

Del modelo hegemónico a la intervención contrahegemónica en salud

Por *Jorge Huergo*

Hace unas dos décadas, algunos trabajos como el del antropólogo Eduardo Menéndez, contribuyeron a analizar el modelo hegemónico en salud (véase también Bellmartino, 1987). Algunos de los rasgos de ese modelo se han profundizado significativamente con el desarrollo de las políticas neoliberales, a través de diversos mecanismos de desplazamiento discursivo y de prácticas diversas, al tiempo de que lo que ha revelado la etapa de ajuste estructural es una profunda crisis no sólo del sistema de salud, sino también de las condiciones de salud de nuestro pueblo.

El propósito de este trabajo es considerar, en primer lugar, los modos político-culturales en que trabaja el modelo hegemónico en salud en cuanto discurso, a través de la presentación de algunos de sus rasgos constitutivos. En un segundo momento, criticar brevemente las pseudo-alternativas al modelo hegemónico en salud producidas en los tiempos de crisis y deslegitimación de las instituciones sociales. Finalmente, presentar algunos elementos a tener en cuenta para una modalidad de intervención en salud que se caracteriza como crítica, que intenta articular los procesos de salud con las condiciones culturales de nuestro pueblo, para el desarrollo de políticas contrahegemónicas en salud. Lo que voy a sostener, en síntesis, es que un proyecto humanizador, en cuanto contrahegemónico, no adquiere fuerza social si se construye a partir de cuestiones disciplinares, científicas y profesionales consideradas de manera aislada, sino que alcanza fuerza social en la medida en que posee un sentido político-cultural.

1. Los modos político-culturales en que trabaja el modelo hegemónico en salud

A partir de mis prácticas interdisciplinarias en el campo de la formación en salud y de mis propias experiencias como sujeto del sistema de salud, me ha inquietado siempre un interrogante: ¿por qué el sistema de salud no se centra, no trabaja y no produce condiciones y procesos de salud? Desde mi perspectiva, construida en común, existen varios modos de acceder a las respuestas. Una de las primeras respuestas es que el sistema de salud no se centra en la salud precisamente porque los escenarios y las prácticas sociales instituyentes lo ligaron a la enfermedad, sus espacios y sus sujetos y, por lo tanto, a diversos mecanismos de orden, manipulación y dominio sobre todo aquello que significaba la enfermedad. Las sociedades en las que vivimos se han configurado a lo largo del tiempo pero, en especial, sólo es posible comprender sus dinámicas a partir de ciertos rasgos del proceso histórico-cultural y político denominado Modernidad. La Modernidad surge como un proyecto universalizador de disciplinamiento social, es decir, de organización racional de la vida cotidiana, a través de la separación de tres esferas relativamente autónomas: la esfera del arte, la esfera de la ciencia y la esfera de la moralidad (Habermas, 1988). Su efecto organizador sólo fue posible en la medida en que consagró la distinción y la distancia entre la cultura de los expertos y la cultura del pueblo en general. Pero, además, en la medida en que intentó, a través de diferentes y sucesivas estrategias, el control, dominio y manipulación de las fuerzas naturales, a la vez que el borramiento, la conquista o la moralización/normalización de las culturas populares; para lo cual estableció cierta equivalencia entre naturaleza y cultura popular, como polo opuesto de los proyectos

civilizatorios, de desarrollo o de tecnificación, entre otros. De manera que, considerados históricamente, los sistemas de salud hablaron de la «salud» pero para desarrollar una pavorosa serie de mecanismos y dispositivos de control y disciplinamiento sociales centrados en la «enfermedad»[1].

La etapa fundacional de los sistemas de salud occidentales instituyeron un conjunto de prácticas, saberes y representaciones de disciplinamiento, acompañadas por el desarrollo del hospital como institución de control de prácticas sociales y de producción de saberes, a través del encierro y la vigilancia de los cuerpos «enfermos». Sin embargo, estos mecanismos se revisten, se justifican y se sostienen a través de dos construcciones discursivas (imaginarias) ligadas a la evidencia: la cientificidad de la medicina y la eficiencia de la medicalización (cfr. Foucault, 1993: 100-ss.). Los sistemas de salud occidentales conjugaron, entre otros rasgos, la entrada de los problemas de salud en el campo de la microeconomía (lo que implica la introducción de la salud en el sistema económico y el desarrollo del consumo de salud), la estatización de la atención de la salud, el desarrollo de una moral del cuerpo (englobado por el mercado en tanto cuerpo asalariado que vende su fuerza de trabajo), la constitución de la salud como objeto de lucha política (véase Foucault, 1993: 93-99). A partir de estos rasgos, es posible sostener que la medicina en los sistemas de salud occidentales se constituyó como una estrategia biopolítica[2], articulada con una normalización de la práctica y del saber médicos, con el control y distribución espacial de individuos, cosas y elementos (en especial el agua y el aire), con la disciplina en el desenvolvimiento de las acciones, en la vigilancia y en el registro (cfr. Foucault, 1993: 123-173).

A través del tiempo, se fueron consolidando modelos y sistemas de salud en el Occidente capitalista que se basaban, precisamente, en el distanciamiento con las diferentes prácticas y saberes ligados a las «medicinas populares», anudados, en el discurso hegemónico, con aquello que se situaba más allá de sus límites y, entonces, se constituía como «lo otro». Lo que establecía esos límites era la irracionalidad, la barbarie, el atraso, el primitivismo, etc., contrariamente a los ideales que sostenía el discurso hegemónico, esto es: la razón, el progreso, la civilización, que contenían todos ellos formas de desarrollar prácticas y de producir saberes.

La producción de hegemonía es un proceso que está imbricado con el discurso. En efecto, una formación hegemónica se construye para otorgar cierto orden, según intereses de poder, en una formación social, entendida en tanto referencia empírica. Lo que, en principio, hace cualquier formación hegemónica es producir una «oposición binaria» como categoría analítica e interpretativa de lo sociocultural; por ejemplo: civilización/barbarie, desarrollo/subdesarrollo; en el caso de la salud: salud/enfermedad, como oposición básica, pero también: medicina occidental/medicina popular y alternativa, etc. Como se ve, desde una oposición binaria básica se producen sentidos al elaborarse cadenas de sucesivas oposiciones y, por lo tanto, equivalencias[3]; en todos los casos, los pares binarios son generadores de sentidos ideológicos naturalizados que estructuran las percepciones sobre el mundo sociocultural y, en nuestro caso, sobre las prácticas y saberes en salud.

La formación hegemónica pretende conformarse imaginariamente como totalidad a partir de la conciencia/configuración de sus propios límites, producidos en el propio discurso. Si la referencia empírica (o formación social) es variable, procesal y conformada por diferencias, la formación hegemónica logra significarse a sí misma o constituirse como tal, sólo en la medida en que transforma los límites en fronteras y en que construye cadenas de equivalencias que producen la definición de aquello que ella no es (cfr. Laclau y Mouffe,

1987). Es decir, en el ejemplo, se naturaliza en el imaginario la salud pero en la medida en que se ubica más allá de la frontera de su significación a la enfermedad. En este sentido, la formación hegemónica produce estatutos o naturalizaciones de significación, se cristalizan y fijan significaciones a la vez que se aplanan o acallan (y se hacen anómalas) las variedades y diferencias propias de la formación social. Al producir estatutos, la formación hegemónica divide la formación social al constituir al «otro», el que está más allá de las fronteras producidas y es objeto de pánico moral (el «enfermo» -anormal, anómalo- en diferentes épocas y con diferentes significados). De igual modo, se identifica a «sí misma» al soslayar al «otro»; el soslayo del otro es productivo: constituye un imaginario de amenaza y de rechazo (de una condición sociocultural o «sanitaria», de prácticas y saberes, de acontecimientos o episodios, de grupos o personas, frente a los cuales el discurso hegemónico pretende sensibilizar moralmente a toda la sociedad)[4].

El modelo hegemónico produce una serie de prácticas en salud que lo caracterizan, precisamente y en este caso, como modelo hegemónico en salud. De modo que ha sido caracterizado como:

- * *individual y biologista*, lo que quiere decir: los problemas de salud son atribuidos a la responsabilidad individual, así como su superación, y son identificados con procesos meramente biológicos;
- * *tecnocrático*, no sólo por anudar calidad con aparatología o con incorporación de innovaciones tecnológicas en las prácticas de salud, sino por sostener y reproducir un lenguaje tan especializado que hace imposible a los sujetos contribuir con la producción social de mejores condiciones de salud;
- * *mercantilista*, en cuanto legitima que las prácticas, la circulación de saberes y los procesos de salud estén vinculados con un sistema capitalista de producción y concentración de las riquezas, haciendo de la salud un bien ubicado en el mercado;
- * *medicalizante*, en cuanto cada vez más sectores de la vida caen bajo la influencia de los saberes y de las prácticas médicas, de modo de poder ejercer un control social de los cuerpos y las relaciones más adecuado y aceptado por la población;
- * *concentrador y excluyente*: sólo acepta como legítimo en materia de salud lo que él sostiene, excluyendo no sólo sectores sociales, sino prácticas y saberes que quedan del otro lado de la frontera imaginaria establecida (cfr. Bellmartino, 1987).

Debemos considerar, finalmente, que en la médula conceptual del modelo hegemónico en salud se producen en el discurso, al menos, tres anudamientos de sentido. Salud significa, en el contexto de este discurso, o bien el completo estado de bienestar o una situación de completo equilibrio; o bien las prácticas orientadas a la curación y atención de la enfermedad; o lo que es más radical: la ausencia de enfermedad. Estos anudamientos tienen como característica común el hecho de ignorar las condiciones histórico-sociales materiales de la formación social. ¿Por qué? Porque establecen un principio de imposibilidad radical. Esto es: frente a los procesos de salud-enfermedad (producidos histórica, social y culturalmente) el discurso habla de un «estado» que no es posible nunca en cuanto no se puede llegar a él y en cuanto es completamente estático. En segundo lugar, frente a las posibilidades de crear condiciones de salud a través de acciones preventivas, consagra las acciones sobre la enfermedad ya instalada (ligada a múltiples condiciones sociales y culturales), y entonces crea hospitales, por ejemplo, abonando el imaginario que cree que a más hospitales, mejores condiciones de salud, lo cual es paradójico y falaz. Finalmente,

define a la salud por una negación, lo que imposibilita asumir el carácter procesal de cualquier fenómeno social, encubriendo, de paso, los múltiples significados de la enfermedad que abarcan diversas prácticas, saberes y procesos resistentes al orden hegemónico.

Por lo demás, conviene advertir que el modelo en salud es hegemónico no porque domine a los sujetos, porque establezca situaciones de opresión y de fuerza soportadas a regañadientes por los hombres. Es hegemónico porque juega con la aceptación imaginaria de sus postulados por parte de la gente. Cada uno de nosotros, en algún momento, prestamos consenso a su carácter de discurso hegemónico y lo legitimamos como tal. Esto no sólo es notable en los usuarios del sistema de salud, por ejemplo, sino también en los profesionales, técnicos y trabajadores de salud, en sus prácticas y sus relaciones. Con lo cual es posible sostener que los sujetos sociales experimentan un doble juego frente al modelo hegemónico en salud: por un lado lo sostienen, avalando sus prácticas y saberes y, por otro, lo resisten o se oponen a él recurriendo, muchas veces, a prácticas y saberes en salud que el discurso hegemónico deja del otro lado de sus fronteras imaginarias.

2. Algunas pseudo-alternativas al modelo hegemónico en salud

Al plantearse el problema del «estado de la salud» en la actualidad, debemos prestar atención a múltiples cuestiones. No es mi objeto plantear cuestiones técnicas ni científicas ni político-sanitarias, sino situar el problema en coordenadas del orden de lo político-cultural. En dichas coordenadas, los problemas de salud y del sistema de salud debemos comprenderlos como emergentes de tres tipos de procesos encadenados entre sí:

1. el primero es el de crisis y de deslegitimación de las instituciones (entre ellas, las instituciones modernas destinadas a la salud);
2. el asechamiento social por parte de sucesivas y diversas reformas políticas neoliberales (entre ellas, las que tienden a impactar en los sistemas de salud);
3. el proceso de explosión de diversos modos de enlazarse y actuar más allá de las estipulaciones de los «contratos sociales» (modos que irrumpen descontroladamente en las situaciones y procesos sociales vinculados con la salud).

Esto hace que debamos considerar, entre otras cosas, el sentido de las instituciones y de los procesos instituyentes en salud; la profundización de la segmentación y de los circuitos diferenciados en la atención sanitaria; las enfermedades sociales emergentes, entre ellas las generadas por el desempleo (entre otras); los modos de resolver los problemas de salud por redes sanitarias no hegemónicas; los conflictos que exceden los consensos y las condensaciones que dieron origen al sistema de salud; los lazos sociales que surgen más allá de los sucesivos contratos sociales e incluso desarreglándolos.

Frente a estas situaciones (y otras tantas que tienen que ver con la multiplicidad de factores intervinientes en los sistemas hegemónicos de salud) emergen y crecen al menos tres grandes pseudo-alternativas:

1. La primera consiste en el desarrollo de estrategias por fuera de las prácticas y saberes propios del modelo hegemónico, es decir, por fuera del sistema de salud científico y racional, sostenido por políticas y regulaciones sanitarias específicas. En este caso, se desarrollan microsistemas que tienen que ver con los curanderos y manosantas, con las

terapias alternativas, con las medicinas populares tradicionales, con campos de saber no científicos como las diversas filosofías o las religiones, etc. Todas ellas se caracterizan por asumir el lugar asignado por la formación hegemónica, es decir, se ubican a sí mismas del otro lado de las fronteras, en zonas de marginalidad imaginaria (y también concreta y material).

2. La segunda consiste en desplegar una serie de prácticas pseudo-transformadoras, en la medida en que ellas no alcanzan a lograr una transformación total e integral del sistema de salud. Esas prácticas pueden ser, entre otras:

a) las que apuestan a las acciones encaradas sólo por algunos profesionales, con la expectativa de que su acción tendrá consecuencias sociales más amplias (que suelen no realizar una adecuada lectura de la vinculación entre sus prácticas y acciones y las políticas y regulaciones más globales); son prácticas de tipo subjetivistas;

b) las que se reducen a un conjunto de buenas intenciones y de esfuerzos, incluso humanistas, desarticuladas entre sí (que suelen acumular enormes experiencias de frustración y pequeñas anécdotas de realización); son prácticas, en este caso, que pueden ser caracterizadas como voluntaristas;

c) las que se centran en la autopercepción por parte de algunos profesionales y técnicos en cuanto a la relevancia de sus valores éticos, de sus convicciones ideológicas, de sus saberes acerca del sistema y de la salud en general, que los distinguen y distancian de otros profesionales, técnicos y trabajadores, y/o del conjunto de la sociedad; en este caso, son prácticas de tipo iluministas.

3. La tercera pseudo-alternativa consiste en la refiguración del modelo hegemónico revistiéndolo de nuevas «alternativas» ligadas al sistema de salud: una amarga parodia de democratización, que se configura a través de un mecanismo de cooptación de la terminología proveniente del discurso crítico. Esas «alternativas» pasan por la reconstrucción de circuitos diferenciados (que desplazan la centralidad de las políticas sanitarias desde el «derecho a la salud» hacia el carácter de usuarios, clientes y consumidores de salud por parte de los sujetos), por la producción de nuevos bienes y servicios vinculados a la salud, por engañosas novedades políticas ligadas a la descentralización y la autogestión (que encubren una adecuación a las reformas neoliberales), entre otras posibles, de modo de hacer del sistema algo supuestamente más tolerable y más adecuado a las nuevas circunstancias socioculturales[5].

Ninguna de estas pseudo-alternativas, sin embargo, resulta una contestación con sentido político al discurso hegemónico. Esto debido a que ninguna de ellas pretende transformarlo a través del desmantelamiento global de sus supuestos, sus prácticas y los estatutos que ha producido. La primera pseudo-alternativa se localiza fuera de él, ignorándolo a través de sus diversas prácticas y saberes. La segunda, en sus diversas formas, sólo apuesta a la subjetividad, la buena voluntad y la conciencia de algunos pocos. Mientras que la tercera lo reviste para hacerlo más poderoso y resistente frente a los embates de la crisis. Acaso las tres confluyen en la creciente incertidumbre y la falta de creencia en los procesos políticos de transformación, debido precisamente al clima de crisis mencionado.

Desde el punto de vista de una construcción contrahegemónica, debe observarse qué ocurre cuando se asume de hecho una situación (en nuestras prácticas y saberes, y como sujetos) más allá de las fronteras producidas por la formación hegemónica, como en el caso de las pseudo-alternativas primera y segunda, en especial. En primer lugar, ocurre un constreñimiento de nuestras experiencias; por tanto, asumimos el lugar de relegamiento en

que fueron situadas nuestras prácticas por el discurso hegemónico. En segundo lugar, esa situación de subordinación implica marginalidad, entendida como situación «fuera de», con lo que abonamos una perspectiva no crítica (Freire, 1975). En tercer lugar, asumimos de hecho que nuestro lugar es el de las tácticas (jugamos en el terreno planteado por el otro) y no el de las estrategias culturales (cfr. De Certeau, 1996). En definitiva, nos autorrelegamos al asumir que el alcance de nuestras acciones y nuestras palabras (lo que constituye la médula de lo político) tiene que ver con la fragmentación, lo cual es funcional a la globalización neoliberal; es decir, se resuelven en el aislamiento, en el particularismo y en el localismo.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de genuinas alternativas que, además, posean un significado contrahegemónico? En primer lugar, debe destacarse que una formación alternativa no debe reducirse a la percepción y la afirmación de lo preexistente (en la formación social), como es el caso de los discursos o estrategias producidas en la primera de las pseudo-alternativas. Lo «preexistente», por lo general, viene a designar una «mitología del orden anterior», en la que se pretende resaltar un tipo de orden asociado al origen y fijado en el pasado, en el principio de la historia o en tiempos pretéritos. En este sentido, representa lo arcaico en la tradición (Williams, 1997). La fuga al pasado, como recurso también estratégico, es característica de las corrientes de pensamiento folklóricas y románticas, que subrayan al «pueblo en la cultura» con el fin de refutar ideológica y políticamente a las posiciones liberales e iluministas que resaltan al «pueblo en la política» (cfr. Martín-Barbero, 1989: Capítulo IV). En los románticos, el «orden anterior» representa lo esencial, el fundamento, lo sustancial y lo original; resaltar ese orden tiene como finalidad, regularmente, producir una denuncia y una movilización ética.

En segundo lugar, una formación alternativa no lo es en cuanto original, como quiere, por ejemplo, Michel Foucault (1991: IV, Cap. II) asociando «lo original» con lo nuevo. Este es el caso, por lo general, de los discursos y las estrategias que contiene el segundo grupo de pseudo-alternativas presentadas. Conviene recordar la distinción de este autor entre lo regular y lo original, como polos axiológicos de los discursos: de un lado lo antiguo, repetido, tradicional, conforme a un tipo medio, derivado de lo ya dicho; del otro, lo nuevo, lo inédito, lo desviado incluso, que aparece por primera vez. Lo alternativo, en la argumentación que sostenemos, no se refiere a lo novedoso.

Lo alternativo contrahegemónico se refiere a un trabajoso esfuerzo político-cultural de desnaturalización del discurso ideológico hegemónico que otorga fundamento a un modelo hegemónico cualquiera y, en nuestro caso, al modelo hegemónico en salud. En esta posición, lo «preexistente» no se refiere a una suerte de mitología del orden anterior, sino que pretende resaltar en el proceso histórico de producción de una determinada política cultural (configuradora, entre otros discursos y modelos, del modelo hegemónico en salud), la construcción de un orden discursivo (el de la política oficial o hegemónica) en base a la exclusión diacrónica y sincrónica de las diferencias, construidas (en virtud de la necesidad de establecer fronteras de la «totalidad») y unificadas, lo que significa aplanadas, como lo «otro», como lo anómalo o lo «enfermo». En este sentido, un discurso alternativo contrahegemónico parte de este reconocimiento de lo histórico, pero desmantelándolo, es decir, haciendo una genealogía de lo existente en este tiempo y en esta cultura.

Por otra parte, una formación alternativa lo es en la medida en que no se inscribe en la construcción de otro tipo de totalización estratégica (propia de una racionalidad instrumental y de una suerte de novedosa posición dogmática) sino en la poiesis o apuesta a la creación, la imaginación y la autonomía, pero sobre un «campo poblado» de sentidos, y

no sobre una desertificación sociocultural. Cuando realmente pensamos en producir discursos o modelos o proyectos alternativos y contrahegemónicos, es necesario estimar que operamos respecto a situaciones históricas y no sobre la nada, como si lo nuestro fuera lo fundacional. Además, necesitamos poner en el centro de nuestras interpretaciones, como un nudo olvidado y excluido, la formación cultural tradicional (en su sentido residual[6]) pero a la vez emergente en los escenarios y las prácticas culturales de salud y del sistema sanitario. Pese al soslayo impuesto por la oposición binaria y a la unificación de la multiplicidad que contiene, esta formación cultural, que podríamos denominar popular, comprende múltiples movimientos y tendencias efectivos que tienen influencia significativa en el desarrollo cultural, y que mantienen relaciones variables y a veces solapadas con las instituciones formalizadas (cfr. Williams, 1997: 139)[7].

Finalmente, un discurso o un modelo o un proyecto contrahegemónico no se refiere sólo a la adopción de posiciones o de lecturas «críticas», en el sentido de la crítica racional, que examina y valora desde ciertos parámetros racionales la realidad; sino que es aquél que articula diferentes fuerzas sociales (no corporativas ni profesionales, exclusivamente) que pretenden dismantelar genealógicamente el sentido de la hegemonía, en primer lugar, y conquistar, luego, la hegemonía social pero desde otra construcción de sentidos (que a su vez, por lo general, articula escenas, procesos, acontecimientos, políticas históricamente producidas y soslayadas, olvidadas o construidas como objeto de pánico moral por el discurso hegemónico). En este sentido, la producción de un discurso, un modelo o un proyecto contrahegemónico es esencialmente un proceso de orden político, y no solamente ético, científico, profesional o elucubrativo. Esto es, contiene un alcance en términos de práctica y lucha política colectiva.

Cabe aquí formularse una interrogación acaso incómoda: ¿es posible considerar al discurso de la medicina antropológica o, más recientemente, de la medicina integral como un discurso alternativo contrahegemónico? No es nuestro objeto evaluar en particular este discurso en forma exhaustiva; por lo demás, este es un esfuerzo que, con trabajo crítico y honesto, deben hacer sus propios productores. Pero sí quisiéramos proponer alguna breve reflexión. El discurso de la medicina antropológica o la medicina integral podrá ser considerado un discurso alternativo contrahegemónico, sólo en la medida en que:

- * demuestre en sus reflexiones, en sus producciones teóricas y, fundamentalmente, en sus prácticas sociales, que no restringe su producción a la imaginación de estrategias y tácticas surgidas de pequeños grupos, debido a sus convicciones, sus esfuerzos o sus autopercepciones peligrosamente iluministas; ni que desatienda las relaciones dialécticas entre las prácticas sociales grupales, las prácticas políticas colectivas y las condiciones políticas y culturales de la sociedad;
- * trabaje más adecuadamente sus fundamentos críticos respecto al sistema de salud y a los agentes y trabajadores de salud en general, no limitándose a apelaciones a las relaciones intersubjetivas (profesional-paciente) sin examinar las condiciones de producción de las relaciones y de las prácticas de poder en la sociedad, que son las que alcanzan y atraviesan, también, las relaciones y prácticas en salud, entre los agentes de salud y entre la población, en general, respecto a su propia lucha por mejorar las condiciones de vida;
- * no quede reducido o concentrado, e incluso identificado o percibido, con una alternativa ética y profesional que, si bien puede operar modificaciones en las condiciones y acciones del ejercicio profesional médico, no alcanzará nunca a articularse con una posición y una práctica colectivas de alcance político; tal restricción de sentido puede operar

negativamente al momento de plantearse articulaciones con otras fuerzas sociales emergentes del campo popular, que poseen sentidos contrahegemónicos.

3. Algunas notas sobre la articulación entre salud, cultura y política en la construcción de un proyecto contrahegemónico

Las prácticas, los saberes y las representaciones pseudo-alternativas suelen obstaculizar el desarrollo de políticas contrahegemónicas. Los procesos contrahegemónicos, también en salud, son necesariamente procesos de articulación de fuerzas colectivas, sostenidas en un interjuego dialéctico permanente entre prácticas y discursos. Precisamente, las luchas democráticas son aquellas que, excediendo las series de oposiciones binarias construidas por el discurso hegemónico (la «ideología democrática burguesa»), reconoce y subraya la multiplicidad de espacios de lucha políticos, que a la vez conforman culturalmente modalidades de desarrollo de capacidades de lucha por el mejoramiento de las condiciones de la vida humana. Esto implica, entre otras cosas, el reconocimiento de fisuras en el modelo hegemónico: el modelo hegemónico en salud no es tan homogéneo ni tan compacto; y la construcción, desde distintos frentes (entre ellos el vinculado con la salud), de procesos sociopolíticos de articulaciones y de procesos político-culturales de desnaturalización de los estatutos hegemónicos, de desarrollo de la capacidad de nombrar (identificar y definir) los procesos de dominación y de producción de múltiples experiencias transformadoras.

Hace unos años se ha propuesto una noción de salud adecuada a la construcción de prácticas y saberes contrahegemónicos. Esa noción sostiene que la salud es una capacidad de lucha contra los diversos factores limitantes de la vida humana y que, por lo tanto, significa conservar la posibilidad individual y/o colectiva de producir las transformaciones que sean necesarias para revertir las situaciones adversas que presenta la realidad. Si «salud» es un significante vacío (Laclau y Mouffe, 1987), la precaria fijación de su significado proviene de diferentes campos de significación, que se articulan con pensamientos colectivos de épocas determinadas, tanto hegemónicos como contrahegemónicos. Así «salud» pudo significar la ausencia de enfermedad o de invalidez; el hallarse dentro de los parámetros físicos, psicológicos y sociales considerados como normales; la completa adaptación del ser humano y la comunidad al medio que lo rodea; el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad; el proceso social que tiene repercusiones en el ambiente de vida de la comunidad y que, finalmente, produce en el individuo, según las circunstancias, el estado de equilibrio (que llamamos «salud») o el desequilibrio (que denominamos «enfermedad»); por mencionar algunos. Por otra parte, una noción de salud que se articule con el desarrollo de prácticas y políticas contrahegemónicas deberá tener en cuenta dos condiciones para no clausurarse prematuramente (como suele hacerlo, a través de la fijación de estatutos, el discurso hegemónico). Esas condiciones son: la referencialidad abierta y la transitoriedad. Más allá de las reducciones intersubjetivas del problema de salud y de la supuesta horizontalización de las relaciones entre el profesional de la salud y el paciente (cosa que desde el punto de vista concreto es un ideal imposible), de lo que se trata es de asumir que el proceso de salud-enfermedad se produce frente a referencias no fijas, por un lado, y que las relaciones, por ser asimétricas (debido a que existen diferentes prácticas y saberes, por ejemplo), no significa que deban ser autoritarias o de dominación. En efecto, los procesos de salud-enfermedad en la actualidad son altamente complejos y abarcan una multiplicidad

de saberes y prácticas en salud; por lo que las referencias fijadas por el modelo hegemónico (como el médico, el hospital, etc.) deben ser interpeladas y complementadas por otros agentes, prácticas y discursos en salud. Por otro lado, la transitoriedad significa que el sentido de la salud y, además, las caracterizaciones de la enfermedad y de los «enfermos» varía de época en época y de cultura en cultura; no es anómalo, anormal o desviado lo mismo en todas las épocas, en todos los lugares y en todas las culturas. Por lo que un discurso contrahegemónico debe hacer un esfuerzo permanente por desanudar la salud y la enfermedad de una serie de perspectivas, saberes, prácticas y representaciones hegemónicas y etnocéntricas.

En este orden de cosas, es mi propósito presentar algunas cuestiones que se relacionan con la producción de políticas contrahegemónicas y de modalidades de intervención crítica en salud, pensadas desde el contexto discursivo de la pedagogía crítica. Esas cuestiones, sin ser exhaustivo, son: la del reconocimiento del universo vocabular en las prácticas de salud; la del interjuego entre interpelaciones y reconocimientos subjetivos en las intervenciones; la de la necesidad del abordaje cualitativo en la producción de conocimientos epidemiológicos y sanitario-sociales, en general, y la de la construcción de procesos educativos críticos en salud.

3.1. El reconocimiento del «universo vocabular» como requisito de una intervención contrahegemónica

La primera cuestión posee un carácter político-cultural específico y es la necesidad de trabajar el reconocimiento del universo vocabular. La noción proviene del pensador y educador brasileño Paulo Freire, quien expresa: «El estudio del universo vocabular recoge los vocablos típicos del pueblo: sus expresiones particulares, vocablos ligados a la experiencia de los grupos, de los que el educador (o cualquier profesional o trabajador social) forma parte. (...) Las palabras generadoras deberían salir de este estudio y no de una selección hecha por nosotros en nuestro gabinete, por más técnicamente bien escogidas que estuviesen» (Freire, 1969).

En este sentido, las «palabras generadoras» pueden entenderse, en sentido amplio, como aquellos núcleos problemáticos que dan origen a todo proceso de intervención. Es decir: la clave es percibir y partir desde el «aquí y ahora» de los sectores populares (los más claramente perjudicados por los modelos, políticas y discursos hegemónicos), con el objeto de que estos sectores puedan vivir adecuadamente un proceso de apropiación y producción de significados que los dignifique efectivamente, y no procesos que sólo tranquilicen las conciencias de quienes elaboran las estrategias. Pero nótese que hablamos de «reconocimiento» y no sólo de conocimiento. El reconocimiento es un plus que hace que nos sea imposible menospreciar a los otros, aunque los conozcamos muy bien. Si consideramos múltiples pobreza en los sectores populares, agravadas por el ajuste estructural y el desempleo, una de las pobreza que exacerban las otras, es la pobreza política o de participación, entendida como aquella que imposibilita la constitución de los sectores populares como sujetos de su propio desarrollo, en este caso, de sus propias condiciones de vida (o de salud). Sin reconocimiento es imposible imaginar satisfactores para la pobreza política.

La idea, entonces, es partir de la realidad de la que dependemos y de la conciencia que de ella tengamos, de manera que nuestra intervención adquiera sentido en ese contexto, y no que quede como algo superpuesto y aislado. Esa búsqueda de los problemas que se

experimentan en la realidad y de la interpretación que los sujetos hacen de ellos, no sólo avala una «motivación» por parte de nuestros interlocutores, sino que esa búsqueda es lo que instaura el diálogo en los procesos de intervención. Un diálogo que nunca es horizontal ni sólo intersubjetivo, como señala Freire, sino que es asimétrico y en él se compromete la cultura y la historia, porque tiene al mundo como mediación. Conocer al otro, al interlocutor, a su universo vocabular, es también conocer su campo de significación, desde el cual el otro se comunica en el proceso de intervención. Y esto es clave en cuanto al desarrollo de procesos de conocimiento, como el científico y tecnológico, entre otros. Porque un campo de significación es un conjunto de valores, lenguajes, prácticas sociales, códigos e ideologías, compartidos por una cultura o una subcultura, desde los que los sujetos pueden conocer la realidad y actuar en ella. Los campos de significación iluminan y a la vez oscurecen el conocimiento. Lo iluminan, en tanto a partir de ellos integramos nuevos aspectos de la realidad; lo oscurecen, cada vez que nos enfrentamos con problemas para los cuales los campos de significación no están preparados para conocer. Esos problemas son los «obstáculos epistemológicos». Frente a ellos, el conocimiento humano puede replegarse, negándose a conocer; o bien puede vivenciar una «ruptura epistemológica» del campo de significación. En este último caso, el conocimiento de un problema radicalmente novedoso se produce gracias a que el campo de significación se amplía, se refigura, se modifica, provocado por la realidad y con el fin de hacer posible ese nuevo conocimiento. Esta ruptura, a mi juicio, es uno de los propósitos básicos de toda intervención crítica, en especial si la consideramos en el sentido de una política contrahegemónica.

3.2. El interjuego entre interpelaciones y reconocimientos subjetivos en una modalidad contrahegemónica de intervención en salud

Regularmente se piensa o se imagina la intervención como un proceso y una serie de prácticas construidas «para» el otro o «sobre» el otro, que terminan siendo, dice Freire, «contra» el otro (Freire, 1973). La intervención «para» o «sobre» el otro tiene el sentido de la estrategia, según la noción de ésta en la teoría de la guerra. La estrategia es combinar los encuentros aislados con el enemigo para alcanzar el objetivo de la guerra (Von Clausewitz, 1994: 102); en otras palabras, la estrategia traza el plan de la guerra (Ib.: 171), cuyo objetivo abstracto es derrotar/desarmar las fuerzas militares, el territorio y la voluntad del enemigo (Ib.: 52). El problema central, en el caso de cualquier estrategia de intervención, es cómo se construye y se constituye (no sólo imaginariamente, sino materialmente) al «enemigo». Muchas de las «estrategias» en salud son pensadas en este sentido, construyendo una imagen del enemigo, materializado, como por ejemplo: el anormal, el anómalo, el enfermo (del organismo o social), etc.

En cambio, si pensamos la intervención como interjuego entre interpelaciones y reconocimientos subjetivos (Zizek, 1992) nos estamos refiriendo a otra cuestión. En principio, dicha articulación sólo es posible en la medida en que reconocemos el universo vocabular del interlocutor de la intervención, del otro. Toda intervención, en definitiva, consiste en un proceso en el cual existe una interpelación que obtiene reconocimiento. Una interpelación, en este sentido, consiste en una invitación a ser de determinada manera, o a conocer determinados contenidos, saberes, prácticas, para la vida cotidiana. Pero la interpelación sólo es tal, sólo adquiere sentido, en la medida en que se articula con un reconocimiento subjetivo, es decir, en la medida en que el sujeto adhiere a ella y la hace

propia, se apropia no sólo de un saber, sino también de una práctica o de una forma de ser determinada.

Es posible sostener que una interpelación, en sentido amplio, siempre contiene «modelos de identificación», que contribuyen a construir un nosotros ideal, en cuanto objeto de identificación no sólo intelectual, sino también sensible (que actualiza un proceso de distinción y diferenciación con los otros y un proceso de construcción de la memoria y la historia colectivas); es decir, contribuyen a construir o reconstruir una identidad social, y no un «Ideal del yo» (en cuanto presión exógena para adoptar un determinado orden moral hegemónico, que opera como el Superyó para los sujetos, sujetándolos).

Las interpelaciones en una intervención contrahegemónica, por lo demás, se valen no sólo de apelaciones (recurran ellas a motivos racionales, éticos, científicos o de otro tipo), sino fundamentalmente se valen de prácticas y tienen por objeto operar una reconciliación entre lo que se dice y lo que se hace. Vale recordar que la articulación entre el lenguaje y la experiencia (o entre lo que se dice y lo que se hace) es la raíz de la subjetividad autónoma (aunque su autonomía sea siempre relativa, y no absoluta). En otras palabras, interpelación y reconocimiento se articulan en el lenguaje (no sólo en la terminología) en tanto posibilitador o constreñidor de experiencias de lucha frente a los factores limitantes de la vida; por tanto debe tender a ser un campo común: no son sólo los profesionales o técnicos, en su intervención, los que trabajan por la salud.

3.3. La producción de conocimientos cualitativos en el abordaje de las situaciones de salud-enfermedad de la población

Pero no basta con trabajar el reconocimiento del universo vocabular y la calidad de las articulaciones entre interpelaciones y reconocimientos en la intervención. De manera coherente con eso, pero aportando una comprensión más integral de las condiciones materiales y simbólicas «objetivas», en una intervención contrahegemónica es preciso trabajar la construcción y producción de conocimientos epidemiológicos y sanitario-sociales en sentido más amplio. Pero, en estos aspectos, no es posible reducir esos conocimientos a datos de carácter cuantitativo, por más demostrativos de una «realidad» que estos sean. La salud también es algo que se experimenta, que se vive, que se desea y que se imagina; y que se lo hace no sólo individualmente, sino en forma comunitaria y colectiva.

La producción de conocimientos desde una perspectiva cualitativa (que complemente las informaciones cuantitativas epidemiológicas y sanitario-sociales) ha de aportar un reconocimiento y una interpretación de las formas subjetivas y colectivas de vivir la salud y la enfermedad y de elaborar formas de lucha por mejorar las condiciones de vida cotidiana. Permite, entre otras cosas, reconocer el nivel de articulación entre estrategias y tácticas de salud; y no sólo de las estrategias planteadas desde los profesionales o especialistas en salud, sino también de las trabajadas desde el mercado y desde los mismos agentes comunitarios que ejercen algún poder relativo (como curanderos, religiosos, etc.). El conocimiento y reconocimiento de las tácticas populares (cfr. De Certeau, 1996) puede aportarnos información no sólo de las formas de vivir, de hacer circular, de consumir o de procurarse la salud, sino también de las maneras en que los sectores populares organizan diferentes facetas de sus vidas cotidianas, de modo de producir u obstaculizar posibilidades de lucha para transformar las condiciones limitantes de la vida.

Como se ha dicho, diseñar estrategias, ponerlas en práctica, articularlas en procesos

sucesivos, para o sobre el otro, termina significando hacerlo contra el otro. Aunque aquí exista cierta negociación de significados, el propósito final, el objetivo estratégico, la intención (a veces ocultada e incluso inconsciente) de la intervención, en este caso, es derrotar o desarmar al otro, es decir: derrotar o desarmar la cultura popular, por diversas razones (por depositaria de la ignorancia, del atraso, de una serie de tradiciones que ofrecen resistencia a la modernización...); derrotar y desarmar, con un grado de mayor sutileza todavía, los campos de significación del otro (el conjunto de códigos, lenguajes, ideología, valores de la cultura popular). Las estrategias, en este sentido, son una forma de imposición de frentes culturales extraños, a través de decisiones y acciones también exógenas, que vienen desde afuera y se introducen (a veces muy sutil y persuasivamente) en los entramados culturales cotidianos.

Una alternativa que se ha presentado frente a esta invasión e imposición cultural ha sido el denominado espontaneísmo, que consiste en no hacer nada, en no intervenir, ya que los procesos culturales, sociales y sanitarios pueden vivirse con una autonomía absoluta, como si no cargaran ningún sentido dominante, y como si las culturas populares fueran puras, esenciales o sustanciales. Lo que es necesario comprender es que toda vez que diseñamos formas de intervención en la vida social de las culturas populares, debemos hacerlo considerando cómo las mismas culturas populares, como su vida cotidiana, su «hacer» de todos los días, está siendo ya configurado por un interjuego entre estrategias y tácticas. Es decir, antes de nuestras estrategias, hay un sinnúmero de estrategias que operan y han operado en la configuración de las culturas populares. El francés Michel de Certeau afirma que es necesario analizar el «hacer» cotidiano de acuerdo con diferentes trayectorias o con diversas maneras de utilización y consumo de productos culturales y, en nuestro caso, de salud. Así, es posible distinguir (y, necesariamente, poner en relación) las estrategias y las tácticas. Las estrategias son o pertenecen a los «fuertes», en cuanto cálculo de relaciones de fuerzas en torno a un «lugar» que se constituye a partir de un sujeto de voluntad y poder. Las tácticas, entretanto, pertenecen a los «débiles», y pueden ser entendidas como artes o acciones calculadas teniendo como único «lugar» el lugar diseñado por el otro (De Certeau, 1996). Es decir, toda estrategia se piensa, se elabora, se pone en práctica, desde un lugar (una organización, una institución, unos profesionales, un grupo, por lo general extraño a los sectores populares) ocupado por sujetos de voluntad y poder, es decir, por sujetos que deciden qué quieren decir y hacer, y luego lo dicen y lo hacen. Mientras tanto, toda táctica se realiza con referencia a ese lugar diseñado por quienes deciden las estrategias y las implementan. ¿Por qué incluyo este tópico? Porque me parece clave, al reconocer los procesos de intervención en su conflictividad, comprender que siempre los sujetos, las culturas, los sectores son los que trabajamos, hacen una apropiación de nuestras propuestas, cuyas significaciones no siempre coinciden, no siempre están en armonía con las nuestras; inclusive, en muchas ocasiones, pueden estar en contradicción con las nuestras, y entonces es posible que ofrezcan distintos grados de oposición y resistencia.

Finalmente, los abordajes investigativos desde una perspectiva cualitativa hacen posible abordar y trabajar sobre la pobreza de participación, muchas veces productora de situaciones de «enfermedad» individual y social. La perspectiva de investigación epidemiológica y de diagnóstico sanitario-social permite alentar la participación de los sujetos en la comprensión de las prácticas, saberes y representaciones hegemónicas operantes en las culturas y, también, en los campos científico-profesionales.

3.4. La construcción de procesos educativos críticos en salud, en la producción de políticas

contrahegemónicas

Si la salud es la capacidad de lucha contra los diversos factores limitantes de la vida humana y que, por lo tanto, significa conservar la posibilidad individual y/o colectiva de producir las transformaciones que sean necesarias para revertir las situaciones adversas que presenta la realidad, la experimentación de ese proceso posee directa relación con el desenvolvimiento de procesos educativos. Esto quiere decir que, en primer lugar, los procesos educativos críticos, en general, están necesariamente articulados con los procesos de salud, ya que ellos alientan el desarrollo de transformaciones sociales para que los sujetos vivan con mayor dignidad y autonomía. En segundo lugar, posibilitan abordar y, en lo posible, superar la pobreza de entendimiento (tan articulada con la pobreza de participación), configurada por el conjunto de dificultades individuales y sociales para el manejo reflexivo de la información, para objetivar la práctica cotidiana, para diferenciar la descripción de la interpretación subjetiva, para la construcción de la memoria colectiva. La pobreza de entendimiento, en síntesis, es la flagrante dificultad para leer y escribir el mundo. En este sentido, los procesos educativos no se refieren tanto a la asimilación de conocimientos ni a los procedimientos o los saberes instrumentales; la pobreza de entendimiento no es un problema de acceso a la información, sino de procesos cognitivos que activen la capacidad de reflexión y crítica frente a los significados dominantes; es un problema de «lectura». Pero, en tercer lugar, los procesos educativos críticos culminan en la praxis; el sentido de la «crítica» no está reducido a la crítica racional o a la concientización, sino a la posibilidad de transformación de las condiciones de vida injustas o de las estructuras de dominación, a la vez que al desarrollo de una subjetividad más autónoma. Los procesos educativos culminan con la «escritura» y la «re-escritura» permanente y colectiva del mundo.

Los procesos educativos en salud, en la producción de políticas contrahegemónicas, poseen un significado singular y distintivo. Parten de la consideración de la cultura como campo de lucha por el significado. En este sentido, la educación contrahegemónica en salud se inicia precisamente con la desnaturalización de los significados dominantes sobre la salud y los sistemas de salud, historizándolos y desmontándolos, de modo de reconocerlos encarnados en la subjetividad, en las relaciones, en las prácticas, en los saberes y en los procesos individuales y sociales. Esto es, en los procesos educativos se juega la subjetividad, en cuanto mediación entre el lenguaje y la experiencia. Si quedamos atrapados y «hablados» por los significados dominantes, regularmente no podremos vivir experiencias autónomas, sino solamente reproductoras de la dominación (McLaren y Giroux, 1998); no nos será posible producir políticas ni prácticas contrahegemónicas en salud. En cambio, cuestionando los significados hegemónicos, desde los cuales la vida y la experiencia es hablada, será posible producir campos de lenguaje posibilitadores de experiencias colectivas de salud, que no partan de ninguna inteligencia iluminada o de las voluntades fragmentadas de pequeños grupos bienintencionados. La educación, como la salud, es un proceso colectivo y popular de transformación.

Bibliografía:

- Bellmartino, Susana (1987), *Análisis del Modelo Médico Hegemónico*, Buenos Aires, ATE, mimeo.
- Buckley, Walter (1982), *La sociología y la teoría moderna de sistemas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- De Certeau, Michel (1996), *La invención de lo cotidiano*, México, Universidad

Iberoamericana.

Foucault, Michel (1991), *Arqueología del saber*, México, Siglo XXI.

Foucault, Michel (1993), *La vida de los hombres infames*, Montevideo, Nordan-Altamira.

Freire, Paulo (1969), *La educación como práctica de la libertad*, Montevideo, Tierra Nueva.

Freire, Paulo (1973), *Pedagogía del oprimido*, México, Siglo XXI.

Freire, Paulo (1975), *Acción cultural para la libertad*, Montevideo, Tierra Nueva.

Habermas, Jürgen (1988), “La Modernidad: un proyecto incompleto”, en Hal Foster y otros, *La posmodernidad*, México, Kairós.

Heller, Agnes y Ferenc Feher (1985), *Anatomía de la izquierda occidental*, Barcelona, Península.

Laclau, Ernesto y Ch. Mouffe (1987), *Hegemonía y estrategia socialista*, Madrid, Siglo XXI.

Martín-Barbero, Jesús (1989), *Procesos de comunicación y matrices de cultura*, México, Felafacs-G. Gili.

McLaren, Peter y Henry Giroux (1998), “Desde los márgenes. Geografías de la identidad, la pedagogía y el poder”, en P. McLaren, *Pedagogía, identidad y poder*, Rosario, Homo Sapiens.

Von Clausewitz, Karl (1994), *De la guerra*, Colombia, Labor.

Williams, Raymond (1997), *Marxismo y literatura*, Barcelona, Península.

Zizek, Slavoj (1992), *El sublime objeto de la ideología*, México, Siglo XXI.

Notas:

[1] El rasgo distintivo de la totalidad del discurso moderno occidental es, precisamente, la contradicción entre lo que se dice y lo que hace o entre la teoría y la práctica (véase Heller y Feher, 1985).

[2] Aquí hablamos de “estrategia” en su sentido fuerte, como el desarrollado en el marco de la teoría de la guerra (Von Clausewitz, 1994: 102).

[3] En el ejemplo que se dio, la oposición salud/enfermedad produce otras oposiciones (como medicina occidental/medicina popular o alternativa) y, a la vez, cadenas de equivalencias como por ejemplo: salud = medicina occidental = científicidad = objetividad = tecnicismo, etc. Las equivalencias, sin embargo, resultan históricamente performativas en la medida en que se redefinen según el imaginario de cada época (por ejemplo, en una época puede anudarse salud a ausencia de enfermedad y en otra, hacerse equivaler salud a completo estado de bienestar).

[4] De allí que sean objeto de pánico moral, por ejemplo y en distintas épocas, los manosantas, los drogadictos, los curanderos, los sidosos, los onanistas, los incorregibles, los “monstruos” humanos, las medicinas indígenas, la brujería, etc. Que la “medicina popular” sea tal, por ejemplo, no nos dice nada sobre su esencialidad, sino que nos dice mucho acerca de cómo fue construida por el discurso hegemónico; esto es: una medicina centrada en la irracionalidad y la magia, contraria a los intereses de la medicina racional y científica; una medicina ligada a las creencias y el misterio, a las fuerzas naturales de lo fasto y lo nefasto, etc. En general, lo que interesa es marginarla, es decir, ubicarla del otro lado de una frontera imaginaria y, de paso, hacerla objeto de desprestigio por motivos científicos y racionales, o sea, por intereses de autojustificación.

[5] No debemos olvidar que la eficacia de un sistema procesual y dinámico es, precisamente, su capacidad de morfogénesis, es decir: de darse formas nuevas incesantemente, frente a problemas y desafíos presentados por el contexto (cfr. Buckley,

1982).

[6] Lo residual se refiere a lo que efectivamente producido en el pasado, sigue teniendo repercusiones en el presente, en los movimientos y en las instituciones actuales (Williams, 1997). [7] Convendría analizar, por ejemplo, cómo es posible analizar desde esta perspectiva la recurrencia al curanderismo, en cuanto a la atención de la salud; pero, también, a formas de automedicación para sostener el propio rol en muchos profesionales y técnicos pauperizados.