de las ciencias médicas sumado a una crisis de legitimidad donde desde la perspectiva de los sujetos los servicios de salud no resultaban adecuados para resolver problemas de salud singulares o colectivos. (2012, p. 46)

Así en contraposición al Modelo Médico Hegemónico han surgido históricamente otros modelos de alcance más críticos, solidarios y colectivos que buscaban dar otras respuestas a los usuarios, otro marco ideológico a los procesos de salud- enfermedad atención y resolver las cuestiones de objetivación en las que se venían inmersos los sujetos. Uno de ellos es el Modelo de la Medicina social- salud colectiva cuya novedad es incluir categorías teóricas más ampliadas para pensar estos procesos. La autora hace aportaciones sobre este modelo: “Su sentido inicial refería a la relación entre la enfermedad y los “problemas sociales”, y la responsabilidad del Estado en relación a ello, marcando claramente el carácter político, con potencialidad transformadora y libertaria, de la medicina.” (Stolkiner, Alicia, 2012, p. 45)

A este respecto Galende expresa que el centro de los malestares no es otro que el de las relaciones de los individuos con el desenvolvimiento de lo social. La tensión se da entre todos los niveles de la vida en que se ordenan las relaciones entre las *cuestiones globales*- de la economía, la salud, el trabajo, la educación- y las *situaciones locales*- la familia, las condiciones e incertidumbres del empleo, la indefensión ante los riesgos de la enfermedad, la vejez, la marginalidad social, etc. (2009, p. 66)

Una de las ampliaciones teóricas que se derivó de este movimiento fue la introducción del concepto de “Sufrimiento psíquico”, una noción que intenta recuperar la dimensión subjetiva de la enfermedad que tanto había sido negada y dejada a un lado por los modelos positivistas. El antecedente directo que se tiene de la incorporación del concepto devino de la distinción entre *disease* referido a la conceptualización de enfermedad que hacen los médicos e *illness* que designaría la experiencia directa del enfermo, la vivencia de la enfermedad, entendiéndolo, que la comprensión del sufrimiento psíquico se ancla en función de las cuestiones atinentes al ser y a la existencia y no según el modelo médico de enfermedad mental. (Galende, 2009, p. 78).

Es decir, en palabras de Augsburger: “la emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla como ser divergente de ella”. (p. 81). Esto permite pensar en el sufrimiento psíquico desligado de la patología y atinente a las situaciones de afectación de la salud mental a las que están expuestos los sujetos, que han sido invisibilizadas. Dicha autora expresa que son variadas las demandas de atención en salud mental, por un lado, grupos de aquellos sujetos que no enmarcan dentro de los comportamientos sociales aceptados (drogadictos, psicóticos, etc.), aquellos que fracasan en su capacidad adaptativa (neurosis, depresiones, discapacidades, etc.) y aquellos que constituyen un mayor riesgo de enfermar por su pertenencia a un grupo etario o por el atravesamiento de un ciclo vital (ancianos, niños, adolescentes). Augsburger también destaca que debe comprenderse que el sufrimiento humano es un problema socialmente producido, en contextos culturales y socio históricos definidos, y no exclusivamente un problema biológico, por tanto, se torna necesaria la crítica acerca de los sistemas clasificatorios que no contemplan estas dimensiones. (2002, p. 85).

Este planteamiento implica una reformulación de la especificidad del terreno mismo de la salud mental, pero permite también una ampliación de su campo de intervención, en función de considerar que más allá de un diagnóstico psicopatológico existen condiciones propias de la vida que son productoras también de sufrimiento psíquico, por tanto, materia de salud mental. Y visibiliza que muchas de estas condiciones productoras de malestar

15

están ligadas a la manera en la cual responde el entramado social en su interacción con el padecimiento psíquico, aun mas cuando existe una categoría psicopatológica reduccionista que atraviesa la vida de los sujetos y condiciones contextuales que generan procesos de mercantilización. En palabras de Alicia Stolkiner: “Se rompió con la idea de una historia

natural de la enfermedad planteando que era imposible abordar el curso de los procesos de salud-enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de *respuesta social* eran también fuerzas productoras del mismo en sus dimensiones concretas y simbólicas”. (2002, p. 23)

Emiliano Galende sostiene que los eventos actuales que afectan la salud mental no pueden ser descriptos solo con un conjunto de entidades patológicas definidas ya que junto a la persistencia de las patologías emergen nuevas formas de expresión del sufrimiento psíquico, por ejemplo, las dificultades o infortunios de la vida amorosa, el fracaso laboral, la soledad y la dificultad para relacionarse con otros. (1997. p. 9).

Es decir, se impone el cuestionamiento de reflexionar que el proceso de salud –

enfermedad involucra múltiples dimensiones de la vida que, directa o indirectamente, producen efectos. A su vez invita a reflexionar sobre cómo la enfermedad es vivida y afrontada por el sujeto, qué consecuencias tiene y qué comportamientos suscita en los otros. A la enfermedad que ya tiene un carácter traumático porque transforma, perturba y hasta mata sujetos, si se la concibe dentro de un paradigma como el del Modelo Médico Hegemónico se le agrega un malestar vinculado a la ontologización y a la mercantilización de la salud que produce consecuencias no ligadas exclusivamente a dicha enfermedad, sino a las formas que adquiere ese “estar en el mundo” dentro del conjunto social.

En palabras de Augsburger:

Los espacios de pertenencia social, la integración en una comunidad de intereses y afectos con los otros, quedan signados por la paradoja de ser simultáneamente proveedores de garantías y seguridad a la par que centro de producción de dolor y sufrimiento. (2002, p. 82)

Siguiendo este planteo, Emiliano Galende propone una comprensión comunitaria del sufrimiento psíquico que no se limita a una diferenciación del sujeto en función de su clasificación diagnóstica ni entiende a la enfermedad como naturaleza ajena al conjunto complejo de su existencia, sino que implica una ruptura con aquello que operaba en el dispositivo de la medicina mental (un sistema de diferenciación y exclusión), ya que incluye criterios de integración socio-comunitaria tanto en la comprensión del sufrimiento mental como en su tratamiento. (1997, p. 9).

La atención de cualquier padecimiento se da siempre en el marco de relaciones sociales, son ellas las que pueden hacer la diferencia en el tratamiento. Se ha expuesto hasta ahora a lo largo de este escrito las innumerables razones por las que estas relaciones sociales pueden derivar en consecuencias positivas o volverse ellas mismas iatrogénicas y negativas. Mejor dicho, no exclusivamente las relaciones sociales expuestas en las prácticas profesionales sino lo que de ellas se deriva: intervenciones hacia los padecimientos, de distinta índole que muchas veces resultan en sí mismas negativas e iatrogénicas por el bagaje ideológico que suponen. Desde el momento mismo en el que un paciente es informado de un cuadro mórbido, la forma en que es nombrado este suceso que atraviesa su vida, en qué lugar es puesto él mismo en el proceso de su tratamiento y cuál es el tipo de acompañamiento que recibe del dispositivo de atención terminan siendo variables determinantes en el atravesamiento de ese proceso. Estas variables van a estar desplegadas de una forma u otra según se trate de un paradigma del Modelo médico Hegemónico o de la Medicina Social. Comprender los procesos mórbidos de forma integral, tener en cuenta que siempre suponen no solo una determinación biológica (si la hubiese) sino sobre todo una determinación social y subjetiva, es concebir no ya a la enfermedad como unicausal, externa o individual, sino como un proceso de afectación colectivo, y la respuesta terapéutica se impone necesariamente ser construida desde esta concepción. Solo de esta forma se podrá generar una práctica integral, colectiva, solidaria y con una perspectiva de derechos.

16

Por último, se deja entrever que las razones por las que una persona enferma tampoco escapan a un análisis contextual. El modelo de sociedad en el que vivimos produce profundas desigualdades, medicaliza la vida y mercantiliza la salud, dos procesos que son generados por el Modelo Biomédico con el objetivo esencial de siempre acumular

capital. Por tanto, la salud-enfermedad de la población está determinada por la forma en que se vive y se trabaja, por la forma en que se distribuye la riqueza social y por cómo se satisface las necesidades de una población o se accede a los servicios de salud. Por todo esto incluir la categoría sufrimiento psíquico como una concepción de los padecimientos ampliada se vuelve necesario para pensar en las dolencias de nuestra época y para

establecer una posición crítica frente a todos estos procesos llevados a cabo en nuestra época, entendiendo que muchos de ellos en sí mismos pueden llegar a generar sufrimiento subjetivo.

UN PARADIGMA DE ATENCION CRITICO Y SOLIDARIO. EL MODELO DE LA MEDICINA SOCIAL- SALUD COLECTIVA

El modelo de la medicina social- salud colectiva latinoamericano se caracterizó por abrir un debate epistemológico y teórico profundo para pensar los procesos de salud enfermedad. Cuestionó las categorías de los modelos positivistas para incluir la dimensión social dentro del análisis de dichos procesos. A su vez criticó profundamente la concepción derivada de la medicina positivista de considerar la salud – enfermedad como estados para introducir la noción de “proceso” dinámico e incluyó la categoría “cuidado”, que amplía y visibiliza las acciones que los grupos sociales realizan para atender sus padecimientos. Menéndez denominaría a este proceso “Auto atención” y lo definiría como las representaciones y prácticas que la población utiliza para explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir un malestar sin la intervención de profesionales. (Menéndez, 2003, p. 121).

A su vez ponderó el “Derecho a la salud”, e instituyó una crítica en contraposición con el Modelo Médico Hegemónico de la salud como un bien mercantilizado, instando a volver el eje hacia la protección de los derechos integrales y la responsabilidad del Estado de garantizarlos.

Stolkiner dice a este respecto: “La salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial del derecho a la vida, y con tener satisfechas necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos”. (2013, p. 43). La autora también

destaca que el reconocimiento del Derecho a la salud se basa en una concepción compleja del proceso salud- enfermedad- cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, con sistemas de acceso universal.

A su vez este nuevo paradigma establece debates acerca de los procesos de medicalización de la vida y de la ontologización de la enfermedad produciendo un cuestionamiento de la práctica médica centrada en patologías individuales. En palabras de Stolkiner: “Práctica que se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalidad y articulación entre especialización e interdisciplinabilidad”. (2012, p. 45)

El concepto de “Clínica ampliada o del sujeto” es trabajado por De Sousa Campos quien propone una clínica que acentúe en el descolocamiento en la enfermedad para centrarla en el sujeto concreto, instando a una superación de la fragmentación entre biología, subjetividad y sociabilidad trabajando en proyectos terapéuticos amplios y que se reconozca un papel activo para el sujeto en lucha y en defensa de la salud. (2001, p. 47). La clínica del sujeto propuesta por el autor pondera la importancia del trabajo en equipo, de la escucha activa de la singularidad de los casos, de afinar una cultura de la comunicación y de incentivar la construcción colectiva de procesos terapéuticos en un

sistema de cogestión, que no deja por fuera al sujeto doliente, sino que lo incluye, reafirmando su participación activa como inventor de su salud.

A su vez el modelo de la Medicina Social -Salud colectiva propone la acentuación en la promoción de la salud, que según la autora Claudia Bang refiere al fortalecimiento

de la capacidad colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud y la vida. Concibiendo a la salud desde una perspectiva integral relacionada a la posibilidad de ganar grados mayores de autonomía sobre el “modo de vivir en la vida”. (2014, p. 23). Este planteo incluye una participación activa de la comunidad, la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.

La crítica al concepto de salud de la OMS, la concepción de la salud no como una mercancía sino como un derecho humano y social fundamental y la participación activa de la comunidad son pilares importantes en la propuesta del movimiento de la Medicina Social Salud colectiva, que como se muestra viene a hacer un profundo cuestionamiento al paradigma positivista biomédico. Es cierto que la medicina tiene su eficacia porque cura dolencias, pero ejercida desde su estructura ideológica genera a veces otros sufrimientos añadidos o deja sin resolver muchos problemas de salud o por fuera otros aspectos de los procesos mórbidos que tienen su relevancia en dicho proceso. A su vez la participación social en salud promueve los derechos de los ciudadanos, el respeto, la igualdad y la solidaridad entre todos los actores sociales, entendiendo que las resoluciones y los acuerdos son colectivos, y que solo de esta forma se construye un buen vivir para el conjunto social tan necesario en una época en que se asiste a la fragilización de los vínculos sociales solidarios y a una dificultad para mejorar las instituciones por sus crisis recurrentes.

1-La importancia de prácticas en salud ampliadas y subjetivantes

Cuando se atiende a focalizar en las prácticas de atención en salud se asiste a la visibilidad de intervenciones objetivantes, que muchas veces no tienen en cuenta los intereses de los usuarios. Alicia Stolkiner a este respecto expresa que la objetivación es un determinante fundamental en las formas de producción de sufrimiento psíquico de la época y es simultáneamente un componente de las prácticas en salud. En palabras de la autora:

El proceso de medicalización-mercantilización-objetivación no sólo se manifiesta en el nivel macrosocial, sino que se plantea en cada acto en salud. Todo acto en salud invoca una intervención disciplinaria o técnica, potencialmente objetivante. En los modelos hegemónicos de atención, es ésta prácticamente la única que su organización y producción permite. (2013, p. 56)

La autora también expresa que las tendencias más evidentes a la objetivación son propias del resurgimiento del biologismo que reduciría los padecimientos a disfunciones orgánicas individuales. Pero que más allá de esto, esta tendencia actúa de manera menos evidente en prácticas que objetivan al descontextuar y negar la historicidad de las narrativas singulares, reduciendo los sujetos a estructuras abstractas intemporales. Estas representaciones operan en los agentes a partir de su ubicación en las instituciones. (Stolkiner, 2013, p. 44).

De Sousa Campos sostiene que esto genera un problema ético al plantear que los profesionales de la salud al recortar radicalmente su propio objeto de estudio reducirán siempre el compromiso ético con la reproducción de la vida que ellos suponen. Por tanto, la transformación exige una alteración de las instituciones, los saberes y las políticas en función de instar a los profesionales a asumir una responsabilidad e involucrarse no solo en determinada etapa del proyecto terapéutico sino en el objetivo final de su propia intervención: la recuperación del paciente y la promoción de la salud (2001, p. 89)

En este punto la medicina social- salud colectiva enfatiza la importancia del trabajo interdisciplinar para no caer en dichos reduccionismos. De Sousa Campos sostiene que, al considerar la necesidad de la división de trabajo por especialidades, lo indispensable es la

acción interdisciplinar. Es decir, asumir la integración de saberes e intervenciones. (2001, p. 87)

El campo de salud y de la salud mental en particular son campos hiper complejos, con una multireferencialidad teórica muy amplia para cada problemática. En esta línea el abordaje de la complejidad se hace necesario a través de un trabajo donde cada disciplina no pierda su saber propio, pero también se nutra del saber de otras, pudiendo generar intervenciones que contemplen un poco más la multidimensionalidad del problema y contribuyendo a que el sujeto pueda ser destinatario de prácticas que lo subjetivicen antes que negarlo o fragmentarlo. Este planteo no significa que los profesionales tengan otros conocimientos teóricos distintos que excedan su propia especificidad sino estimular la responsabilidad, el compromiso y la ética de cada profesión instando al trabajo desde un enfoque teórico basado en la ponderancia de la complejidad, en el reconocimiento del derecho a la salud de los usuarios y en la importancia de la creación de proyectos terapéuticos que pongan en el centro al sujeto, participando activamente en su proceso de recuperación o invención de su salud.

2-La construcción de un sujeto libre y autónomo

La concepción de sujeto es una noción profundamente debatida en los cuerpos teóricos. El Modelo de la medicina ha ponderado una concepción de sujeto basada en una a historicidad, a sociabilidad e individualidad, profundamente desligada de su contexto, solo considerada por su biogenicidad, en definitiva, ha tendido a una objetivización del sujeto. El sujeto que construye el Modelo biomédico es un sujeto con características de pasividad, invisibilizadas todas las dimensiones que puedan afectarlo que no sean la biológica. Stolkner habla de la noción de individuo impuesta por la modernidad y comenta que la medicina ha sido uno de los dispositivos de construcción disciplinar del individuo y que lo ha reconocido como su objeto. Esta noción de individuo ha ponderado los dualismos mente- cuerpo e individuo- sociedad, estableciendo una clara distancia entre los conceptos. La autora trae a colación la inclusión de la singularidad: “Sucede que lo singular no hace dupla con lo genérico, sino que lo particulariza, lo concreta, y que el cuerpo aparece necesariamente como social y subjetivo aún en su dimensión biológica” (Stolkner, 2013, p. 23)

De Sousa Campos hace una contribución al concepto de sujeto que se condice con la propuesta del Modelo de la Medicina social – Salud colectiva: “El sujeto, es un ser biológico, con una compleja subjetividad, e inmerso en un conjunto de relaciones sociales que alteran sus deseos, intereses y necesidades”. Es un ser con un grado relativo de autonomía, inmerso en la historia y la sociedad. (2001, p. 181).

Las concepciones traídas a cuenta acerca de la noción de sujeto recalcan la importancia de considerarlo en función de un contexto socio-histórico bien definido donde siempre está inmerso. Como expresa Galende: “Lo social y lo cultural no existen por fuera de las personas, la interioridad del sujeto es cultural y social”. (1997, p. 54). Este sujeto contextual es un sujeto de la complejidad, que es producido o construido en un devenir constante entre lo que De Sousa Campos concibe como los *Planos de coproducción del sujeto*. Por un lado, una región de fuerzas del sujeto que incluye su estructura biológica, el deseo y el interés; una región de contacto entre lo interno y lo externo donde son expresadas síntesis entre el sujeto y su contexto; y por último una región de fuerzas que implica la incidencia de lo externo sobre lo interno. Por tanto, para el autor la subjetividad de los sujetos y de lo que él denomina grupos-sujeto resultan de la influencia y combinación de estos planos, el sujeto existe y transita estos planos. (2001, p. 127)

Esta teoría tiene presente que no existe un sujeto por fuera de las instituciones, y

que él mismo está conformado por ellas. Pero en este proceso de constante devenir de producción del sujeto cabe considerar un concepto propuesto por Deleuze, el de *líneas de fuga*, consideradas por el autor como desplazamientos que escapan a las líneas narrativas del poder. Estos diagramas de líneas de poder son también *lugares de mutación* (1995, p. 43). Es decir, pueden producirse lugares de transformación subjetiva e institucional.

19

A propósito de esto, De Sousa Campos trae a cuenta que tomar un cierto paradigma como absolutamente dominante implica negar la posibilidad de que se produzcan cambios; implica desconocer que existen contradicciones que operan entre los valores dominantes y la práctica de los sujetos concretos. Por tanto, los sujetos son potencialmente constructores y deconstructores de esos planos a través de su autonomía, que caracteriza como “La capacidad de expresarse y de actuar influenciando, valiéndose de un método dialectico que mediese fuerzas internas con imposiciones externas”. (De Sousa Campos, 2001, p. 47) Es decir, el entramado de la construcción de sujetos más libres y autónomos se produce en una suerte de mediación y formación de compromiso, entre lo interno y lo externo. Esto incluye la participación de todos los actores en un proceso de cogestión, donde puedan generarse mayores niveles de autonomía, responsabilidad y libertad. Según este pensamiento la libertad estaría dada por la capacidad de un sujeto de producir necesidades propias acordes a sus deseos, pero considerando la coacción de la realidad y de los intereses de otros.

La función o el método *Paideia* que propone el autor se basa en el reconocimiento de que la cogestión es tributaria tanto de la producción de subjetividad y de sus manifestaciones como de un modo de educar y conformar sujetos, así como del modo de funcionamiento de las sociedades y de sus relaciones de poder. (De Sousa Campos, 2001, p. 45).

El término *Paideia* es un término griego que significaba la necesidad de educación integral de las personas, creándose un proceso continuo de ampliación de la capacidad de participar de la vida social, inclusive ocupando un lugar en el Ágora.

Por tanto, el Método Paideia es una propuesta de ampliación de la clínica, de reconocimiento y compromiso con el sujeto, con su proceso de democratización, de autonomía y de derecho a la salud. El campo de la salud debe estar dispuesto a responder a este compromiso y a responsabilizarse por crear dispositivos de acompañamiento de los malestares que abracen la complejidad; que alojen a los sujetos en la producción de su salud, reconociendo sus propias herramientas, contribuyendo a ampliarlas, poniendo el foco en todos los aspectos que hacen a la vida singular y a la vida en comunidad. El trabajo interdisciplinar es en este sentido un punto nodal, cada profesión trabajando en conjunto determinando los propios alcances y limitaciones de su profesión pero también estando dispuestas a incorporar saberes de otras disciplinas ya que si es posible podrá generarse una respuesta por lo menos no reduccionista y estrategias de intervención que sean más asertivas para resolver problemas de salud y para restituir los lazos solidarios con la comunidad en la gestión de una vida más saludable para todos.

Gastón De Sousa Campos se permite realizar un interrogante en este sentido: “¿Es posible imaginarse instituciones formadoras o productoras de sujetos críticos, con capacidad de análisis y de inventar nuevos modos de andar en la vida?”. (2001, p. 241)

Reflexiones finales

El recorrido hecho en el presente ensayo estuvo destinado a visibilizar las maneras en las cuales un modelo de atención en salud produce necesariamente a través de sus prácticas, efectos subjetivos; y por otro lado a reflexionar sobre si dichos efectos dependiendo del Modelo de atención desde el cual se trabaje constituían en sí mismos efectos saludables o iatrogénicos.

El Modelo Medico Hegemónico constituye en sí mismo un modelo teórico, epistemológico, ideológico, político y corporativo con características propias que generan intervenciones específicas. Es menester volver a aclarar que cuando se habla de este modelo no se está refiriendo solo a las prácticas médicas individuales, sino que por su hegemonía el MMH abarca las instituciones de salud, las corporaciones medicas y también el Complejo Medico Industrial, además llega mucho más lejos al proponer formas de pensar las prácticas signadas por la reducción de los problemas y objetivización del sujeto.

El MMH no plantea sistemas de atención de la salud sino de atención a la enfermedad y en consecuencia concibe que dicha atención dependería de las instituciones médicas exclusivamente, esta apreciación es solidaria con su concepción acerca de la salud y la enfermedad. Este es el primer reduccionismo al que asiste este modelo. Concebir la enfermedad como un acontecimiento uncausal y biológico consigue recortar la mirada de los problemas en función de un marcado biologicismo, por tanto, deja por fuera las multideterminaciones que puede tener un problema de salud y las condiciones contextuales en las cuales se genera dicho problema. Además, invisibiliza el componente subjetivo y emocional que acompaña un proceso tal en la vida de un sujeto. Por tanto, la propuesta de una concepción de salud como un proceso y no un estado, como algo que rechaza lo disruptivo y polemiza con la necesidad de volver a un estado anterior contempla que los acontecimientos importantes en la vida de los sujetos los atraviesan y generan una transformación más o menos permanente, desde las personas que a causa de un padecimiento se ven expuestas a tener que incluir a este en sus vidas hasta aquellas personas en las que la enfermedad es transitoria. A su vez el Modelo de la Medicina Social – Salud Colectiva propone también ampliar esta concepción de enfermedad la que podemos articular con la categoría de sufrimiento subjetivo, que sería más acertada para nombrar todas aquellas situaciones de la vida que son objeto de salud de las personas y que tienen que ver con los avatares propios de la vida y por como se recibe el padecimiento en las redes sociales en las cuales se inserta el sujeto.

A su vez a través del derecho a la salud se pondera la importancia de dejar de subsumir a los pacientes como clientes que solo tienen derecho a una buena calidad de vida en función de lo que pueden pagar. Desarrollar una crítica de los hechos concretos es responsabilidad y compromiso expreso de los profesionales de la salud y es con los sujetos, con la democracia, con la justicia social, con el derecho a la salud y con la defensa de la vida.

Esto último es de vital importancia ya que la mercantilización, la medicalización y la ontologización de la enfermedad por parte del Modelo de la Biomedicina constituyen núcleos importantes de objetivación a tal punto que genera malestares y sufrimientos añadidos al padecimiento mismo más allá del cuadro psicopatológico. Por esto, es menester repensar las prácticas de atención en salud desde otros paradigmas y proponer intervenciones que pongan el énfasis en la subjetividad de los pacientes, porque de no ser así todos los profesionales de la salud pueden estar expuestos a generar intervenciones iatrogénicas al interior del tratamiento mismo. En este sentido se convierte en más que necesario proponer dispositivos que atiendan a la interdisciplina porque precisamente si hay un equipo de salud es para ampliar la mirada acerca de los problemas, no para uniformizar a los sujetos. Construir sujetos libres, autónomos, comprometidos con su proceso de salud que puedan ser acompañados por un dispositivo terapéutico que los reconozca como sujetos de derecho es la condición esencial a través de la cual más allá de los aciertos y errores podrán deslizarse efectos saludables y hasta transformadores en

21

pos de una mejor calidad de vida. Los lazos de trabajo y de transformación se soportan y se sostienen desde lazos afectivos y solidarios.

- Angenot, Marc. (2010) *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Augsburger, C. (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Rosario. Cuadernos Médico Sociales, No 81.
- Bang, Claudia. (2016). *Creatividad y Salud mental comunitaria*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Bourdieu, P. (1995). *Respuestas- por una antropología reflexiva*. Mexico. Editorial Grijalbo.
- Galende, Emiliano. (1997). *De un horizonte incierto, Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires. Paidós.
- Galende, Emiliano. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires. Lugar editorial.
- Kuhn, T. (1962) *La estructura de las revoluciones científicas*. Estados Unidos. Editorial Fondo de cultura económica.
- Laurell, C. (1994). *La salud: de derecho social a mercancía*. México. En Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud, Universidad Autónoma Mexicana Unidad Xochimilco.
- Menéndez, Eduardo. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Brasil. Revista Ciência y Saúde Coletiva, vol. 8, num.
- Stolkiner, A. (2003). *El concepto de salud de la O.M.S.* Buenos Aires. Teórico de la cátedra "Salud Pública y Salud Mental" de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia (2010). *Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente*. Buenos Aires. Revista bilingüe Social Medicine/Medicina Social, Vol. 4 No 1, marzo de 2010 www.medicinasocial.info
- Stolkiner, A. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Buenos Aires. Capítulo de libro. Editorial Psicolibro.
- Stolkiner, Alicia (2021). *Prácticas en salud mental*. Buenos Aires. Novedades educativas.
- Foucault, Michael (1976). *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* en La vida de los hombres infames. Francia. Educación Médica y Salud., Vol. 10, Núm. 2.
- De Sousa Campos, Gastão Wagner. (2001). *Gestión en salud, en defensa de la vida*. Buenos Aires. Lugar ediciones.
- OMS (1990) *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra.
- Vasco Uribe, A. (1987). *Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad*. Colombia. Taller latinoamericano de Medicina Social.

